

# En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester

## Mental health care staffs experience with ethical challenges related to use of coercion

**Tonje Lossius Husum**

Universitetet i Oslo  
t.l.husum@medisin.uio.no

**Marit Helene Hem**

Universitetet i Oslo og VID vitenskapelige høyskole  
marit.helene.hem@vid.no

**Reidar Pedersen**

Universitetet i Oslo  
reidar.pedersen@medisin.uio.no

## 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 ulik 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. Organisasjonelle 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 i sammenheng med bruk av tvang.

**Nøkkelord:** psykiske helsetjenester, tvang, etikk, helsepersonell

## Abstract

The Centre for Medical Ethics at the University of Oslo has performed a web-based survey of mental health care staff's experiences of ethics, coercion and humiliation during work. This article presents the

answers the staff gave in an open answer field as responses to the question about what staff found ethically challenging in relation to the use of coercion. A total of 439 staff with multiprofessional backgrounds 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 kinds 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 ethically challenging matters related to use of coercion in care.

**Keywords:** mental health care, ethics, coercion, staff

## 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 en annen alvorlig psykisk lidelse. Det er store variasjoner i utbredelse og praktisering av tvang 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 på bruken av tvang er i endring i tråd med andre bevegelser i samfunnet, som sterkere fokus på brukermedvirkning, respekt for autonomi, menneskerettigheter og etikk. I tillegg er evidensen for negative aspekt ved tvangsbruk økende, både internasjonalt og i Norge (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, Bjørngaard, Finset & Ruud, 2010). 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.

Studien bidrar med ny og viktig kunnskap innenfor et felt som er lite undersøkt, og hvor det er et stort behov for kunnskap (Tvangsforskningsnettverket, 2014). Slik kunnskap kan blant annet øke de ansattes moralske bevissthet der tvang brukes. Bruk av tvang innen psykiske helsetjenester er hjemlet i psykisk helsevernloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) og inkluderer tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler. I tillegg til tvangstervensjoner som hjemles i psykisk helse-

vernloven, 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 uokumenterte former for tvang (Høyer, 2009). Et annet brukt begrep for denne type intervensjoner er «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; en dimensjon 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 bruk av tvang innen de psykiske helsetjenestene (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. Som følge av dette har forekomsten av tvang økt utenfor sykehus, noe som igjen reiser nye etiske utfordringer (Riley, Høyer & Lorem, 2014; Stensrud, Høyer, Granerud & Landheim, 2015; Stensrud, Høyer, Beston, Granerud & Landheim, 2016). Spørsmål som gjelder kvalitet på tjenestene og etiske utfordringer relatert til bruk av tvang, er

beslektet og sammenvevde i psykiske helsetjenester.

For å endre praksis må helsepersonell først og fremst erkjenne at noe er utfordrende eller problematisk. For å bedre tvangspraksiser er det derfor nødvendig 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 diskutere dagens praksis mer kritisk og dermed føre til forbedring av tjenestene (Voskes, 2014).

## 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, sykepleiere innen psykisk helse, 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 spørsmålet og skrevet tekst i det åpne svarfeltet, oppga 65 prosent å ha arbeidsplass innen spesialisthelsetjenesten og ti prosent innen kommunale tjenester, mens 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; 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 utdannelse som sykepleier, 23 prosent var psykologer, 22 prosent hadde treårig helse- og sosialfaglig bakgrunn, og 18 prosent var leger. De resterende 12 prosent oppga å ha bakgrunn enten som helsefagarbeider eller «annet».

## Kvalitativ analyse av korte tekster/vignetter

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om ansattes erfaringer og meninger om etikk, tvang og krenkelser. Denne artikkelen vil presentere funnene og beskrive hva de ansatte fant etisk utfordrende i arbeidet relatert til bruk av tvang. Svarene ble skrevet inn i et åpent felt som ga rom for at respondentene kunne beskrive og utdype opplevelsene med egne ord. Totalt 439 av de 1160 respondentene skrev tekst i 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. Spørreskjemaet hadde en bred definisjon av begrepet tvang. Det inkluderte spørsmål om både formelle og uformelle tvangspraksiser. 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 de best egnede hovedtemaene hadde blitt identifisert, ble det samlet 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 det første hovedtemaet «Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang» til sammen 139 utsagn, mens 93 utsagn ble plassert i det 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 med eksempler på uttalelser i tabell 1.

