

Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern

Ingvild Stokke Engerdahl , Albert Moljewijk og Reidar Pedersen

Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern

Gruppebasert refleksjon om etiske utfordringer ved bruk av tvang viser at behandlere ofte står i situasjoner der viktige verdier strider mot hverandre. Den viktigste verdiavveiningen synes å være om pasientens autonomi skal vike for andre hensyn.

Utgangspunktet for all behandling i Norge er at den skal være frivillig og basert på informert samtykke. Det er imidlertid enkelte unntak fra denne hovedregelen: Av Psykisk helsevernlovens § 1–4 og kapittel 3 fremgår det at både psykiatere og psykologspesialister kan fatte vedtak om tvang dersom lovens vilkår er oppfylt, og man etter en helhetsvurdering finner at tvang er klart beste løsningen av hensyn til pasienten, eller av hensyn til andres liv eller helse (Helsedirektoratet, 2012).

Til tross for at lovverket regulerer bruk av tvang, tyder statistikk på at praksis er forskjellig når det kommer til tolkning og anvendelse av lovverket. I strategiplanen «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)» beskrives utfordringer knyttet til hvordan man skal registrere tvangsvedtak for å få sammenlignbare tall, og det vises til geografiske forskjeller mellom land og innad i vårt land når det gjelder omfang og type tvang. Det kan i tillegg forekomme mye uformell tvang og makt som ikke kan telles eller leses av tvangsstatistikk. Den subjektive dimensjonen som pasienters opplevelse av tvang utgjør, er også vanskelig å beskrive statistisk. Vi ser altså at lovverk og statistikk ikke tegner et fullstendig bilde av den kompleksiteten som bruk av tvang i praksis innebærer.

Mange ansatte i psykisk helsevern kan være usikre på når det er lov og når det er riktig å bruke tvang

Syse og Nilstun (1997) fremhever at bruk av tvang i psykisk helsevern innebærer verdikonflikter, og trekker særlig frem autonomi og paternalisme som sentrale motsetninger. De definerer paternalisme som «det å gripe inn overfor et individ med det formål å hjelpe vedkommende, når dette skjer i strid med vedkommendes ønske eller uten at samtykke foreligger», mens autonomi brukes synonymt med selvbestemmelse (Syse & Nilstun, 1997). I Etiske prinsipper for nordiske psykologer (2008) står det at psykologers arbeid ofte vil innebære vanskelige etiske vurderinger, og at pasienters selvbestemmelse kan måtte fravikes ved lovhjemlet bruk av tvang. Den samme avveiningen av verdier fremheves i Paulsrud- utvalgets utredning «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet» (NOU 2011:9), hvor det fremgår at helsemyndighetenes mål er å få til *riktigere* og redusert bruk av tvang.

Fra mange ulike ståsteder anerkjennes det altså at viktige verdier står på spill når det gjelder bruk av tvang. Vårt inntrykk gjennom mange år med klinisk praksis og arbeid med etikk

i helsetjenesten er likevel at det har vært sterkt fokus på ideologiske, prinsipielle og teoretiske motsetninger og lovverk, og mindre systematisk fokus på hva slags etiske utfordringer helsepersonell faktisk opplever i konkrete situasjoner ved bruk av tvang i psykisk helsevern.

En måte å definere etiske utfordringer på er: «når det er tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt» (Lillemoen & Pedersen, 2013). Forskere ved Senter for medisinsk etikk (SME) har nylig gjennomført et systematisk litteratursøk i Medline, PsychInfo, Cinahl, Sociological Abstracts og Web of Knowledge for å undersøke hvilke etiske utfordringer helsepersonell opplever som sentrale ved bruk av tvang i psykiske helsetjenester (Hem, Gjerberg, Husum & Pedersen, 2014). Dette søket ga relativt få relevante treff, og understøtter et inntrykk av at få studier eksplisitt og systematisk har undersøkt hva slags etiske utfordringer helsepersonell møter ved bruk av tvang.

