

Tittel: En studie av ansatte i psykiske helsetjenesters syn på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang

*Dette er en post-print-versjon av artikkel trykket i TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID ·
Volum 15 · Nr. 2–3 · 2018 · Side 98–112*

Forfattere:

Tonje Lossius Husum (1965), postdoktorstipendiat, psykologspesialist, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo.

E post: t.l.husum@medisin.uio.no

Marit Helene Hem, (1961), forsker, psykiatrisk sykepleier, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og 1. amanuensis, VID vitenskapelige høgskole.

Reidar Pedersen, (1973), professor, lege og filosof, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Sjanger: Fagfelleurdert vitenskapelig artikkel

Norsk sammendrag

Senter for medisinsk etikk ved universitetet i Oslo har gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse av helsepersonells erfaringer med etiske utfordringer, tvang og krenkelser innen psykiske helsetjenester. Denne artikkelen presenterer en analyse av svarene som ble gitt på et åpent spørsmål om hva helsepersonell erfarte som etisk utfordrende i arbeidet relatert til bruk av tvang. Totalt 439 ansatte med ulike yrkesbakgrunn beskrev en eller flere etiske utfordringer. Svarene ble analysert med manifest innholdsanalyse og rangert etter hvor ofte de ble nevnt. Følgende etiske utfordringene ble nevnt oftest: 1. Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang, 2. Andre former for restriksjoner, 3. Tvangsmedisinering, 4. Uenighet mellom berørte parter, 5. Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak, 6. Organisatoriske faktorer og mangelfulle ressurser, 7. Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personell. Studien bidrar med ny kunnskap om hva helsepersonell innen psykiske helsetjenester opplever som etisk utfordrende relatert til bruk av tvang.

Nøkkelord: Psykiske helsetjenester, tvang, etikk, helsepersonell.

Abstract

Centre for Medical Ethics at the University of Oslo have performed a web-based survey of staff in mental health care's experiences of ethics, coercion and humiliation during work. This article presents the answers the staff gave in an open answer field as answer on the question about what staff found ethical challenging in relation to use of coercion. A total of 439 staff with multiprofessional background wrote one or more ethical challenges in an open answer field. The answers were analysed using manifest content analysis and categorized according to how often the ethical challenge was mentioned in seven categories: 1. Doubt and uncertainty related to the formal use of coercion, 2. Doubt and uncertainty about other kind of restrictions and use of force toward patients, 3. Involuntary medication, 4. Disagreement between the parties involved, 5. Implementation of coercion in daily care, 6. Organisational factors and lack of resources and 7. Overuse of force, abuse of power and unsuitable staff. The study provides new knowledge about what staff in mental health care experience as ethical challenging related to use of coercion in care.

Key words: Mental health care, ethics, coercion, staff.

Studien er anonym, innebærer ikke håndtering av personopplysninger og er derfor ikke meldepliktig til NSD og REK

Bakgrunn

I de fleste land tillater lovverket i psykiske helsetjenester tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering. Hovedvilkåret for å bruke tvang i behandling i Norge er at pasienten har en psykose eller annen alvorlig psykisk lidelse. Det er store variasjoner i utbredelsen og praksis i tvangsbruk mellom land, samt innad i land (Bowers et al. 2007; Husum 2011; Salize & Dressing 2004). Tvangsbruk i psykiske helsetjenester reiser vanskelige etiske problemstillinger, og synspunkter om bruken av tvang er i endring i tråd med andre bevegelser i samfunnet, som sterkere fokus på brukermedvirkning, menneskerettigheter og etikk. I tillegg er evidensen for negative aspekt ved tvangsbruk økende, både internasjonalt og innenfor landegrensene (Kallert 2008; Kirkesæther Brun, Husum & Pedersen 2017; Wynn 2006). Et systematisk litteratursøk med fokus på etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykiske helsetjenester konkluderte med at det er mangel på studier som eksplisitt adresserer etiske utfordringer knyttet til bruk av tvang (Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen 2016). De stabile geografiske variasjonene i bruken av alle former for tvang reiser også etiske utfordringer. Hittil har man ikke hatt noen god forklaring på denne variasjonen, men noen studier antyder at det kan forklares med forskjeller i lokal kultur, individuelle forskjeller blant beslutningstakere og forskjeller i lokal praksis (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker 2004; Husum 2011). Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo har gjennomført en større studie om psykiske helsetjenester, etikk og tvang. Denne artikkelen presenterer funn om ansattes erfaringer med etiske utfordringer relatert til bruk av tvang i arbeidet. En tverrfaglig gruppe ansatte svarte på spørsmålet:

“Beskriv ved hjelp av egne ord ett eller flere eksempler på situasjoner i ditt arbeid der du mener at bruk av tvang (formell eller uformell) er etisk problematisk»

