

Psykologer synes det er etisk utfordrende å jobbe med tvang

- medlemsundersøkelse fra 2021

Psykologene i denne undersøkelsen opplevde gjennomgående det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk. Majoriteten svarer at de enten ikke ønsker å jobbe med bruk av tvang, eller at de ikke ønsker å fortsette fordi det oppleves som etisk utfordrende.

TEKST

Mikael Julius Sømhovd
Tonje Lossius Husum

PUBLISERT 27. mai 2022

Sammendrag

Psykologforeningen sendte høsten 2021 ut en nettbasert spørreundersøkelse til norske psykologer primært rettet mot dem som hadde erfaring med bruk av tvang i sin jobb, i forbindelse med at det er 20 år siden psykologer fikk mulighet til å fatte vedtak om bruk av tvang innen psykisk helsevern. Spørreskjemaet besto av Staff Attitude to Coercion Scale og en del ikke-standardiserte spørsmål om hvordan de så på tvangsbruk, og hvilken innflytelse dette hadde på deres arbeid og ønske om å jobbe med tvang. Siden alle kunne svare, skilte spørreskjemaet mellom dem som selv hadde hatt eller på spørretidspunktet hadde vedtakskompetanse for tvang, og dem som ikke hadde det. Undersøkelsen fikk totalt 865 fullførte besvarelser, hvorav 271 var fra psykologer som hadde eller hadde hatt vedtakskompetanse. Undersøkelsen viste først og fremst at psykologene gjennomgående opplever det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk, og majoriteten svarer at dette gjør at de enten ikke ønsker å jobbe med bruk av tvang eller ikke ønsker å fortsette. Dessuten var det en forskjell i holdningene til ulike typer tvang, der de mer «direkte» formene – sånn som beltelegging, fastholding og overtalelse til medisinbruk – var de som ble regnet som mest problematiske, mens mer indirekte tvangsbruk som tvungent psykisk helsevern m.m. ble ansett som mindre etisk problematisk. De med vedtakskompetanse syntes jevnt over at arbeid med tvang var mindre etisk utfordrende – og det gjaldt de fleste formene for tvang – sammenlignet med dem som ikke har eller har hatt vedtakskompetanse. I åpne svar var det dessuten en del som syntes det var problematisk å velge mellom en tydelig «enten-eller»-dikotomi: om de syntes det var etisk problematisk eller viktig for behandlingsresultatet.

Bruken av tvang i psykisk helsevern er kontroversielt (Gooding et al., 2020; Steinert et al., 2004; Wynn, 2006; Zinkler & von Peter, 2019), og temaet aktualiseres med jevne mellomrom når mennesker med psykiske lidelser har vært involvert i hendelser som involverer ulike former for vold. Inntil 2001 var det kun leger som kunne fatte vedtak om bruk av tvang innen helsetjenesten i Norge, men ved innføring av psykisk helsevernloven i 2001 fikk også psykologspesialister mulighet til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift kan være faglig ansvarlig for å fatte vedtak om bruk av tvang i tråd med psykisk helsevernloven.

Dette er nå 20 år siden. Denne undersøkelsen blant Psykologforeningens medlemmer har hatt som formål å undersøke psykologers holdninger eller erfaringer med å jobbe med tvang.

I samfunnet ellers er det kun politimakt som kan legitimere inngripen i enkeltindividers frihet i samme grad. Utenom situasjoner der tjenestepersoner må beslutte ad hoc-bruk av makt ved fare eller mistanke om at kriminalitet foreligger, må slik inngripen være juridisk vurdert i forbindelse med eller som et resultat av en rettslig prosess.

Tvangsbruk i helsesammenheng er derfor også et unikt fenomen. Sett bort fra tilfellene der tvungent psykisk helsevern følger av dom som er et resultat av en rettslig prosess, kan inngripende begrensninger i individers frihet vedtas og iverksettes lokalt av vedtakskompetent helsepersonell. Tvangsbruk i helsetjenesten kan bestå av tvungen innleggelse, tilbakeholdelse og frihetsberøvelse, eller ved bruk av ulike former for tvangsmidler og tvangsmedisinering under en innleggelse. I tillegg kan det fattes vedtak om tvangsmedisinering som kan opprettholdes også utover et døgnopphold.