I 2011 bevilget Helsedirektoratet midler til et flerårig prosjekt ved Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitet i Oslo, kalt PET-prosjektet: Prosjektets mål er å frembringe kunnskap om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET), og å undersøke mulige virkemidler for å bedre håndteringen av etiske utfordringer ved bruk av tvang. PET-prosjektet har en bred forståelse av tvang som inkluderer formell, uformell og opplevd tvang. For mer informasjon om PET-prosjektet ved Senter for medisinsk etikk, se <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/psy....>

Vår studie er basert på et delprosjekt innenfor PET-prosjektet som besto i å etablere etikk-refleksjonsgrupper innenfor psykisk helsevern med fokus på bruk av tvang. Etikk-refleksjonsgrupper er et tilbud til de ansatte om å ta opp egne pasientsaker hvor de er i tvil om hva som er riktig å gjøre (Lillemoen & Pedersen, 2013; Molewijk et al., 2008a). Denne typen refleksjonsgruppe ble valgt på bakgrunn av positive erfaringer bl.a. fra Nederland, hvor vitenskapelig evaluering tyder på at etikk-refleksjonsgrupper kan bidra til en økt bevissthet om riktig bruk av tvang og en bedre håndtering av etiske utfordringer (Molewijk et al., 2008b/c; Weidema et al., 2013).

Ved å informere i ulike fora om dette delprosjektet knyttet forskere ved Senter for medisinsk etikk til seg ressurspersoner som var interessert i å samarbeide om å etablere etikk-refleksjonsgrupper ved sin arbeidsplass innenfor psykisk helsevern. Etter en forberedende periode med informasjonsmøter, forankring i ledelsen ved de ulike institusjonene, opplæring og planlegging, ble det høsten 2012 startet opp totalt 8 etikk-refleksjonsgrupper ved tre ulike sykehus. Pr. januar 2015 er 6 av gruppene fremdeles aktive.

Etikk- refleksjonsgrupper er et tilbud til de ansatte om å ta opp egne pasientsaker

hvor de er i tvil om hva som er riktig å gjøre

Gitt de viktige verdiene bruk av tvang berører, og det fokus myndighetene har på å fremme riktigere og redusert bruk av tvang, er vi i denne studien interessert i å se på hvilke etiske utfordringer de ansatte innenfor psykisk helsevern er opptatt av i situasjoner hvor det kan være aktuelt å bruke tvang. Er det slik at lovverket klart regulerer de situasjonene hvor tvang blir vurdert, eller opplever de ansatte at det kan være andre hensyn som er viktige for om det skal fattes vedtak om tvang? Opplever de ansatte etiske utfordringer ved bruk av tvang i situasjoner hvor lovverket ikke regulerer tvangsbruk? Hvilke verdier er de ansatte opptatt av å reflektere over for å vurdere om bruk av tvang er legitimt? For å belyse disse problemstillingene var våre forskningsspørsmål følgende:

- 1 Hvilke etiske utfordringer er ansatte innenfor psykisk helsevern opptatt av å reflektere over i etikk-refleksjonsgrupper knyttet til utøvelse av tvang?
- 2 Hvilke verdier står på spill når man er i tvil om det er riktig å bruke tvang, og hvordan legitimerer man bruk av tvang?

Vi kjenner ikke til at disse problemstillingene har vært undersøkt på en lignende måte tidligere.

Metode

Avdelingene der refleksjonsgruppene har vært gjennomført:

Syv avdelinger tilknyttet tre forskjellige sykehus har hatt til sammen åtte refleksjonsgrupper med jevnlig møter. Avdelingene består av seks døgnavdelinger og en psykose poliklinikk. Døgnavdelingene er en alderspsykiatrisk avdeling, to akuttposter, en ungdomspsykiatrisk klinikk, en rehabiliteringsenhet og en lukket psykose- og sikkerhetsavdeling. Alle avdelingene er godkjent for bruk av tvang, og alle utøver tvang.

Gruppene har vært åpne for alle de ansatte ved avdelingene og har vært tverrfaglig sammensatt med behandlere (overleger, LIS-leger, psykologspesialister og psykologer, hvorav flere med vedtaksansvar) og miljøpersonale (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere). Ved enkelte avdelinger har ledere deltatt, andre steder prest og sosionom.