Studien bidrar med ny og viktig kunnskap innenfor et felt som er lite undersøkt, og hvor det er et stort behov for kunnskap. Slik kunnskap kan blant annet øke de ansattes moralske bevissthet der tvang brukes. Bruk av tvang innen psykiske helsetjenester er hjemlet i Psykiske helsetjenester loven (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) og inkluderer tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler. I tillegg til tvangsintervensjoner som hjemles i psykisk helsevernloven, opplever pasienter også andre former for press, restriksjoner, begrensninger og grensesetting. En vanlig betegnelse som er brukt om intervensjoner som er hjemlet i loven og der det fattes en formell beslutning er «formell tvang», mens «uformell tvang» brukes om andre og gjerne udokumenterte former for tvang (Høyser 2009). Et annet brukt

begrep for denne typer intervensjoner er «bruk av gråsoner tvang». Studier viser imidlertid at pasienter ikke alltid vet om de er tvangsinnlagt eller ikke, og at fra pasientens side ser den subjektive opplevelsen av å være «tvunget» ut til å være mer førende for den faktiske opplevelsen vedkommende sitter igjen med enn hvilke paragrafer i loven som hjemler de ulike intervensjonene (Bindman et al. 2005). Derfor er også «opplevd tvang» en viktig dimensjon ved tvang; som kan være til stede i ulik grad både ved formell og uformell tvang.

Helsedirektoratet har de siste ti årene lansert to tiltaksplaner for å redusere bruk av tvang i behandling og kvalitetssikre psykiske helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2012; Helsedirektoratet 2006). Andre land i Europa har også hatt tilsvarende fokus på reduksjon av tvang i behandling (Steinert, Noorthoorn & Mulder 2014). I samme periode har det vært en utvikling i psykiske helsetjenester mot mer lokalt baserte tjenester og redusert bruk av institusjon. På grunn av dette har forekomsten av tvang økt utenfor sykehus, noe som igjen reiser nye etiske utfordringer (Riley, Høyen & Lorem 2014; Stensrud, Høyen, Granerud & Landheim 2015; Stensrud Høyen, Beston, Granerud & Landheim 2016). Spørsmål som gjelder kvalitet på tjenestene og etiske utfordringer relatert til bruk av tvang er beslektede og sammenvevde i psykiske helsetjenester.

For å endre praksis trenger vi først å erkjenne at noe er utfordrende eller problematisk. For å bedre tvangspraksiser trenger vi derfor å fostre den grunnleggende evnen til å se når ting kunne vært gjort annerledes. Vesentlige element i dette er moralsk persepsjon og etisk sensitivitet. Dette inkluderer evnen til å anerkjenne og identifisere etiske utfordringer, det vil si situasjoner der det er tvil eller uenighet om hva som er rett eller godt (Lillemoen & Pedersen 2013). Kunnskapsutvikling om etiske utfordringer i psykiske helsetjenester kan dermed bidra til å øke bevisstheten om mulige behov for endring og å diskutere dagens praksis mer kritisk og dermed føre til forbedring av tjenestene.

Metode

Studiedesign og organisering

Denne studien er en del av en bredt anlagt studie om etikk og bruk av tvang i psykiske helsetjenester utført av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Respondentene ble rekruttert gjennom fagforeningene til de ulike profesjonene. Fagforeningene bidro ved å sende ut en anonym nettbasert spørreundersøkelse til alle sine medlemmer som jobbet i psykiske helsetjenester. Dette inkluderte psykiatere, psykiatriske sykepleiere, helsefagarbeidere,

psykologer, vernepleiere og andre profesjonsutøvere i miljøpersonellgruppen. En nettbasert Questback undersøkelse ble sendt ut høsten 2014. Studien er anonym, innebærer ikke håndtering av personopplysninger og er derfor ikke meldepliktig til NSD og REK.

Utvalg

Til sammen ble det sendt ut spørreskjema til 15 576 ansatte via fagforeningene. Respondentene representerte alle helseprofesjonene innen de psykiske helsetjenestene og de fire helseregionene i Norge. Av de som hadde svart på dette spørsmålet og skrevet tekst i det åpne svarfeltet oppga 65 prosent å ha arbeidsplass innen spesialisthelsetjenesten, 10 prosent innen kommunale tjenester og 25 prosent svarte at de var ansatt i «annen sengepost/institusjon». Annen sengepost/institusjon kan være for eksempel innen diakonal, privat eller veldedig sektor. Totalt 77 prosent svarte at det ble brukt formell tvang på deres arbeidsplass månedlig eller oftere og 17 prosent oppga at de hadde vedtaksansvar. I Norge er det leger og psykologer som kan ha formelt vedtaksansvar for bruk av tvang. Når det gjelder yrkesbakgrunn, oppga 25 prosent i utvalget at de hadde bakgrunn som sykepleier, 23 prosent som psykolog, 22 prosent hadde treårig helse- & sosialfaglig bakgrunn og 18 prosent var leger. De resterende oppga å ha bakgrunn enten som helsefagarbeider eller «annet» (12 %).

Kvalitativ analyse av korte tekster/vignetter

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om ansattes erfaringer og meninger om etikk, tvang og krenkelser. I denne artikkelen vil det bli presentert funn om hva de ansatte beskrev som etisk utfordrende i arbeidet relatert til bruk av tvang. Svarene ble gitt i et åpent svarfelt som ga rom for at respondentene kunne beskrive og utdype dette med egne ord.

Totalt 439 av de totalt 1160 respondentene besvarte det åpne svarfeltet der de ble bedt om følgende:

“Beskriv ved hjelp av egne ord ett eller flere eksempler på situasjoner i ditt arbeid der du mener at bruk av tvang (formell eller uformell) er etisk problematisk»

Respondentene skrev alt fra en kort setning til hele avsnitt.

