



Store forskjeller i holdninger til tvang blant fagfolk i psykiatrien

DEBATT

OLAF GJERLØW AASLAND

E-post: olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er lege og seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og Senter for medisinsk etikk.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TONJE LOSSIUS HUSUM

Tonje Lossius Husum er psykologspesialist og forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt stipend fra Extrastiftelsen.

REIDUN FØRDE

Reidun Førde (f. 1950) er lege og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REIDAR PEDERSEN

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

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Blant fagfolk i psykisk helsevern avdekker en spørreundersøkelse med tenkte kasuistikker at psykiatere mye oftere ville ha brukt tvang enn psykologer. Mange fagfolk ville bryte loven.

Som et ledd i myndighetenes forsøk på å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern fikk Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo i 2011 midler til et bredt anlagt prosjekt. Formålet var å bidra til mer kunnskap om etiske utfordringer ved bruk av tvang og hvordan slike best kan håndteres. Et sentralt delprosjekt for å redusere tvangsbruk var å prøve ut og evaluere etiske refleksjonsgrupper på avdelingsnivå (1).

I samarbeid med Legeforskningsinstituttet (LEFO) var et annet delprosjekt å gjennomføre en nasjonal spørreundersøkelse blant de fem vanligste yrkesgruppene i psykisk helsevern og rusvern; psykiatere, psykologer, sykepleiere, andre fagutdannede og hjelpeyrker, bl.a. for å kartlegge yrkesmessige forskjeller. Et av målene var å undersøke holdninger til tvang. Den første artikkelen fra dette delprosjektet er nylig publisert (2), og vi ønsker her å dele resultatene med en bredere offentlighet.

Via aktuelle fagorganisasjoner ble det sendt elektroniske spørreskjemaer til alle medlemmer som arbeidet med psykisk helse eller rus, til sammen 15 576 i hele landet. Med denne indirekte utsendelsen var det ikke mulig å purre, og svarprosenten var 7,5 (1 160/15 576). I spørreskjemaet var det seks kliniske situasjoner hvor bruk av tvang kunne være aktuelt (ramme 1). I hver vignett var det foreslått 3–5 handlingsalternativer, der minst ett innebar bruk av tvang. På to av vignettene (D og E) var noen av alternativene ulovlige, men

dette var ikke nevnt i spørreskjemaet.

Ramme 1

VIGNETTER BASERT PÅ KVALITATIVE INTERVJUER MED FAGFOLK, PASIENTER/BRUKERE OG PÅRØRENDE OG DERETTER KVALITETSSIKRET I EN REFERANSEGRUPPE DER OGSÅ PASIENTER/BRUKERE VAR REPRESENTERT

1. En pasient med paranoide vrangforestillinger nekter å vaske seg og stelle håret, og lukter etter hvert så ille at medpasienter, pårørende og personale blir sjenert av det.
2. Til tross for mange advarsler tar en pasient som er innlagt under tvungent psykisk helsevern, kompromitterende bilder og videosnutter av seg selv og legger det ut på en blogg som er tilgjengelig for alle. Pasienten begrunner dette med at han på den måten føler seg mindre isolert fra omverdenen.
3. En pasient med diagnosen schizofreni er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Nå nekter han å ta medisin fordi han opplever at medisinen gjør ham stiv og sløv. Han har siste tiden ikke hatt psykotiske symptomer og har fungert bra, men tidligere har man erfart at han får tilbakefall av sykdommen i løpet av noen uker om han ikke tar medisiner.
4. En pasient oppleves av sin fastlege og familie som klart suicidal, men har ingen alvorlig sinnslidelse og ønsker ikke hjelp fra helsetjenesten.
5. En pasient er alvorlig sinnslidende og mangler samtykkekompetanse. Pasienten har fallende funksjonsnivå og økende psykotiske symptomer til tross for god oppfølging fra distriktspsykiatrisk senter og kommunale psykiske helsetjenester. Man konkluderer med at innleggelse/ døgnbehandling vil kunne stabilisere og kanskje bedre pasientens helsetilstand. Pasienten motsetter seg ikke innleggelse, verken verbalt eller fysisk.
6. En frivillig innlagt aktivt rusbrukende pasient i en rusinstitusjon smugler inn rusmidler og selger til medpasienter.

På flertallet av vignettene valgte de fleste respondentene et dialogisk (ikke-autoritært) handlingsalternativ, bortsett fra på vignett B, der 60–80 % ville konfiskert telefonen. Blant dem som valgte autoritære alternativer var det alltid betydelig flere psykiatere enn psykologer, bortsett fra på vignett D, hvor nær halvparten av både psykiatere og psykologer valgte å avvente situasjonen, følge opp pasienten med jevnlig kontakt og forsøke å overtale pasienten til å motta hjelp.

Vi beregnet også en samlet autoritær skår ved å summere antallet autoritære handlingsalternativer. Hver respondent fikk en skår mellom 0 (ingen autoritære handlingsalternativer) og 6 (autoritære handlingsalternativer på alle seks vignettene). Denne variabelen har en tilnærmet normal fordeling og viser et tydelig «autoritetshierarki» med psykologene på laveste nivå (gjennomsnitt 95 % KI 1,84 (1,69–1,99)), fulgt av andre fagfolk (1,99 (1,84–2,14)), hjelpeyrkerne (2,16 (1,94–2,39)), sykepleierne (2,32 (2,16–2,48)), og med psykiaterne på topp (2,54 (2,38–2,71)).

Profesjonshistoriske ulikheter?

Den store forskjellen mellom psykologer og psykiatere i holdning til autoritære handlingsalternativer avspeiler antagelig dyptgående profesjonshistoriske ulikheter, der psykologi som en opprinnelig ikke-klinisk vitenskap etter hvert også har inntatt behandlingsfeltet (3), men på en helt annen måte enn legene. Ulike yrkesgrupper kan også

ha ulik tiltro til egne løsninger, f.eks. medisiner, og pasientens evne til å finne en god løsning. Selv om forskjeller mellom yrkesgrupper ikke nødvendigvis kan forklare geografiske forskjeller, kan det likevel tenkes at noen lokale behandlingskulturer er mer psykologstyrt mens andre er mer psykiaterstyrt.

Flertallet av respondentene foreslo ulovlige handlingsalternativer på vignett D og E. Vi vet ikke om dette skyldes uvitenhet eller uenighet i forhold til aktuelle lovbestemmelser. Uansett signaliserer det behov for mer forskning på og bevisstgjøring av konflikter mellom profesjonsautonomi og egen samvittighet og loven. Ikke minst avdekker studien at fagfolk i psykisk helsevern ofte ikke vet hva som er lov og ikke lov.

REFERANSER:

1. Molewijk B, Engerdal IS, Pedersen R. Two years of moral case deliberations on the use of coercion in mental health care: Which ethical challenges are being discussed by health care professionals? <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1477750915622034> (23.4.2018).
2. Aasland OG, Husum TL, Førde R et al. Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *Int J Law Psychiatry* 2018; 57: 106 - 12. [PubMed][CrossRef]
3. Gullestad SE. Psykologi – et samfunnsvitenskapelig fag? I: R. Kalleberg, red. *Kritisk samfunnsvitenskap – den gang og nå*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2014: 89–96. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/41579/kritisk-samfunnsvitenskap—den-gang-og-na.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (23.4.2018).

Publisert: 25. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0270

Mottatt 21.3.2018, første revisjon innsendt 23.4.2018, godkjent 24.4.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2019. Lastet ned fra www.tidsskriftet.no