Om etikk-refleksjonsgruppene

Gruppemøtene har vart fra 60 til 75 minutter og har møttes en til to ganger i måneden. Antall deltakere har variert fra 3 til 18. Refleksjonsgruppene har fulgt en sekstrinnsmodell utviklet ved Senter for medisinsk etikk, gjerne kalt SME-metoden (se Børslett, Heilmann, Lillemoen & Pedersen, 2011, for beskrivelse av SME-metoden). De seks trinnene er å klargjøre og drøfte etiske utfordringer/dilemmaer, fakta i saken, berørte parter og deres syn, aktuelle verdier/lover/prosedyrer, handlingsalternativer, og helhetsvurdering/konklusjon. Metoden virker strukturerende for refleksjonen, og kan samtidig benyttes svært fleksibelt. Den er vanlig å bruke i etikkdrøftinger i Kliniske etikk-komiteer (KEK) ved norske sykehus. Alle gruppene ble ledet av en eller to etikkfasilitatorer. Disse er ansatte ved avdelingene som har fått opplæring i å lede etikk-refleksjonsgrupper gjennom samlinger og veiledning fra Senter for medisinsk etikk.

Gruppedeltakerne ble oppfordret til å ta opp reelle utfordringer knyttet til bruk av tvang. Gruppene brukte ulike metoder for å velge ut saker. Noen grupper hadde avtalt på forhånd hvem som hadde ansvar for å presentere sak fra gang til gang. I andre grupper var det enten bare én aktuell sak, eller det ble avgjort i hvert enkelt møte, etter en kort presentasjon av flere aktuelle saker, hvorpå gruppedeltakerne ble enige om hvilken sak man ville reflektere videre rundt.

Beskrivelse av datamaterialet:

Datamaterialet i denne undersøkelsen består av evalueringsskjemaer som ble fylt ut av etikkfasilitatorene etter hver etikk-refleksjonsgruppe. Hovedspørsmålet som skulle besvares på evalueringsskjema, var: Hva var den etiske utfordringen? Svaret på dette spørsmålet danner hovedgrunnlag for analysen her. Skjemaene inneholdt også tilleggsopplysninger om situasjonen som ble presentert, utfallet og mulige tiltak man kom frem til på grunnlag av refleksjonen. På alle skjemaene fremgikk det hvilke faggrupper som var til stede hver gang. Skjemaene inneholdt ikke informasjon om hvorvidt sakene ble valgt ut forut for eller i gruppemøtet, eller om de ble vurdert som gode eller egnete saker.

Analyse av skjemaene:

For å bearbeide skjemaene benyttet vi kvalitativ analyse inspirert av Kvale og Brinkmann (2012). Vi tilstrebet å ha en induktiv holdning til materialet, og benyttet ikke teoretiske begreper eller forhåndsdefinerte kategorier i analysen. Det var to (RP og ISE) som leste skjemaene og jobbet med ulike måter å kategorisere datamaterialet på, først hver for seg og deretter sammen. Til slutt ble alle

skjemaene analysert i forhold til de fire kategoriene vi ble enige om var mest dekkende for materialet, og som overlappet minst.

Formuleringen av den etiske utfordringen eller de etiske utfordringene på skjemaene ble benyttet ordrett i analysen. På skjema hvor tilleggsopplysningene utdypet den etiske utfordringen eller klargjorde hvilke verdier som hadde vært framme i refleksjonen, ble denne informasjonen benyttet i analysen og til å utarbeide kategorier. Dette gjaldt for om lag 3/4 av skjemaene. Der det manglet informasjon om hvilke verdier som hadde vært berørt, ble det ikke gjort forsøk på å utlede eller tillegge denne meningen.

Den inndelingen av materialet som gjennomgås i resultatdelen, er den vi fant mest dekkende for innholdet i skjemaene. Flere av de etiske utfordringene er svært komplekse og inneholder elementer fra flere av kategoriene. Vi har da sortert ut fra det vi har vurdert som den mest fremtredende utfordringen. I presentasjonen av resultatene har vi fortettet innholdet i noen av eksemplene for å gjøre budskapet klart, men i hovedsak beholdt de ordene som var skrevet i evalueringsskjemaene.