«Det kan se ut som om psykologene har flere etiske betenkeligheter med bruk av fysiske eller direkte tvangsmidler enn med mer behandlingsrettede eller behandlingslignende tiltak som eksempelvis skjerming»

Grovt kan man si at hjemmel for formell tvangsbruk legitimeres i to hovedkriterier: behandlingsbehov eller at pasienten utgjør fare for seg selv eller andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I tillegg er det viktig å si at det er gråsoner mellom formalisert tvangsbruk ved vedtak og ulike former for overtalelse, press, regler eller behandlingslignende tiltak som brukes både i og utenfor kontekster der tvangsbruk er en formell komponent. Videre kan bakgrunnen for tvangsbruk brytes ned til strukturelle karakteristika (egenskaper ved systemet i helsetjenesten), egenskaper ved

ansattgruppen, pasientrelaterte faktorer, egenskaper ved interaksjonen mellom helsepersonell og pasienten/brukeren og behandlingsrelaterte faktorer (Betemps et al., 1993; Bowers et al., 2004; Husum et al., 2010; Korkeila et al., 2002; Sattar et al., 2006).

Tvang forekommer i flere helsesammenhenger og overfor flere pasient- og brukergrupper. For eksempel gir lov om kommunale helse- og omsorgstjenester anledning til å fatte vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Likevel blir størstedelen av tvang vedtatt av psykologer foretatt i spesialisthelsetjenesten. På tross av at tvangsbruk i helsetjenesten er underlagt betydelige formaliteter og krav om tverrfaglig vurdering, ligger det til én legespesialists eller én psykologspesialists kompetanse å fatte et tvangsvedtak. Dermed er det nyttig å vite mer om disse yrkesgruppens holdninger til og erfaringer med å bruke tvang i helsetjenesten.

Med dette som bakgrunn var målet for undersøkelsen å kartlegge psykologers erfaringer med og holdninger til formell og uformell tvangs- og maktbruk.

Metode

Deltagere og data

For å nå flest mulig psykologer som hadde hatt tidligere erfaring med tvangsbruk, sendte vi ut e-postinvitasjon til alle i Norsk Psykologforenings medlemsregister. Pensjonister ble tatt ut av listen såfremt de hadde oppdatert registrering på dette. Undersøkelsen var åpen for svar i ti dager fra 15. september 2021. Vi sendte én formell purring via systemet etter fem dager og postet utover det en oppfordring på sosiale medier, tre dager før lukking av undersøkelsen. Av 10 365 invitasjoner ble 161 permanent eller midlertidig avvist av mottakers e-postsystem. I tillegg avmeldte 34 mottakere seg aktivt, typisk med begrunnelse om at tvang ikke var relevant for dem. Vi mottok 865 fullførte besvarelser og mener det er riktig og konservativt å anslå svarprosenten til i underkant av 8.5 %t (865/10 169).

Totalt selvrapporterte 212 psykologer at de hadde vedtakskompetanse i daværende stilling. Samlet hadde 271 hatt vedtakskompetanse i daværende eller tidligere stillinger, altså 31 prosent av besvarelsene. Det finnes ikke presise tall over hvor mange som til enhver tid innehar vedtakskompetanse for tvang, men på Psykologforeningens kurs har det i 20 år deltatt omkring 50 psykologspesialister årlig på kurset som vanligvis er nødvendig for å inneha vedtakskompetanse. Vi konkluderer derfor med at en betydelig andel av dem som har innehatt vedtakskompetanse, valgte å svare på undersøkelsen.

Spørreskjema

Vi inkluderte bakgrunnsspørsmål om alder, arbeidserfaring og erfaring med bruk av tvang, eventuell psykologspesialitet og type arbeidssted. Av personvern hensyn er alle bakgrunnsdata kategoriske, og kjønn ble ikke etterspurt.

Spørsmål om hvordan psykologene opplever ulike formelle og uformelle former for tvang, var stilt med dikotomien «Oppleveres som etisk problematisk» kontra «Er viktig for å få god effekt av behandling» som svaralternativer. Spørsmål om medvirkning og samarbeid med pasient eller pårørende var stilt på en ordinal fempunktsskala med alternativene «Nesten alltid», «Noen ganger», «En gang iblant», «Sjelden» og «Aldri». Begge deler var hentet fra en undersøkelse utført av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo om psykiatri, etikk og tvang (PET-studien: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/pet/>) (Molewijk et al., 2017; Aasland et al., 2018).