I spørreskjemaet hadde vi en bred definisjon av begrepet tvang og vi inkluderte spørsmål om både formelle og uformelle tvangspraksiser. Denne artikkelen presenterer tekstavsnittene fra

respondentene, analysert i tråd med etiske tema og sortert i syv hovedtema ved bruk av manifest innholdsanalyse (Graneheim & Lundman 2004). To forskere samarbeidet om analysen, og jobbet mot konsensus rundt hovedtemaene. Svarene i de åpne feltene ble analysert som kvalitative data, først med en lesing for å få overordnet perspektiv og forslag til hovedtema. Deretter ble hovedtemaene studert en gang til og justert før den siste analysen. Da vi hadde identifisert de best egnede hovedtemaene, samlet vi utsagn som gjaldt samme tema under hvert hovedtema. Hovedtemaene ble rangert etter hvor mange beskrivelser i materialet som passet til hver av dem. For eksempel var det i den første hovedtemaet «Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang» til sammen 139 utsagn, mens 93 utsagn ble plassert i den neste hovedtemaet «Andre former for restriksjoner». Analysen foregikk «bottom-up» ved at vi ønsket å beholde hovedtemaene så nær respondentenes egne ord som mulig. Analyseprosessen endte opp med syv hovedtema som er presentert i tabell 1 i vedlegget.

Resultater

Totalt 1160 personer fra ulike yrkesgrupper besvarte skjemaet, noe som ga en sammenlagt svarprosent på 7,5 prosent. Svarprosenten varierte mellom yrkesgruppene, fra en svarprosent på fem prosent fra sykepleiere, til 12 prosent fra psykiatere og medlemmer i Fellesorganisasjonen (sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere).

Til sammen inneholdt materialet 1265 beskrivelser av ulike etiske utfordringer. Disse ble sortert i syv hovedtema. Temaene som ble nevnt oftest av de ansatte er ført øverst på listen, deretter minsker frekvensen nedover listen. Under hvert tema er det nevnt konkrete eksempler fra de åpne svarfeltene. Tekstene er skrevet slik de originalt var skrevet i det åpne svarfeltet.

Ansatte erfarte følgende etiske utfordringene relatert til bruk av tvang:

1. Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang
2. Andre former for restriksjoner
3. Tvangsmedisinering
4. Uenighet mellom berørte parter
5. Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak
6. Organisatoriske faktorer og mangel på ressurser

7. Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale

Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang

Tvil og usikkerhet relatert til formell bruk av tvang er den etiske utfordringen som oftest ble nevnt av de ansatte. Dette omhandler fundamentale spørsmål rundt bruk av tvang regulert i psykisk helsevernloven. To eksempler er:

Tvang er alltid etisk problematisk og må avveies i hvert enkelt tilfelle. En må ta i betraktning den hjelpen pasienten kan få, men som pasienten selv ikke kan klare å skaffe seg på grunn av sykdommen sin, og av den grunn vegrer seg mot på grunn av menneskelig frihets- og selvbestemmelsesbehov. Behandler kan ikke gjemme seg bak selvbestemmelsesrett for pasienten og dermed unnlate å gi helsehjelp som en vet er nyttig for pasienten sin helse!

Det er alltid etisk problematisk å bruke tvang, men helt nødvendig for at svært syke pasienter skal få mulighet til å få behandlingen de trenger. Alle situasjoner er etisk vanskelige og krever individuell vurdering og gjerne diskusjon med flere inkludert pasienten selv.

Dette spørsmålet er spesielt aktuelt i tilfeller av tvangsinnleggelse, samt i behandling av pasienter som befinner seg i grenselandet til psykiske helsetjenester eller psykiske lidelser, for eksempel pasienter med rusproblematikk, demens, spiseforstyrrelser og forvirrede/agiterte pasienter, men som ikke er psykotiske. Mange av situasjonene handler om etiske spørsmål rundt bruk av tvang i situasjoner der det er faglig uenighet om hva som er korrekt praksis, for eksempel bruk av tvangsinnleggelse for å avverge selvmord eller selvskading, eller tvang brukt ved anorexi. Bruk av tvang overfor barn og ungdom nevnes også ofte som etisk utfordrende. I tillegg blir tvil rundt effekt og konsekvenser av tvangsbehandling med legemidler hyppig nevnt. Dette inkluderer spørsmål om evidensgrunnlaget for tvangsbruk. De ansatte er også bekymret for om pasientene blir skadet eller traumatisert av å bli utsatt for tvang. Andre etiske spørsmål som reises omhandler usikkerhet om pasientens samtykkekompetanse og om den psykiske lidelsen fyller kriteriene og er alvorlig nok til å gi grunnlag for vedtak om tvang.

Andre former for restriksjoner

Denne hovedtemaet inkluderer utsagn om bruk av restriksjoner, maktbruk eller bevegelsesinnskrenking som ikke er regulert i lovverket, og som ofte omtales som «uformell tvang». Eksempel på uttalelse er:

Uformell bruk av tvang blir ofte utført av enkeltpersoner. Det er ulike oppfatninger av hva som er respektabelt innen personalgruppen. Majoriteten i personalgruppen ville ikke brukt uformell tvang, men siden det ofte skjer «skjult» kommer den ikke opp som en etisk problemstilling i personalgruppen. Og det blir dermed ikke diskutert og reflektert rundt. Dette fører til at uformell tvang blir utført mot pasient uten oppfølging.