Forforståelse og ulike roller hos artikkelforfatterne

Artikkelforfatterne har flere roller i PET-prosjektet knyttet til opplæring, forskning og som fasilitator. Vi har hatt en bevissthet om hvordan egen forforståelse og interesse for prosjektet kan ha påvirket vårt arbeid med materialet, og mener at dette i all hovedsak utgjør en ressurs ved at vi har inngående kjennskap til de ulike fasene i etableringen og gjennomføringen av refleksjonsgruppene. Vi har for øvrig hatt tett dialog med alle fasilitatorene gjennom hele prosjektperioden. Fasilitatorene har mottatt et utkast av artikkelen til vurdering, og de ble oppfordret til å komme med kommentarer vedrørende analyse og innhold i artikkelen. Vi mottok ingen tilbakemeldinger.

Forskningsetikk:

Studiene i PET-prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og utført i tråd med allmenne forskningsetiske prinsipper om informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet.

Resultater

Det er registrert 86 evalueringsskjemaer i perioden fra oppstart i oktober 2012 og til juni 2013. Det er mulig at refleksjonsgruppemøter har blitt avholdt uten at man har sendt inn skjema, men en kontroll av dette i april 2013 viste at dette forekom i svært beskjeden grad.

- 1 Hvilke etiske utfordringer er ansatte innenfor psykisk helsevern opptatt av å reflektere over i etikk-refleksjonsgrupper knyttet til utøvelse av tvang?

Vår analyse viser at tvang blir tillagt en svært vid betydning i refleksjonsgruppene. De etiske utfordringene knyttet til tvang kan deles i følgende fire kategorier: uformell tvang, formell tvang, usikkerhet om lovverk og profesjonalitet.

Uformell tvang

Denne kategorien inkluderer etiske utfordringer ved tvang som ikke er lovhjemlet. Dette betyr ikke nødvendigvis at tvangsbruken er *ulovlig*, men det betyr at den ikke reguleres av egen lovhjemmel, at det ikke er fattet vedtak om tvang i situasjoner som omfattes av loven, eller at tvangen ikke er vurdert i forhold til annet rettsgrunnlag (f.eks. nødrett). Ved alle de syv avdelingene har man reflektert over slike utfordringer. Totalt utgjør uformell tvang hovedtemaet i 17 av de 86 sakene.

De etiske utfordringene i denne kategorien viser at uformell tvang blir vurdert brukt i mange situasjoner der pasienten er uenig i det behandler eller personale mener er riktig å gjøre. Begreper som «hindre», «nekte», «avlede», «lure» og «målet helliger middelet» går igjen, og en fellesnevner er at personalet forsøker å påvirke pasientene i den retning de mener er best, gjennom ulike grader av press og tvang. Den etiske utfordringen består ofte i å vekte betydningen av pasientens selvbestemmelse opp mot hva de ansatte vurderer som pasientens beste – dvs. pasientautonomi versus velgjørenhet eller paternalisme. Materialet kan deles inn i to hovedformer for uformell tvang, se tabell 1. «Presse» handler typisk om å få pasientene til å gjøre noe de ikke vil, mens «grensesette» beskriver situasjoner hvor personalet hindrer pasienten i å gjøre ting personalet mener er uheldig.

Tabell 1. Uformell tvang – De to mest dominerende formene med eksempler:

| Presse | Grensesette |
|--|--|
| Er det etisk forsvarlig å presse en pasient til fysisk aktivitet? | Er det bruk av tvang å nekte pasienten å ringe pårørende? |
| Om målet helliger middelet? Hvor mye makt skal man bruke for å følge behandlingsplanen? | Bør man hindre en manisk pasient i å røyke når vedkommende ikke røyker til vanlig? |
| Er det riktig å tvinge en pasient med masse psykotiske vrangforestillinger i dusjen fordi vedkommende lukter vondt og er til stor sjenanse for medpasienter? | Bør vi stoppe en pasient i psykotisk tilstand i navnebytte? |

Formell tvang

Denne kategorien inkluderer etiske utfordringer knyttet til å utøve tvang som er lovhjemlet, enten i psykisk helsevernloven eller kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Alle avdelingene har hatt møter hvor spørsmål rundt formell bruk av tvang utgjør den mest fremtredende etiske utfordringen, totalt 23 av 86 saker.