**Tabell 1. Ansattes opplevelse av etiske utfordringer relatert til tvangsbruk i psykisk helsevern**

Syv hovedtema med eksempler
<p><b>1. Tvil og usikkerhet angående bruk av formell tvang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikkerhet om formelle kriterier er oppfylt</li> <li>• Usikkerhet om effekt og konsekvenser av tvangsintervensjoner (spørsmål om evidens for tvangsintervensjoner)</li> <li>• Bekymringer om at tvangsbruk kan være til skade for og traumatisere pasienten</li> <li>• Usikkerhet om juridiske kriterier og positiv effekt av intervensjonene for noen pasientgrupper (suicidale, ikke-psykotiske pasienter, pasienter med demens eller spiseforstyrrelse, pasienter med rusproblemer, pasienter som selvskader, pasienter med personlighetsforstyrrelse, utviklingshemming eller adferdsvansker (aggresjon og vold), samt barn og unge)</li> <li>• Usikkerhet om pasientens evne til å samtykke og om autonomi</li> <li>• Når pasienten mangler innsikt i egen psykiske helse</li> <li>• Når ansatte og pasienter har ulike meninger om virkeligheten</li> <li>• Når er paternalistiske intervensjoner etisk akseptable?</li> <li>• Tvangsbruk er ikke til pasientens beste, men istedenfor til nytte for de ansatte, eller brukes preventivt</li> <li>• Bekymring om at man bruker for lite tvang med det resultat at pasienten går til grunne</li> <li>• Ulovlig praksis når kriterier i loven ikke er oppfylt</li> <li>• Når pasient eller pårørende ber om tvangsintervensjoner</li> <li>• Tvangstiltak som kan være spesielt krenkende eller invaderende, som bruk av belter</li> </ul>
<p><b>2. Andre former for restriksjoner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av tvangstiltak som ikke er begrunnet i lovverket</li> <li>• Forhandling med pasientene om behandling, overtalelse, press, trussel, manipulering</li> <li>• Bruke trusler og sette betingelser for innleggelse</li> <li>• Husregler og restriksjoner relatert til personlig hygiene, røyking, spising, drikking, bruk av rusmidler, deltakelse i aktiviteter, regulering av søvn, døgnrytme og sosiale medier</li> </ul>
<p><b>3. Tvangsmedisinering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekymring for kunnskapsgrunnlaget for bruk av antipsykotika generelt</li> <li>• Spesielt bekymring for de pasientene som ikke responderer på medisinen</li> <li>• Bekymring for bivirkninger</li> <li>• Langtidsbruk av medisin gitt med tvang og antipsykotika</li> <li>• Anses å være svært invaderende</li> </ul>
<p><b>4. Uenighet mellom berørte parter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uenighet om diagnose og om lidelsens årsak (spesielt relatert til spørsmål om traume eller biologisk årsak til sykdom)</li> <li>• Uenighet mellom ansatte, ulike profesjoner eller mellom pleiepersonalet og beslutningstakere</li> <li>• Uenighet mellom ansatte og pasienter, pasienter og pårørende, eller mellom pårørende og ansatte</li> <li>• Uenighet mellom sykehusansatte og ansatte i kommunehelsetjenesten</li> <li>• Forskjeller i behandlingsskilt mellom avdelinger</li> </ul>
<p><b>5. Utfordringer relatert til utføring av tvangstiltak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Når pasienten åpenlyst protesterer og viser stress, frykt og gråt</li> <li>• Spørsmål relatert til praksis rundt permisjon, kontakt utenfor avdelingen, sosiale medier, ransakingsordre og konfiskering</li> <li>• Mangel på pasientmedvirkning</li> <li>• Kommunikasjon med innvandrere og pasienter som ikke snakker norsk</li> </ul>
<p><b>6. Organisatoriske faktorer og mangelfulle ressurser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Underbemanning fører til bruk av tvang</li> <li>• Ansatte med lite kompetanse eller ingen formell utdanning i psykisk helsevern</li> <li>• Mangel på terapeutisk miljø og aktiviteter på avdelingen</li> <li>• Ingen alternativer eller tilstrekkelige tjenester tilbys pasienten</li> <li>• Pasienter som mangler bosted</li> <li>• Manglende oppfølging for pasientenes barn</li> </ul>
<p><b>7. Overdreven bruk av makt, maktmisbruk og uegnet personale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av makt som overgrep og krenkelse av pasienten</li> <li>• Uegnet personale, ansatte med sadistiske tendenser</li> <li>• Ansatte som bruker tvangstiltak for fort</li> <li>• Ansatte som eskalerer konflikter med pasientene og på avdelingen</li> <li>• Redde og usikre ansatte som bruker tvang for fort grunnet egen redsel</li> <li>• Bruk av tvang som straff</li> </ul>

## Resultater

Totalt 1160 personer fra ulike yrkesgrupper besvarte skjemaet, noe som ga en sammenlagt svarprosent på 7,5 prosent. Svarprosenten varierte mellom yrkesgruppene, fra 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 og i behandling av pasienter som befinner seg i grenselandet til psykiske helsetjenester eller psykiske lidelser, for eksempel pasienter med rusproblematikk, demens og spiseforstyrrelser, og forvirrede/agiterte, men ikke psykotiske pasienter. Mange av utsagnene 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 anoreksi. 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