Det er ikke gjort formelle tvangsvedtak i disse situasjonene. Svarene her innebærer bruk av press, manipulasjon, overtalelser og trusler. Å sette vilkår for innleggelse ved å true er noe respondentene ofte ser som en etisk utfordring. Eksempler inkluderer at pasienten kan miste bolig eller kontakt med barn hvis de ikke godtar en frivillig innleggelse, eller at de blir tvangsinnlagt hvis de ikke godtar en frivillig innleggelse eller tar medisiner sine. Det at pasienten må ta medisiner for å unngå tvangsinnleggelse nevnes også som en etisk utfordring. Andre typer begrensninger er bruk av husregler som regulerer ransaking for å finne narkotika, matinntak, drikke, sovetider, deltakelse på aktiviteter, bruk av sosiale medier og personlig hygiene.

Tvangsmedisinering

Mange av de etiske utfordringene de ansatte nevner er spesifikt relatert til tvangsmedisinering. Her er et eksempel på beskrivelse av etiske utfordringer relatert til tvangsmedisinering.

Pasienten tvinges til å komme og ta sprøyte hver 14. dag. Dette er svært problematisk blant annet fordi forskningen ikke gir overbevisende grunnlag for at dette har god effekt. Pasienten opplever svært plagsomme bivirkninger, og hindres i å delta i aktiviteter, være sosial, bearbeide problemer terapeutisk etc.. Nedsatt levealder som følge av langvarig bruk av antipsykotika (slik forskning viser) er vanskelig å forsvare etisk at vi kan påføre noen med tvang.

Bekymringene omhandler mangel på evidens i bruken av psykofarmaka i seg selv, og ved tvangsmedisinering. Noen ansatte sier at de ser på tvangsmedisinering som svært invaderende, og de er bekymret for medisinenes bivirkninger og for de tilfeller der medisinen ikke ser ut til å ha positiv effekt. Noen ansatte anser også tvangsmedisinering over lengre tid som en etisk

utfordring. De skrev at noen ganger ser det ikke ut til at pasienten blir bedre av tvangsmedisineringen, men at det i stedet får negative konsekvenser. De etterspør etikken i denne praksisen.

Uenighet mellom berørte parter

Den fjerde gruppen etiske utfordringer omhandler uenighet mellom berørte parter. Dette kan for eksempel være uenighet mellom helsepersonell om diagnose eller årsaken til sykdommen. Her er to eksempler på beskrivelser:

Jeg opplever det som etisk problematisk dersom jeg er uenig i diagnosen eller behandlingen og mer enig med pasienten i dennes vurderinger. Jeg tviler da på nytten [av tvangsmedisinering]. Altså min egen etiske samvittighet.

Det er etisk utfordrende med overføring av pasient som er paragrafvurdert av kollega som har vurdert annerledes enn jeg selv ville gjort.

De ansatte skrev ofte at en vanlig kilde til uenighet i personalgruppen var om årsaken til symptomene var traumer, som seksuelle overgrep, voldtekt eller vold. Annen uenighet mellom ansatte ble også nevnt, for eksempel mellom ulike profesjoner, eller mellom pleiepersonalet og de behandlingsansvarlige (psykiatere og psykologer). I tillegg ble uenighet mellom ansatte og pasienter og mellom ansatte og pårørende nevnt. Flere av respondentene skrev at det er etisk utfordrende når ansatte og pasienter har ulike perspektiv på virkelighet, og når det er uenighet om pasientens perspektiv kan avskrives som vrangforestilling.

Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak

Den neste gruppen etiske utfordringer handler om gjennomføringen av tvangsbehandling i daglig behandling. Dette kan for eksempel være hvis pasienten protesterer åpent ved fysisk gjennomføring av bruk av tvang. Dette kan for eksempel være ved å vise protest mot når tvangsmedisinering skal gjennomføres. Dette oppleves som etisk utfordrende for de ansatte.

Nedleggelse og kroppsvisitasjon av barn og ungdom opplever jeg alltid som etisk problematisk. Man bør alltid drøfte om tvangstiltak har effekt.

Det er etisk utfordrende når pasienten motsetter seg på det sterkeste. Tvangsbruk er krenkende.

Andre utfordringer er kamper som tas om dagligliv og praksis rundt permisjon, kontakt med folk utenfor sykehuset, sosiale medier, ransakingsordre og konfiskering av pasientens eiendeler. Ansatte som bruker makt for å sikre at pasienten deltar i avdelingens aktiviteter er også nevnt som en etisk utfordring.

Organisatoriske faktorer og mangel på ressurser

En annen gruppe etiske utfordringer er relatert til organisatoriske faktorer og ressursmangel. Her er to eksempler:

Når jeg på grunn av liten tid ikke får pasienten til å innse at for eksempel frivillig innleggelse er det beste.

For mye ufaglært personale og for få folk på jobb fører til økt bruk av tvang.