Spørreskjemaet inkluderte i tillegg «Staff Attitude to Coercion Scale» (SACS) utviklet av Husum og Ruud (Husum et al., 2008). SACS består av 15 spørsmål som skåres på en skala fra 1–5 («Svært uenig», «Uenig», «Nøytral», «Enig», «Svært enig»). Seks spørsmål fra SACS gir subskalaen «Tvang som krenkelse», seks spørsmål gir «Tvang viktig som omsorg og sikkerhet» og tre spørsmål «Tvang viktig for behandling».

Inspirert av Erfaringskompetanse.no sin undersøkelse fra 2021 (Lauveng & Skuterud, 2021) stilte vi også konkrete spørsmål om hvordan psykologene vurderte nødvendigheten av tvangsbruken, men rapporterer ikke disse, da vi i ettertid vurderte disse som overlappende med andre spørsmål i undersøkelsen.

Vi inkluderte også noen spørsmål om hvordan ulike faktorer innvirket på ønsket om å arbeide med tvang, med svaralternativene «Ja», «Nei» og «Vet ikke».

Analyser

Preliminært presenterer vi bakgrunnsdata sett opp mot forventning fra medlemsregisteret for å vurdere representativitet. Selve undersøkelsen om tvangsbruk rapporteres i hovedsak som deskriptive data, men inkluderer også Spearmans rho-korrelasjoner samt kji-kvadrattester for forskjeller mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse, kontra dem som ikke har det.

Vi presenterer også deskriptive tall fra SACS og t-tester i tillegg til forskjeller i sumskårgjennomsnitt fra de tre antatte SACS under-skalaene mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse, og dem som ikke har hatt det.

Manglende data

Manglende data utover N = 865 er i hovedsak overlappende med de omkring ti prosentene som svarte på foregående spørsmål at de hadde «Ingen» erfaring med bruk av tvang. Ingen av spørsmålene var tvungne, så det forekommer også noen formodentlig vilkårlige mangler. Avvik fra N = 865 presenteres som n = x på gjeldende datalinje i tabell.

Resultater

Bakgrunnsdata

Gjennomsnittsalder i medlemsregisteret er 43 år. I våre data er alderskategorien 40–49 modus med 27.8 % og samtidig medianalder. Med moderat flere i kategorien 30–39 (24.7 %) enn i kategorien 50–59 (19.2 %) og moderat flere i kategorien 60 eller mer (15.8 %) enn i kategorien 20–29 år (12.6 %) velger vi å anta at aldersfordelingen er akseptabelt lik medlemspopulasjonen.

Et knapt flertall av respondentene hadde over 15 års arbeidserfaring i alle former for psykisk helsevern (33.6 %). De med under fem års arbeidserfaring utgjorde likevel samlet en nesten like stor andel (28.8 %). Samlet svarte over halvparten (52.9 %) at de hadde «Noe» eller «Mye» erfaring med bruk av tvang, mens under en femdel svarte at de hadde «Ingen» erfaring med bruk av tvang (19.5 %). Vi fant en moderat, men statistisk signifikant sammenheng mellom alder og erfaring med bruk av tvang ($r_s = .25$, $p < .001$).

Tilsvarende fant vi en overordnet forskjell i erfaring med bruk av tvang mellom dem som var psykologspesialister, versus ikke-spesialister ($\chi^2 = 25.27$, $p < .001$). Justerte residualer derivert til Z verdier gir et bilde av at forskjellen kommer fra at psykologspesialistene oftere rapporterte «Mye» erfaring med bruk av tvang ($Z = 3.9$, $p < .001$), henholdsvis at ikke-spesialister oftere svarte at de hadde «Ingen» ($Z = -2.8$, $p = .005$) eller «Lite» ($Z = -2.1$, $p = .04$) erfaring med bruk av tvang. Residualverdiene fra svarkategorien «Noe» var under kuttpunkt ved $\alpha = 05$.