Refleksjon rundt formell tvang handler ofte om det er riktig å bruke tvang der man vurderer at man har juridisk dekning for det, og om tvangen gjennomføres til rett tid. «Timing» fremstår således som viktig i mange saker enten det gjelder spørsmål om innleggelse, tvangsmedisinering eller bruk av tvangsmidler. Ved formell tvang kan de etiske utfordringene deles inn i tre hovedområder, se tabell 2.

Tabell 2. Etiske utfordringer ved formell tvang – Tre hovedområder med eksempler:

| Tvungent psykisk helsevern | Tvangsmedisinering | Tvangsmidler |
|--|--|--|
| Hvem legger vi inn for? Vårt grunnlag for å vurdere og stole på egen vurdering versus informasjon og press fra pårørende. | Medisinere på tvang eller frivillighet uten medisiner? Avveie at pasienten blir psykotisk, tidligere voldsepisode, versus unngå psykoseutvikling ved bruk av tvang. | Er det riktig å beltelegge en pasient som frivillig legger seg i beltesengen når vi sier at vi skal ta kontrollen? |
| TUD (tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold) hos pasient i flere år, skal han få prøve seg uten? Pasient autonomi versus samfunns-sikkerhet. Voldsanamnese tilbake i tid. | Tvangsmedisinere eller ikke? Pasient på TUD med tvangsmedisineringsvedtak som ikke ble utført. Pasienten gjorde et suicidforsøk, og behandler fikk avviksmelding i etterkant av hendelsen. | Hvor lenge etter alvorlig voldshendelse er det riktig å beltelegge en pasient som raskt roet seg? |
| Når skal man gripe inn? Autonomi versus paternalisme på lengre sikt? Hvor langt kan hjelpeapparatet la det gå uten å gripe inn? | Bruk av tvangsmedisinering eller middel: Opplevelse av krenkelse for pasienten versus å hindre at hun skader seg selv eller andre. Hvem skal beskyttes? | Hva er best og verst for pasienten – å bli holdt av personalet eller å bli beltelagt? Skal pasienten kateteriseres med tvang eller ikke? |

Usikkerhet om lovverk

Den tredje kategorien dreier seg om usikkerhet knyttet til forståelse og anvendelse av lovverket.

Denne usikkerheten er den mest fremtredende utfordringen i 17 av 86 saker og kan deles inn i to

hovedgrupper: usikkerhet om meldeplikt og usikkerhet om når det er lov å bruke tvang, se tabell 3.

Spørsmål knyttet til taushetsplikt er fremtredende både ved usikkerhet om meldeplikt og i flere andre saker i denne kategorien. Det er også flere eksempler på usikkerhet om hvorvidt formelle vedtak skal eller kan fattes, f.eks. ved kroppsvisitering, tvangsdujning og bruk av sonde og klyster.

Tabell 3. Usikkerhet om lovverk – De to mest fremtredende områdene med eksempler:

| Usikkerhet om meldeplikt | Usikkerhet om når det er lov å bruke tvang |
|---|---|
| Når skal man bryte taushetsplikten ift. våpen? Hva skal til og hva er viktig? Autonomi hos pasienten eller samfunnsansvar i å forhindre skade? | Kan vi holde pasient tilbake hvis vi mistenker at hun utsettes for seksuelle overgrep? |
| Skal vi varsle barnevernet i forhold til pasient som sier han befatter seg med barnepornografi på nettet? Pasient med psyko-seproblematikk, har mindreårige barn. | Kan pasienten selv bestemme å ikke motta helsehjelp når helsepersonell anser det som faglig uforsvarlig? Pliker vi å gi helsehjelp vi anser absolutt nødvendig når samtykke-kompetent pasient nekter å motta hjelp? |
| Hvor går grensa for lojaliteten overfor pasienten, sett opp mot totalsituasjonen for familien? Gjelder melding til barnevernet. | Er det riktig bevisst å omgå lovverket for å bruke tvang ved suicidalitet? |