I dette hovedtemaet finner vi bekymringer om underbemanning, som igjen kan føre til bruk av tvang. De ansatte ser en mangel på personale med kompetanse i psykiske helsetjenester, eller personale uten formell utdanning, som etisk utfordrende, noe som også fører til mer bruk av tvang. Andre bekymringer inkluderer mangel på terapeutisk miljø på avdelingen og mangel på aktivitetstilbud. Flere respondenter nevner at pasientene ikke tilbys alternative – eller adekvate – tjenester eller behandlinger. Pasienter som er under tvang på grunn av manglende boliger i kommunen oppleves også som en etisk utfordring, og det samme er adekvat oppfølging av barna til pasienter som ikke bor hjemme på grunn av tvangsinnleggelse.

Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale

Det siste hovedtemaet omhandler etiske utfordringer relatert til overdrevet press fra de ansatte, maktmisbruk og bruk av tvang som straff. Her finner vi også betraktninger om ansatte som fremmer bruk av tvang på grunn av sin egen frykt og usikkerhet.

Redde personell øker bruken av tvang fordi de gjør pasientene utrygge.

Ta fra pasient goder, for at personalet ikke skal miste ansikt. For å vise makt og at vi kan kontrollere. For eksempel ved å låse dør til terrassen. Kjefting foran andre pasienter med mer.

Ansatte som er uegnet til arbeidet, eller ikke passer til å jobbe med sårbare pasienter, blir også beskrevet. For eksempel de som er for raske til å bruke tvang, eller som eskalerer konflikter og utløser angst og aggresjon. Det ble også beskrevet at noen ansatte bruker tvang ut fra egen preferanse eller vane, heller enn å se etter pasientens beste og følge lovens kriterier for bruk av tvang.

Diskusjon

Resultatene i denne studien indikerer at de ansatte i psykiske helsetjenester erfarer mange, ulike og komplekse etiske utfordringer knyttet til bruk av tvang. Så vidt vi vet har ingen tidligere studier sett eksplisitt på etiske utfordringer i forbindelse med bruk av tvang i psykiske helsetjenester i en anonym studie med en stor og tverrfaglig gruppe respondenter. En del av de samme utfordringene og bekymringene i psykiske helsetjenester har blitt beskrevet av pasienter og kritikere av tvang i flere år (Hem et al. 2016; Norvoll & Husum 2011; Norvoll & Pedersen 2017), men vi har ikke funnet tidligere studier som dokumenterer at et bredt utvalg helsepersonell også opplever disse typer utfordringene når tvang brukes. Funnene reiser mange interessante spørsmål. Vi vil her i diskusjonen fokusere på følgende spørsmål og tema som funnene peker på: Juss og etikk; kritikk, uenighet og kvalitet; tvang og evidens og om å forebygge uetisk praksis.

Juss og etikk

Mange av utfordringene ligger i grenseland mellom lovlig og ulovlig praksis, mellom formell og uformell tvang, samt mellom frivillighet og tvang. Resultatene tyder på at bruken av både formell og uformell tvang, og ulovlig bruk av makt, representerer viktige etiske utfordringer. Denne studien tyder generelt på at juridisk regulering av tvang ikke fjerner eller løser alle etiske utfordringer. Selv om lovgivning kan bidra til større bevissthet og mer ensartet praksis og redusere maktmisbruk, ser det også ut som om slik regulering følges av utfordrende gråsoner og potensial for maktmisbruk.

Kritikk , uenighet og kvalitet

Materialet gir et inntrykk av at de som har svart har benyttet anledningen til å uttrykke seg fritt og åpent når de fikk muligheten til å svare anonymt. Noen av de ansatte sier at de har observert kritikkverdige praksis fra sine kolleger. En mulig forklaring er at dette er lettere å rapportere i en anonym spørreundersøkelse. De ansatte kan være mindre villige til å kritisere kollegaer i praksis ansikt til ansikt når de observerer dem utføre kritikkverdige handlinger, eller i undersøkelser der man ikke er anonym i datainnsamlingen. Omkostningene for ansatte ved å påpeke kritikkverdige forhold på en arbeidsplass varierer og noen ganger kan terskelen for å si fra bli stor. Materialet vårt tyder på at det kan oppleves som vanskelig når ansatte er uenige og at det kan oppleves som krevende å si fra. Dette kan tyde på at det bør legges bedre til rette for konstruktiv håndtering av uenighet og kritikk innenfor psykiske helsetjenester. Tidligere saker i media støtter at dette kan være et krevende tema for tjenesten (Stavanger Aftenblad 07.01.16; Sivilombudsmannen 2016). Å feie uenighet under teppe eller møte det med motreaksjoner er trolig uheldig for en arbeidsplass og kvaliteten på tjenesten, mens mer konstruktiv håndtering kan gjøre uenighet og kritikk til en viktig kilde til forbedring (Kellermanns, Floyd, Pearson & Spencer 2008). Vi vet for eksempel at etikk-refleksjonsgrupper – som nettopp har fokus på etiske utfordringer, uenighet og tvil - kan være et nyttig verktøy for å ta opp og bedre håndtere uenighet og til å identifisere nye løsninger (Hem, Molewijk & Pedersen 2017). Etisk bevissthet og kompetanse kan både bidra til å identifisere og håndtere viktige utfordringer knyttet til tvangsbruk (Hem et al. 2016; Norvoll, Hem & Pedersen 2016).