På samme måte rapporterte de som jobbet ved en «lukket»-avdeling, mer erfaring med bruk av tvang ($\chi^2 = 115.00$, $p < .001$), der effekten hovedsakelig kom fra svarkategorien «Mye» ($Z = 9.4$, $p < .001$).

Tabell 1

Psykologers beskrivelse av hvordan de opplever vanlige formelle og uformelle tvangsformer

| | Etisk problematisk ¹ (%) | Viktig for effekt ² (%) | Vedtakskompetanse ³ (χ^2) |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| Frivillig innlagt, likevel utsatt for tvang ($n = 756$) | 679 (89.8) | 77 (10.2) | - |
| Beltelegging ($n = 773$) | 649 (84.0) | 124 (16.0) | * |
| Verbalt presse til å ta medisin ($n = 765$) | 593 (77.5) | 172 (22.5) | - |
| Fastholding ($n = 769$) | 555 (72.2) | 214 (27.8) | ** |
| Tvinge til å legge seg eller stå opp ($n = 757$) | 528 (69.7) | 229 (30.3) | * |
| Beslag av mobiltelefon ($n = 761$) | 449 (59.0) | 312 (41.0) | - |
| Tvangsmedisinering | 449 (58.5) | 318 (41.5) | * |
| Obligatoriske aktiviteter ($n = 754$) ⁴ | 432 (57.3) | 322 (42.7) | * |
| Tvungent psykisk helsevern uten døgn ($n = 744$) | 339 (45.6) | 405 (54.4) | * |
| Tvungent psykisk helsevern ($n = 780$) | 318 (40.8) | 462 (59.2) | * |
| Skjerming ($n = 759$) | 263 (34.7) | 405 (54.4) | - |
| Restriksjoner i utgang eller besøk ($n = 756$) | 257 (34.0) | 499 (66.0) | - |
| Tvungen observasjon i institusjon ($n = 766$) | 257 (33.6) | 509 (66.4) | - |
| Husordensregler ($n = 754$) ⁴ | 158 (21.0) | 596 (79.0) | * |

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «Hvordan opplever du disse vanlige formelle og uformelle tvangsformene?»; ¹ «Opplevs som etisk problematisk»; ² «Er viktig for å få god effekt av behandling»; ³ Forskjeller mellom de som hadde (eller hadde hatt) vedtakskompetanse for tvang, * $p < .05$, ** $< .001$, - = ikke signifikant; ⁴ De som hadde hatt eller hadde vedtakskompetanse, mente i større grad det var etisk problematisk ev. mindre viktig for behandlingseffekt.

Tabell 2

Psykologers vurdering av hva som gjør at de ønsker / ikke ønsker å jobbe med tvang

| | Ja (%) | Nei (%) | Vet ikke (%) |
|---|------------|------------|--------------|
| Jeg synes det er etisk utfordrende å skulle jobbe med tvang (n = 836) | 496 (59.3) | 240 (28.7) | 100 (12.0) |
| Utilstrekkelig tid, ressurser og personell (n = 834) | 437 (52.4) | 214 (25.7) | 183 (21.9) |
| Kompetanse (n = 833) | 334 (40.1) | 336 (40.3) | 163 (19.6) |
| Samhandlingsutfordringer om levekår og psykososiale behov (n = 829) | 271 (32.7) | 297 (35.8) | 261 (31.5) |
| Ledelse og kultur på arbeidsplassen (n = 835) | 215 (25.7) | 367 (44.0) | 253 (30.3) |
| Egenskaper ved pasientens sykdomsbilde (n = 831) | 175 (21.1) | 450 (54.2) | 206 (24.8) |

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «Gjør noe av følgende at du ikke ønsker å arbeide eller fortsette å arbeide med tvang?»