Profesjonalitet

Alle avdelingene har saker der etiske utfordringer knyttet til profesjonalitet utgjør den mest fremtredende problematikken, totalt 29 av 86 saker. Dette er problemstillinger som typisk er mest knyttet til asymmetri i roller mellom behandler og pasient, og det at den profesjonelle har stor makt i kraft av sin stilling og gjennom hvordan man møter pasienten. Resultatene viser at behandlerne også kan føle på denne maktubalansen – og finne den vanskelig. Det er også mange saker hvor personalet har reflektert over sine egne holdninger i møte med psykisk syke pasienter. Lojalitetskonflikter er også et gjennomgående spørsmål i disse sakene. De etiske utfordringene i denne kategorien kan deles inn i tre dominerende hovedtema, se tabell 4.

Tabell 4. Profesjonalitet – Tre dominerende tema med eksempler:

| Hvordan forholde seg til «galskap»? | Holdninger til bruk av tvang | Roller og lojalitet |
|--|--|---|
| Skal vi bekrefte eller realitetsorientere vrangforestillinger hos psykotisk pasient? | Hvordan er våre holdninger til bruk av tvang for å utføre personlig hygiene hos psykotiske pasienter med svært dårlig funksjonsnivå som motsetter seg dette? | Pasienten har bivirkninger av medisiner. Skal behandler (psykolog) være lojal med legen og presse pasienten, eller støtte pasienten i å ikke ta medisiner? |
| Skal vi provosere frem utagering for å gi psykotisk pasient adekvat medisiner? | Er vi profesjonelle i møte med utfordrende atferd? Mannlig pasient med ufyselig og utfordrende atferd overfor kvinnelig personal. | Hvordan holde ut med svært aggressive, støyende pasienter? Hvordan kommunisere når personalet er uenige i tiltak? Hvem skal man være lojal mot? Autonomi kontra bruk av makt. |

1 Hvilke verdier står på spill når man er i tvil om det er riktig å bruke tvang, og hvordan legitimerer man bruk av tvang?

| Pasientens beste | Samfunnets sikkerhet | Andre berørte parter |
|---|---|--|
| Hindre tiltagende sykdom og suicid, forebygge / behandle psykose | Sikkerhet / trygghet når noen er utilregnelig | Hensyn til personalet: sikkerhet, ryggen fri, integritet |
| Ivareta somatisk helse, ikke forgå | Forebygge vold, seksuelle overgrep, bruk av våpen | Hensyn til medpasienter; vond lukt, utagering |
| Ikke skade, velgjørhet, omsorg, respekt, skånsom utøvelse av tvang, unngå krenkelse | Vurdering av voldsrisiko / farlighetsvurderinger | Hensyn / lojalitet til system, vedtak, kollegaer, ressurser, høytider, pårørende |

Diskusjon

Vårt hovedfunn i denne undersøkelsen er at det finnes svært forskjellige og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Utfordringene kan deles i fire

hovedkategorier, og viser mange eksempler på tvang og makt som ikke er tellbar og som ikke har en opplagt lovhjemmel. Der utfordringene dreier seg om bruk av formell tvang, er ofte avveiningen mellom ulike verdier likevel viktig for den beslutningen som skal fattes. Den viktigste verdiavveiningen er om respekt for pasientens autonomi skal vike for andre hensyn. Mangfoldet og omfanget av etiske utfordringer deles av alle de syv avdelingene i undersøkelsen.

Jussen løser ikke alle spørsmål

Lovverk, tvangsvedtak og statistikk kan gi inntrykk av at skillet mellom tvang og frivillighet er klart avgrenset og gir lite rom for tvil. Refleksjonsgruppene viser imidlertid at lovverket bare regulerer en begrenset del av det som forstås som riktig bruk av tvang i psykisk helsevern og løser på ingen måte alle utfordringer. Fra refleksjonsgruppene er det flere eksempler på at det kan være grunnlag for bruk av tvang juridisk sett, men at avveining av verdier er utslagsgivende for om tvang vedtas og benyttes.