Det er også mye som tyder på at det å åpne opp for ulike perspektiv kan ha stor betydning for å se pasientens og pårørendes perspektiv (Hem, Molewijk & Pedersen 2017). Økt kunnskap om pasientens syn og erfaringer med tvang, og om pasientens rettigheter, har ført med seg nye perspektiv og utfordringer (Norvoll & Pedersen 2017; Hem et al. 2017; Norvoll, Høyseth & Bjørgen 2017). I mange offentlige debatter om tvang har det blitt en polarisering med brukerorganisasjonene på den ene siden og de profesjonelle på den andre. Denne studien indikerer at de ansatte også er bekymret for og bevisst de etiske utfordringene som relateres til tvangsbruk i tjenesten, og at mange av de ansatte ser flere av de samme utfordringene ved tvangsbruk som brukere og pårørende har rapportert (Brophy et al. 2016; Norvoll & Pedersen 2017; Norvoll et al. 2017).

Etikk, tvang og evidens henger sammen

Bekymringer som oftest nevnes av de ansatte er spørsmål om når det er etisk forsvarlig å bruke tvang i behandling. De etiske utfordringene som ble rapportert inneholder en blanding av faglige spørsmål om effekt og bivirkninger, juridiske spørsmål om tvangskriteriene er oppfylt, og etiske spørsmål om tvangsbruken er til pasientens beste. De ansatte nevner spesielt utfordringer knyttet til å kunne gi evidensbasert behandling når tvang er nødvendig, spesielt ved bruk av psykofarmaka. Mange er bekymret over mangelen på forskning og evidensbasert kunnskap som har relevans for all tvangspraksis og intervensjoner (Muralidharan & Fenton 2006; Kirkesæther Brun, Husum & Pedersen 2017; Kisely & Campell 2014). Det ser ut til at spørsmål om kunnskapsgrunnlag, juss og etikk er nært relatert for de ansatte innen de psykiske helsetjenestene. Resultatene tyder på at etiske utfordringer oppstår blant annet på grunn av mangel på evidens og positiv effekt kombinert med de observerte bivirkningene, for eksempel av tvangsmedisinering. Dette relateres også til et viktig juridisk kriterium for bruk av tvang i Norge, nemlig at tvangen brukt som behandling skal være den klart beste løsning for pasienten (med mindre pasienten er en åpenbar og alvorlig risiko for andres liv og helse). 'Velgjørenhet' og 'ikke skade' er dypt forankrede verdier i helsearbeidernes profesjonsetikk, for eksempel i 'den Hippokratiske ed' og den prinsipp-baserte etikken (Beauchamp & Childress 2013; Rüyter, Førde & Solbakk 2008).

Forebygging av overgrep og uetisk praksis

Det er bekymringsfullt at helsepersonell forteller om ansatte som misbruker sin makt overfor pasientene, og at noen ansatte vurderes som uegnet for denne type arbeid. Respondentene er også bekymret for ansatte med lav formell utdanning. Videre indikerer denne studien at arbeidsforholdene i psykiske helsetjenester kan skape moralsk stress hos de ansatte. Moralsk stress kan defineres som

[...] smerte eller kvaler som påvirker kropp, sinn og forhold som en respons på en situasjon hvor personen er klar over et moralsk problem, anerkjenner moralsk ansvar, og tar et moralsk standpunkt om korrekt handling; men, som et resultat av reelle eller antatte hindringer, deltar i det man oppfatter som moralske udåder (Nathaniel 2002).

Deltakerne i denne studien rapporterer klart sine bekymringer for rammene for arbeidet sitt, inklusiv mangel på alternative løsninger og tjenester, uegnet personale og ressursmangel (for

få ansatte og/eller for lav kompetanse) som utløser moralsk stress. Når arbeidsforholdene fører til hyppigere eller mer skadelig bruk av tvang, kan det moralske stresset føles enda sterkere. Pasientene som mottar psykiske helsetjenester anses å være svært sårbare. De trenger ansatte som er kvalifiserte og motiverte, er bevisst på makten de har og derfor muligheten for overgrep, og som kan tilby behandling og omsorg av høy kvalitet (etisk og faglig kvalitet). Slike temaer har blitt viet for lite systematisk oppmerksomhet i klinisk arbeid og forskning.

Kvalitetsarbeid og fokus på etikkrefleksjon kan være en vei framover. Systematisk refleksjon over etiske utfordringer og dilemma kan være en måte å utvikle bevissthet, moralsk sensitivitet og et moralsk språk om hva helsepersonellet ser står på spill (Hem et al. 2016). Det kan fostre refleksjon uten nødvendigvis å beskyldde eller demonisere de ansatte i psykiske helsetjenester. Å stimulere moralsk sensitivitet (i istedenfor for å utvikle nummenhet) er også viktig for å åpne for at de ansatte kan sette ord på viktige etiske utfordringer og noen ganger avdekke uheldig praksis. Dermed kan man identifisere bedringspotensialet og diskutere mulige løsninger eller alternativ på en systematisk måte. Ledelsen har et spesielt ansvar for kvalitetsforbedring, å fostre kritisk diskusjon og å sikre gode rekrutteringsrutiner, i tillegg til oppfølgingstiltak der ansatte viser seg å være uegnet til arbeidet.