Tabell 3

Psykologenes oppfatning av hvor ofte pasienter og pårørende involveres i tvangsbruken

| | Nesten alltid (%) | Noen ganger* (%) | Sjelden/Aldri* (%) |
|---|-------------------|------------------|--------------------|
| Før tvangsbruk: spørres pasienten om alternativer? ¹ | 240 (33.1) | 355 (49.0) | 130 (17.9) |
| Under tvangsbruk: spørres pasienten om alternativer? ³ | 245 (34.1) | 359 (49.9) | 115 (16.0) |
| Før tvangsbruk: spørres pårørende om alternativer? ² | 116 (16.0) | 374 (51.7) | 233 (32.2) |

Merknad. Spørsmålsoverskriften var: «I hvor stor grad mener du tvangsbruken informeres av brukere eller pårørende?» ¹«Før det eventuelt er nødvendig med tvangsbruk, spørres pasienten om hvilke alternativer til tvang som bør prøves»; ²«Før tvang eventuelt blir gjennomført spørres nærmeste pårørende om hvilke alternativer til tvang som bør prøves»; ³«Når tvang brukes, spørres pasienten underveis om alternative løsninger til tvang (slik at man kan redusere varigheten av tvangen)»; * «Noen ganger» og «Iblant», samt «Sjelden» og «Aldri» er slått sammen.

Opplevelse av formell og uformell bruk av tvang

I Tabell 1 presenteres besvarelsene på spørsmål om psykologene opplever ulike formelle og uformelle tvangsformer som etisk problematiske kontra viktig for å få god effekt av behandlingen. Linjene i tabellen er rangert etter flest besvarelser om hva de synes var etisk problematisk. I spørreundersøkelsen var spørsmålene tilfeldig listet.

Det er et hovedfunn at de fleste tvangsformer som innebærer fysisk eller verbal tvang direkte mot pasienten – fastholding, beltelegging, verbalt press om å ta medisiner, obligatoriske aktiviteter og legge/stå-opp tvang – overveiende oppleves som etisk problematisk for psykologene. Videre svarte 40.8 prosent at de opplever tvungent psykisk helsevern (TPH) som etisk problematisk, og 45.6 prosent svarte at de opplevde tvang utenfor institusjon (TUD) som etisk problematisk. Siste kolonne i tabellen tester den kji-distribuerte forskjellen mellom dem som har eller har hatt vedtakskompetanse for tvang, og dem som ikke har det. De direkte tvangsformene fastholding, beltelegging og tvangsmedisinering oppleves som noe mindre etisk problematisk (eller viktigere for behandlingseffekt) av dem som har eller har hatt vedtakskompetanse. Det samme gjelder tvungent psykisk helsevern og tvangsmedisinering uten døgnopphold, mens obligatoriske aktiviteter og husordensregler faktisk opplevdes som mer problematisk av gruppen som har eller har hatt vedtakskompetanse.

System-, ansatte-, pasient- og behandlingsfaktorer

Psykologene svarte også på spørsmål om ulike faktorer som gjør at de ikke ønsker å arbeide eller fortsette å arbeide med tvang (Tabell 2). Svarene på disse spørsmålene bekrefter inntrykket av at psykologene gjennomgående synes at det er etisk utfordrende å jobbe med tvang. Majoriteten svarte bekræftende på dette (59.3 %). Videre svarte halvparten (52.4 %) at de opplever at utilstrekkelig tid, ressurser og personell gjør

at de ikke ønsker å arbeide med eller fortsette å arbeide med bruk av tvang. En stor andel opplever også at de mangler kompetanse til å jobbe med tvang (40.1 %). En tredjedel (32.7 %) svarte at samhandlingsutfordringer om levekår og psykososiale behov gjør at de ikke ønsker å fortsette å arbeide med bruk av tvang, og en fjerdedel (25.7 %) svarte at de ikke ønsker å fortsette å arbeide med tvang på grunn av ledelse og kultur på arbeidsplassen. En femtedel (21.1 %) svarte at de ikke ønsket å fortsette eller arbeide med bruk av tvang på grunn av egenskaper ved pasientens sykdomsbilde.

Videre stilte vi også spørsmål i relasjon til faktorer som eventuelt er viktigst for å hindre forebygging av tvang. Her svarte også flest at det var «Utilstrekkelig tid, ressurser og personell» (41.0 %), «Ledelse og kultur på arbeidsplassen» kom som nummer to (17.9 %) og «Kompetanse» nummer tre (15.4 %). Resten av faktorene ble valgt av under ti prosent og «Vet ikke» lavest (7.7 %).