Gjennom våre resultater har vi også sett at lovverket kan være med på å bidra til etiske utfordringer. Det er flere eksempler på at personalet opplever det utfordrende å vente på at pasienter skal bli så syke at man kan bruke tvang, eller man opprettholder vedtak om tvang uten døgnopphold fordi pasienten må bli svært syk før man igjen kan gjøre vedtak om tvang. Flere av disse etiske utfordringene kan beskrives som moralsk stress, dvs. man vet hva man synes er det riktige å gjøre, men forhindres av ytre rammer (Oh & Gastmans, 2013).

Stort ansvar og samtidig usikkert beslutningsgrunnlag

De vedtaksansvarlige innenfor psykisk helsevern forvalter et stort samfunnsansvar ved både å skulle hjelpe de mest sårbare pasientene og samtidig beskytte samfunnet ved å vurdere farlighet og voldsrisiko hos samme pasientgruppe. I dette ligger også muligheten for sterke verdikonflikter, og krav om å gjøre kompliserte vurderinger med stor usikkerhet.

Det finnes svært forskjellige og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang innenfor psykisk helsevern

Austin, Kagan, Rankel & Bergum (2008) fant i en intervjuundersøkelse med psykiatere at mange av dem mente at dette ansvaret hviler på en overdreven tillit til fag og kompetanse. Våre resultater kan forstås i samme retning. Flere etiske utfordringer handler om hvor lenge det er rimelig å opprettholde tvang hos pasienter med tidligere voldshistorikk, eller om man skal legge inn pasienter til tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av at pårørende eller andre melder bekymring for en pasient. Det finnes kartleggingsverktøy for vurdering av suicidfare og voldsrisiko, likevel vet man at det er svært vanskelig å forutse den enkelte hendelse (se f.eks. Nasjonale retningslinjer for

forebygging av selvmord, 2008). Man vet hvor fatalt det kan være å «ta feil» i disse avgjørelsene, og hvordan media leter etter syndebukker når det skjer tragiske hendelser. Samtidig er det trolig få eller ingen som ønsker å gjennomføre «unødvendig» tvang. Vi mener det er grunn til å rette fokus mot hvor krevende disse beslutningene er for den faglig ansvarlige, som både skal etterkomme kravet om å redusere bruk av tvang, samtidig som man holdes ansvarlig dersom man ikke bruker tvang og det går galt.

Gråsoner

Våre resultater tyder på at mange ansatte i psykisk helsevern kan være usikre på når det er lov og når det er riktig å bruke tvang, både i forhold til psykiske og somatiske tilstander. Resultatene viser også en utstrakt uformell bruk av tvang. Aasen (2009) viser til at det for pasientene ofte kan være uklart hva deres status er i forhold til vedtak om tvang og frivillighet, og at opplevd tvang kan være vel så stor ved frivillige innleggelse som ved tvangsinnleggelse.

Sjøstrøm (2006) fremhever et viktig poeng når det kommer til forholdet mellom tvang og frivillighet: Hvor reell er pasientens autonomi så lenge tvang utgjør en mulighet dersom pasienten motsetter seg det personalet mener er det beste? Mange av eksemplene på uformell tvang i vårt materiale kan forstås innenfor en slik tvetydig kontekst. Denne tvetydigheten kan også gjenfinnes i juridiske gråsoner, hvor husordensregler er et viktig eksempel.

Resultatene indikerer også at grensen mellom uformell og formell tvang ikke alltid er lett å trekke for helsepersonell. Spørsmålet om hva som omfattes av lovens hjemler eller krever et nytt vedtak, kan tolkes ulikt og fordrer noen ganger stor kjennskap til loven, dens forarbeider og rettspraksis.

Hva er ikke tematisert eller lite representert i materialet?

Samtykkekompetanse er sentralt for en vurdering av om man kan forsvare bruk av tvang og for pårørendes rolle. Dette er imidlertid kun eksplisitt omtalt på ett av skjemaene.

Brukerperspektivet er lite fremtredende i materialet. Brukerorganisasjonene har tradisjonelt vært opptatt av opplevd tvang, behandlingskriteriet og potensialet for krenkelse. Materialet tyder på at de ansatte også opplever dette som utfordrende, men at brukerstemmen – for eksempel pasientens egne begrunnelser for å ønske noe annet enn personalet – i liten grad er trukket direkte inn i refleksjonen.