De etiske utfordringene knyttet til tvang ser også ut til å springe ut av mangelfull kvalitet og organisering av tjenestene. Respondentene nevner for eksempel pasientgrupper som befinner seg på feil nivå av tjenesten, eller mottar feil tjeneste, som skulle fått annen type hjelp; for eksempel sosiale tjenester (boligstøtte, arbeid, økonomisk hjelp, meningsfylt aktiviteter, eller mer omfangsrrike eller oppsøkende kommunale eller polikliniske tjenester), og at dette kan føre til mer tvang.

Styrker og svakheter

Studiens styrker er at de ansatte svarte anonymt, og at alle relevante faggrupper og et høyt antall respondenter fra forskjellige tjenester og nivåer er inkludert. Anonymiteten kan ha gitt respondentene frihet til å uttrykke seg fritt om etiske utfordringer. Det kan være en svakhet ved studien at ikke begrepene «formell», «uformell», «tvang» og «etisk utfordrende» ble forklart eller definert ytterligere. Dette kan ha gitt for mye rom for at respondentene fikk definere subjektivt hvordan de forsto spørsmålene og termene som ble brukt. De ansatte kan dermed ha tolket uttrykk som “tvang” og “etisk utfordring” ulikt. Likevel, denne studien er en del av en bredt anlagt studie om etikk og bruk av tvang i psykiske helsetjenester. Noen av funnene

korresponderer med kvalitative funn fra andre deler av den større studien, for eksempel at de ansatte legger vekt på etiske utfordringer ved uformell tvang, gråsoner, bruk av formell tvang, og potensielt maktmisbruk og overgrep (Hem et al., 2014). Dette bekrefter noen av funnene presentert her.

Det er en svakhet ved studien at svarprosenten er lav. En mulig forklaring på den lave svarprosenten kan være at på grunn av selv-seleksjon har kun ansatte som faktisk jobber med eller har erfaring med å jobbe med tvang svart på spørreskjemaet. Online-undersøkelser har vist seg å ha lavere responsrate enn undersøkelser som sendes ut i posten (Crouch, Robinson & Pitts 2011). En undersøkelse som sammenlignet svarprosent ved å sende ut spørreskjema i posten sammenlignet med å sende ut online fikk høyere svarprosent på skjema sendt i posten sammenlignet med skjema som ble sendt ut online (Crouch, Robinson & Pitts 2011). Selv om vi har lav svarprosent, kan allikevel informasjon fra studien tolkes som verdifulle fordi de som har svart på undersøkelsen ser ut til å ha mye erfaring med å bruke tvang innenfor arbeidet. Siden utvalget er relativt stort i utgangspunktet, blir antall informanter også relativt høyt.

En annen svakhet ved studien er at cirka tre fjerdedeler av respondentene har svart at de jobber i spesialisthelsetjenesten og kun 10 prosent at de jobber innen kommunale tjenester. Dette kan skyldes at det meste av formell tvang utføres innen spesialisthelsetjenesten (for det meste i akuttavdelinger innen psykiske helsetjenester) og at selv-seleksjon førte til at det i hovedsak var ansatte som hadde egen erfaring med å bruke tvang som har svart på spørreskjemaet. Mange av de ansatte som jobber innenfor kommunale psykiske helsetjenester og innen andre deler av spesialisthelsetjenesten enn akuttavdelingene, har muligens lite egen erfaring med å bruke (formell) tvang.

Nok en svakhet ved studien er at det er forholdsvis flere svar fra leger og psykologer enn fra de andre yrkesgruppene som er med i undersøkelsen, enn hva som gjenspeiler seg i fordeling av profesjoner i praksis innen psykiske helsetjenester. Dette kan skyldes den nevnte selv-seleksjon, det vil si at personer som faktisk har erfaring med å benytte tvang er de som i hovedsak har svart på undersøkelsen. At leger og psykologer er overrepresentert kan skyldes at det kun er leger og psykologer som kan ha vedtaksansvar i forbindelse med bruk tvang, og disse yrkesgruppene har derfor mye erfaring med å benytte tvang i arbeidet innen de psykiske helsetjenestene.

Konklusjon

Denne studien indikerer at ansatte i psykiske helsetjenester opplever og ser mange komplekse etiske utfordringer relatert til bruk av tvang. Resultatene som kommer fra denne anonyme studien gir uttrykk for at de ansatte anerkjenner mange av utfordringene som pasienter har lagt fram i årevis, blant annet muligheten for maktmisbruk og overdreven eller uheldig bruk av tvang som resultat av mangel på kompetanse, egnet personale og uheldige institusjonskulturer. De ansatte beskriver også viktige etiske utfordringer knyttet til usikkerhet om jussen, uformell tvang, tvangsmedisinering, håndtering av uenighet og organisatoriske forhold. At de ansatte beskriver slike utfordringer er trolig et viktig skritt på riktig vei mot forbedring av tvangsbruk og tjenestens kvalitet generelt. Det er også behov for forskning på effekten av tvangstiltak, og om hvordan man best kan håndtere mangel på evidens og usikkerhet i møte med en pasient som lider av alvorlig psykisk lidelse og som ikke ønsker hjelpen som tilbys. Spørsmål om hva som er beste praksis og hvordan håndtere mangel på evidens er nært knyttet sammen med etiske utfordringer i psykiske helsetjenester. Ulike syn på diagnose, 'beste praksis', grunner til psykiske lidelser og bruk av tvang blant helsepersonell kan være en kilde til konflikt, men det kan også være en kilde til forbedring dersom det håndteres konstruktivt, for eksempel gjennom systematisk etikk-refleksjon i praksis.