Pasient- og pårørendeinvolvering

I Tabell 3 under kommer det frem at en tredel av psykologene mener at pasienten spørres om alternativer til tvang ved nesten alle tilfellene der tvang eventuelt er nødvendig. Halvparten av psykologene mener pasienten spørres noen ganger eller iblant. Fordelingen er noenlunde den samme for om pasienter spørres om alternativer til tvang mens tvangsbruk pågår. Bildet er motsatt angående om pårørende tilsvarende spørres om alternativer. En tredel av psykologene mener dette skjer sjelden eller aldri, halvparten at det skjer noen ganger eller iblant, og kun 16 prosent mener pårørende nesten alltid spørres. SACS – Staff Attitude to Coercion Scale

Subskalaen «Tvang som krenkelse» ble gjennomsnittlig skåret med 3.47 av psykologene. Med et standardavvik på .59 og alle besvarelser mellom «Uenig» (2) og «Svært enig» (5) ligger besvarelsene et sted mellom «Nøytral» og «Enig». For «Tvang viktig for omsorg» og «Tvang viktig for behandling» benyttet respondentene hele skalaen fra «Svært uenig» til «Svært enig». «Tvang viktig for omsorg og sikkerhet» ble gjennomsnittlig besvart med 3.86, og med standardavvik på .59 plasserer det besvarelsene et sted mellom «Nøytral» og opp mot eller over «Enig». Gjennomsnittet for subskalaen «Tvang viktig for behandling» var 2.48. Tross noe høyere standardavvik på .66 tyder det på at besvarelsene ligger rundt «Nøytral» og tenderer mot «Uenig». Både de som har hatt, og de som ikke har hatt vedtakskompetanse, svarte signifikant forskjellig fra «Nøytral» ($p < .001$) på alle subskalaer. Vi fant signifikante gruppeforskjeller i besvarelsene på SACS mellom dem som har eller har hatt, og dem som ikke har hatt vedtakskompetanse. De som ikke har hatt vedtakskompetanse, skårer «Tvang som krenkelse» høyere ($t = 3.40$, $p = .001$, $MD = 0.15$). «Tvang viktig for omsorg og sikkerhet» ble skåret lavere av dem uten vedtakskompetanse ($t = -4.05$, $p < .001$, $MD = -0.18$). Begge gruppene skårer «Tvang viktig for behandling» statistisk likt ($t = 3.40$, $p = .001$, $MD = -0.05$).

Diskusjon

Vår undersøkelse viser først og fremst at psykologene gjennomgående opplever det å arbeide med bruk av tvang som etisk problematisk, og majoriteten svarer at dette gjør at

de enten ikke ønsker å jobbe med bruk av tvang, eller at de ønsker å slutte fordi det oppleves som etisk utfordrende. Dette funnet bekreftes av andre studier som også har funnet at tverrfaglige grupper ansatte innen psykisk helsevern opplever det som etisk utfordrende å arbeide med bruk av tvang (Husum et al., 2017). Andre studier har også funnet at psykologer er mer dialogisk anlagt enn leger, som i en studie fremsto som mer autoritære (Aasland et al., 2018). Å være mer dialogisk orientert kan tolkes som å være mer opptatt av samtale og dialog, som i psykoterapeutiske tilbud, mens autoritær orientering kan tolkes som å være mer tilbøyelig til paternalistiske intervensjoner og bruk av tvang som behandling (Aasland et al., 2018).

Å kjenne etiske utfordringer i jobben sin over tid kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet. Studier som har funnet at profesjonelle innen psykisk helsearbeid opplever moralsk stress i arbeidet med bruk av tvang, har undersøkt sykepleiere og tverrfaglige grupper ansatte (Jansen et al., 2020; Hem et al., 2018). Psykologers arbeid med bruk av tvang er av nyere dato, men denne undersøkelsen bekrefter at også psykologer som profesjon opplever det som etisk utfordrende å arbeide med bruk av tvang. Hva dette vil si for psykologers trivsel i tjenester som arbeider med bruk av tvang, og om det fører til moralsk stress, utbrenthet eller at de slutter i arbeidet, er problemstillinger som kan undersøkes videre (Hem et al., 2018; Hem et al., 2014; Husum et al., 2017; Aasland et al., 2018).