Styrker og svakheter

Datagrunnlaget i denne undersøkelsen består av et evalueringsskjema som fasilitatorene har fylt ut etter refleksjonsgruppemøter. Det er derfor deres beskrivelse av de etiske utfordringene som er nedfelt. Vi vet imidlertid at alle gruppene har benyttet SME-metoden, og at denne vektlegger å finne en *felles* formulering av den etiske utfordringen. Vi må likevel ta forbehold om at temaer kan ha vært fremme i gruppene uten at det fremgår av evalueringsskjemaene. Det som tas opp i refleksjonsgruppene, er hentet fra deltakernes kliniske arbeidshverdag, men det kan godt tenkes at en hadde fått andre svar om en f.eks. hadde spurt alle ansatte om hva de opplevde som viktige etiske utfordringer.

Deltagerne i refleksjonsgruppene ble invitert spesielt til å reflektere over etiske utfordringer knyttet til både formell og uformell tvang. Dette har selvsagt bidratt til at de mange og svært ulike typene av etiske dilemmaer knyttet til bruk av tvang kom frem. Noen vil kanskje si at dette kan føre til en form for overrapportering. Vi vil snarere hevde at et slikt eksplisitt fokus motvirker en fare for å havne i den andre grøften – dvs. å overse de etiske utfordringene og verdikonfliktene ved bruk av tvang.

Konklusjon

Det er viktig å utrede ulike virkemidler for å nå målet om riktigere og redusert bruk av tvang. Vi mener denne undersøkelsen gir gode innspill til dette arbeidet.

Vårt innblikk i etikk-refleksjonsgruppene viser at det finnes mange og krevende etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Resultatene viser at å fokusere på formell tvang ikke alltid er tilstrekkelig, og at det kan være viktig å gi rom for etisk refleksjon, tvil og usikkerhet. Studien kan tyde på at det er et potensial for å bringe inn brukerperspektivet i sterkere grad i drøftingen av etiske dilemmaer knyttet til tvang, selv om det kan være utfordrende. Kunnskap fra refleksjonsgruppene om de vanskelige verdivalgene som de ansatte opplever, gir grunn til å peke på at det er viktig å håndtere etiske utfordringer knyttet til tvang på en trygg og systematisk måte. Kommende publikasjoner fra PET-prosjektet vil gi svar på hvordan refleksjonsgruppene kan bidra til dette og til den overordnede målsettingen om riktigere og redusert bruk av tvang.

Referanser

- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M. & Bergum, W. (2008). The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 89–97.
- Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Børsllett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L., Pedersen, R. (2011). *La etikken blomstre i praksis – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen*. Trykk: BK Grafisk.
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer (2008). Norsk psykologforening.
- Helsedirektoratet (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. IS-9/2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges when using coercion in mental health care: a systematic review and narrative synthesis. *Manuscript submitted for publication*.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2013). Ethics in municipal health services: working systematically with, and developing competence in ethics. *Clinical Ethics*; 8, 19–28.
- Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2008a). Teaching ethics in the clinic: The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, 34, 120–124.
- Molewijk, A. C., Verkerk, M., Milius, H. & Widdershoven, G. (2008b). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 43–56.
- Molewijk, A. C., Zadelhoff E., Lendemeijer B., Widdershoven, G. (2008c) Implementing moral case deliberation in Dutch health care: improving moral competency of professionals and quality of care. In: *Bioethica Forum*, 1(1), 57–65.
- Norges offentlige utredninger (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* (NOU 2011:9).
- Oh, Y. & Gastmans, C. (2013). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*. Oct 3 (Epub)
- Sjøstrøm, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 36–47.

- Sosial og helsedirektoratet (2008): IS-1511 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.
- Syse, A. & Nilstun, T. (1997). Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997, 837–918
- Weidema, F., Molewijk, A. C., Kamsteeg, F. & Widdershoven, G. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. In: *Nursing Ethics*, Sep, 20(6), 617–31.
- Aasen, H. S. (2009). Frivillighet, tvang og menneskeverd ved innleggelse i det psykiske helsevernet: Ethiske og juridiske utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12, 1175–1181.