Studien er finansiert av Helsedirektoratet og Ekstrastiftelsen.

Referanser

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. Oxford.
- Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow up. *Sosial Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 2, 160–166.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24(6), 435-442.
- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., & Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric in patients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 357-364.
- Brophy, L.M., Roper, C.E., Hamilton, B.E., Tellez, J.J., & McSherry, B.M. (2016). Consumers and carers perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraints in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 6. doi: 10.1186/s13033-016-0038-x
- Crouch, S., Robinson, P., & Pitts, M. (2011). A comparison of general practitioner response rates to electronic and postal surveys in the setting of the National STI Prevention Program. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 35, no. 2.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykiske helsetjenester (psykiske helsetjenester loven). LOV-1999-07-02-62.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2012). Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015).
- Helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. IS-1370. Sosial- og helsedirektoratet
- Hem, M.H., Gjerberg, E., Husum, T.L., & Pedersen, R. (2016). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, Epub ahead of print (March). doi: 10.1177/0969733016629770
- Hem, M.H., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15, 82. doi: 10.1186/1472-6939-15-82
- Hem, M.H., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2017). *Systematisk etikkrefleksjon gjør en forskjell - Et ressurshefte for etikkrefleksjonsgrupper i psykisk helsevern*. Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

House, A., Owens, D., & Patchett, L. (1999). Deliberate self-harm. *Quality in Health Care*, 8, 137-143.

Husum, T. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway*. PhD Dissertation, Medical Faculty, University of Oslo.

Husum, T.L., Bjørngaard, J.H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Service Research*, 6(10),89. doi: 10.1186/1472-6963-10-89.

Høyer, G. (2009). Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Vedlegg 3 i rapporten «Vurdering av behandlingstvilkåret i psykiske helsetjenester loven» - Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykiske helsetjenester (IS- 1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet.

Kallert, T.W. (2008). Coercion in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), pp.485-489.

Kellermanns, F.W., Floyd, S.W., Pearson, A.W., & Spencer, A. (2008). The contingent effect of constructive confrontation on the relationship between shared mental models and decision quality. *Journal of Organizational Behavior*. 29, 119–137.

Kirksether Brun, M., Husum, T.L., & Pedersen, R. (2017). Tvangsmedisinering i psykiske helsetjenester – en systematisk litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 54, nummer 2, 186-195.

Kisely, S.R.; & Campell, L.A. (2014). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD004408. doi: 10.1002/14651858.

Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2013). Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics*, 20(1), 96-108

Muralidharan, S., & Fenton, M., 2006. Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(3), CD002084.

Nathaniel, A. (2002). Moral distress among nurses. *The American Nursing Association Ethics and Human Rights Issues Updates*. Available at:

<<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/1011770?show=full>> (Accessed 20 June 2016).

Norvoll, R., Hem, M.H., & Pedersen, R. (2016). The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum* (2017) 29: 59. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9312-1>.

Norvoll, R., & Husum, T.L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. AFI Notat 2011:9.

- Norvoll, R., Høyseth, J. R., & Bjørgen, D. (2017). *Ressurshefte om pasienters syn på og erfaringer med involvering av pårørende i psykiske helsetjenester og ved tvang*. Senter for medisinsk etikk, Universitet i Oslo.
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2017). *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester- Pasienters og pårørendes syn og erfaringer*. Ressurshefte fra prosjektet "Psykiske helsetjenester, etikk og tvang". Senter for medisinsk etikk, Universitet i Oslo.
- Riley, H., Høyer, G., & Lorem, G. (2014). "When coercion moves into your home" - a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 506-514.
- Rüyter, K.W., Førde, R., & Solbakk, JH. (2008). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of compulsory placement and treatment across the European Union: Results from an EU-wide study. *European Psychiatry*, 19, 30.
- Sivilombudsmannen (2016). *Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.–28. april 2016*. Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.
- Stavanger Aftenblad (07.01.16)
<https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/0L0eM/Varsling-er-en-risikosport>
- Steinert, T., Noorthoorn, E.O., & Mulder, C.L. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the development in two neighbouring countries. *Frontiers in Public Health*, 24(2), 141.
- Stensrud, B., Høyer G., Beston, G., Granerud, A., & Landheim, A.S. (2016). "Care or control?" A qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology*, 51, 747-755.
- Stensrud, B., Høyer G., Granerud, A., & Landheim, A.S. (2015). "Life on hold": a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 209-216.
- Tvangsforskningsnettverket (2014). Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Forskning om bruk av tvang i psykiske helsetjenester 2014-2019. Universitet i Tromsø.
- Voskes, Y. (2014). *No effect without ethics. Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective*. PhD Dissertation. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 247-251.