«Å kjenne etiske utfordringer i jobben sin over tid kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet»

Videre fant vi at det overordnet er forskjeller i holdninger til ulike former for tvang. Det kan se ut som om psykologene har flere etiske betenkeligheter med bruk av fysiske eller direkte tvangsmidler enn med mer behandlingsrettede eller behandlingstilnærte tiltak som tvangsbehandling, med eller uten døgninnleggelse, skjerming og så videre. Tvang mot mennesker som i utgangspunktet er frivillig innlagt, beltelegging, fastholding og verbalt press for å ta medisiner skåres høyest for etiske betenkeligheter. Unntaket her er muligens tvangsmedisinering, der et flertall har etiske betenkeligheter. Det er også verdt å merke seg at uformaliserte former for tvang, som tvang mot dem som er frivillig innlagt, eller verbalt press om medisintaking, oppfattes like etisk betenkelig av både dem med og uten vedtakskompetanse, mens direkte fysiske inngrep som fastholding eller beltelegging oppfattes etisk problematisk i mindre grad av dem som har vedtakskompetanse. Om dette handler om kunnskap, tilvenning og innsikt i prosesser om nødvendighet eller kognitiv dissonans (Festinger, 1962) blant dem som står ansvarlig for vedtak, blir spekulasjon på bakgrunn av våre data, men er et spørsmål verdt å stille. På samme måte kan man spørre om de som har jobbet med tvang, har blitt habituert til andre holdninger, eller om det er en selvseleksjon blant dem som synes det

er mer greit å jobbe med tvang, og som søker seg til stillinger som innebærer vedtakskompetanse.

Angående faktorer som kunne bidra til å hindre bruk av tvang, skårer tid og ressurser høyest, og det samsvarer med at psykologene mener etiske utfordringer med bruk av tvang og utilstrekkelig tid og ressurser er noe som gjør at de eventuelt ikke ønsker å jobbe med tvang. Dersom noe av tvangsbruken kunne vært unngått med mer tid og ressurser, er det heller ikke overraskende at psykologene finner det etisk utfordrende å skulle jobbe med tvang. Videre er det tankevekkende at 17,9 prosent oppga «Ledelse og kultur på arbeidsplassen» som hindre i forebygging av tvang. Dette antyder at helsepolitiske føringer om å redusere bruk av tvang ikke er like erkjent i alle kliniske miljø.

«... verbalt press for å ta medisiner skårer høyest for etiske betenkeligheter»

Når det gjelder involvering av pasienten før bruk av tvang eller under bruk av tvang for å finne alternativer eller måter å forkorte tiden tvang er nødvendig, svarer det store flertallet at dette skjer enten nesten hver gang eller bare noen ganger. Ettersom pasienten alltid skal involveres, er dette for lave tall. At kun 16 prosent svarer at pårørende alltid spørres, er også et tydelig uttrykk for at bruk av tvang utføres med for lav involvering.

Besvarelsene på SACS gjenspeiler i stor grad de andre resultatene. Middelskåre for underskalaen «Tvang som krenkelse» ligger et sted mellom «Nøytral» og «Enig». Her skårer de med vedtakskompetanse signifikant, men moderat lavere enn dem uten. Faktoren «Tvang viktig for omsorg & sikkerhet» skåres noe under «Nøytral» henimot «Uenig», men denne skåres høyere av dem med vedtakskompetanse. Samme spekulasjon gjør seg gjeldende her ved om de med vedtakskompetanse svarer slik på grunn av større kunnskap og innsikt eller fordi de rettfærdiggjør sine egne vedtak. SACS-faktoren «Tvang viktig for behandling» skåres statistisk likt av dem med og uten vedtakskompetanse. Dette kan tolkes som om verken de som har, eller som ikke har erfaring med å fatte vedtak om tvang, anser bruk av tvang som nødvendig i behandling. I en undersøkelse av en tverrfaglig faggruppe informanter fra 2005/2006 skåret informantene lavere på faktorene «Tvang som krenkelse» og høyere på faktoren «Tvang som viktig for omsorg & sikkerhet». Faktoren «Tvang som behandling» skåres relativt likt (Husum et al., 2011). Dette kan antyde at det har forekommet endringer i holdningene til tvang blant helsepersonell over en femten års periode, i retning av at de er blitt mer bevisst tvangens potensielle skadelige virkninger og har mindre tro på at tvang er nødvendig for omsorg og sikkerhet.

Begrensninger

Selv om vi grovt vurderer profilen til dem som har besvart, som akseptabelt likt medlemsregisteret, er det klart at tredjevariabler som fører til selvseleksjon, har mulig innflytelse på besvarelsene i en slik undersøkelse med så lav overordnet svarprosent. Ulik kategorisk koding av bakgrunnsdata fra medlemsregisteret for å ivareta personvern hensyn bidrar til at en formalisert testing av representativitet ikke lar seg gjøre. Andre ukjente årsaker til frafall og varierende antall besvarelser på de forskjellige spørsmålene bidrar også til usikkerhet. Antallet inferenstester som vi kjører, medfører også en mulighet for tilfeldige signifikante testresultater, tross korreksjon av alfanivået. Det var også i åpne kommentarfelt relativt mange kommentarer fra deltakere som mente flere av spørsmålene inviterte til en tvungen dikotomi mellom etisk problematisk eller viktig for behandlingsresultat, og spørsmålsstilte validiteten i egne besvarelser.

Konklusjon

Et hovedfunn i undersøkelsen er at psykologene generelt opplever det som etisk utfordrende å arbeide med formelle og uformelle former for bruk av tvang. De som hadde eller hadde hatt vedtakskompetanse, svarte dessuten på flere av spørsmålene at det var mindre problematisk å jobbe med tvang. Å oppleve etiske utfordringer i arbeidet kan føre til moralsk stress og kan bidra til utbrenthet og mistrivsel i arbeidet. Det kan også føre til at man velger bort arbeid som involverer å arbeide med bruk av tvang. Hva dette har å si for psykologers arbeidsdeltagelse og trivsel i deler av de psykiske tjenestene som bruker tvang, er ukjent og er en problemstilling som bør undersøkes videre. Etske utfordringer med å arbeide med ulike former for bruk av tvang, samt forebygging av tvang, bør også være et tydelig tema i undervisning og veiledning for psykologer i ulike deler av arbeidsforløpet. Undersøkelsens form er slik at det ikke er å regne som et vitenskapelig arbeid, men vi mener likevel den kanskje viser interessante tendenser som kan tas med i framtidig forskning.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 460-467

TEKST

Mikael Julius Sømhovd, Norsk Psykologforening

KONTAKT: mikael.julius@gmail.com

Tonje Lossius Husum, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet og Senter for medisinsk etikk, UiO

+ Vis referanser

Betemps, E. J., Somoza, E. & Buncher, C. R. (1993). Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Psychiatric services*, 44(4), 367-371. <https://doi.org/10.1176/ps.44.4.367>

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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.04.008>

Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford University Press.

Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27–39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>

Helse- og omsorgsdepartementet, "Lov Om Etablering Og Gjennomføring Av Psykisk Helsevern (Psykisk Helsevernloven)." 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.

Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. <https://doi.org/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(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>

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 Services Research*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(9), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>

Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>

Husum, T. L., Hem, M. H. & Pedersen, R. (2017). A survey of mental healthcare staff's perception of ethical challenges related to the use of coercion in care. I J. Gather, T. Henking, A. Nossek & J. Vollmann (Red.), *Beneficial coercion in psychiatry?* (s. 203–219). mentis. https://doi.org/10.30965/9783957438157_015

Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J. & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315–1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>

Korkeila, J. A., Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. (2002). Predicting use of coercive measures in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 339–345. <https://doi.org/10.1080/080394802760322105>

Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte. https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/10/Tvangsrapporten_2021.pdf

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>

Sattar, S. P., Pinals, D. A., Din, A. U. & Appelbaum, P. S. (2006). To commit or not to commit: The psychiatry resident as a variable in involuntary commitment decisions. *Academic Psychiatry*, 30(3), 191–195. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.30.3.191>

Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R. & Herbert, L. (2004). Ethical problems in decisions on coercive treatment. *European Psychiatry*, 19.

Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247–251. <https://doi.org/10.1080/13651500600650026>

Zinkler, M. & von Peter, S. (2019). End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*, 8(3), 19. <https://doi.org/10.3390/laws8030019>

Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106-112.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>