Dette 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 en 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, og svarene forteller om 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 pasientene 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, kontroll av mat- og drikkeinntak, sove-

tider, 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, og de skriver 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 trakk fram uenigheter i personalgruppen om årsaken til symptomene hos pasienten kunne være traumer etter 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 ved 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 eller protesterer 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 har sammenheng med 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 kompetent personale 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



bolig 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 i forbindelse med overdrevet press fra de ansatte, maktmisbruk og bruk av tvang som straff. Her finner vi også betraktninger om ansatte som fremmer bruk av tvang som følge av egen frykt og usikkerhet.

*Redde ansatte 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. Noen beskrev hvordan 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 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 forskere som forsker på tvang (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 utfordringene når tvang brukes. Funnene reiser mange interessante spørsmål. Vi vil 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, og mellom frivillighet og tvang. Resultatene tyder på at bruken av både formell og uformell tvang, og ulovlig bruk av makt, representerer store etiske utfordringer. Studien peker generelt i retning av 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 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 ansikt til ansikt når de

observerer dem utføre kritikkverdige handlinger, eller vegre seg for å svare i undersøkelser der man ikke får være anonym. Omkostningene for ansatte ved å påpeke kritikkverdige forhold på arbeidsplassen varierer, og noen ganger kan terskelen for å si fra bli for 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 tilsi 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 teppet eller svare med motreaksjoner er trolig uheldig både for arbeidsmiljøet 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 problemene og til å håndtere utfordringene 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 om (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 problemstillinger rundt 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 & Campbell, 2014). Det ser ut til at spørsmål om kunnskapsgrunnlag, juss og etikk forstås som tett sammenknyttet for de ansatte innen de psykiske helsetjenestene. Funnene 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). «Velgjørighet» og «ikke skade» er dypt nedfelte verdier i helsearbeidernes profesjonsetikk, forankret i den hippokratiske ed og den prinsippbaserte etikken (Beauchamp & Childress, 2013; Rüyter, Førde & Solbakk, 2008).

### Forebygging av overgrep og uetisk praksis

Det er spesielt 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 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 studien rapporterer klart om sine bekymringer for rammene for arbeidet sitt, mangel på alternative løsninger og tjenester, uegnet personale og ressursmangel (for få ansatte og/eller for lav kompetanse), alt sammen faktorer som kan utløse 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 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 beskyldre eller demonisere de ansatte i psykiske helsetjenester. Å stimulere moralsk sensitivitet (i stedet 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, fostring av kritisk diskusjon og sikring av gode rekrutteringsrutiner, i tillegg til å følge opp med tiltak i tilfeller 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 i tjenesten eller mottar feil tjeneste, som skulle fått annen type hjelp som for eksempel sosiale tjenester (støtte til bolig, arbeid, økonomisk hjelp, nettverk, meningsfylte aktiviteter, mer omfangsrike eller oppsøkende kommunale eller polikliniske tjenester), og at dette kan føre til mer bruk av tvang.

### Styrke og svakheter

Studiens styrke 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 mulighet 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. Ulike ansatte kan dermed ha tolket uttrykk som «tvang» og «etisk utfordring» ulikt. Likevel, undersøkelsen 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 kun ansatte som faktisk jobber med eller har erfaring med å jobbe med tvang, har svart på spørreskjemaet. Online-undersøkelser har i tillegg vist seg å ha lavere responsrate enn undersøkelser som sendes ut i posten (Crouch, Robinson & Pitts, 2011). Men selv om studien har lav svarprosent, kan informasjonen som kom inn tolkes som verdifull, i og med at de som har svart, ser ut til å ha mye erfaring med å bruke tvang innenfor arbeidet. Siden utvalget var relativt stort i utgangspunktet, er 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 ti 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 selvseleksjon førte til at det i hovedsak var ansatte som hadde egen erfaring med å bruke tvang som svarte 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.

En annen 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 selvseleksjonen, 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 innen psykisk helsevern, og disse yrkesgruppene har derfor mye erfaring med å benytte tvang i arbeidet.

### Konklusjon

Studien indikerer at ansatte i psykiske helsetjenester opplever og ser mange komplekse etiske utfordringer relatert til bruk av tvang. Resultatene 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 jusen, 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 og hva som er 'beste praksis', årsakene til psykiske lidelser og når bruk av tvang skal brukes, kan være kilde til konflikt blant helsepersonell, men det kan også være en kilde til forbedring dersom det håndteres konstruktivt, for eksempel gjennom systematisk etikkrefleksjon i praksis.

Studien er finansiert av HelseDirektoratet og Ekstrastiftelsen.

## Referanser

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Bio-medical 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: <http://dx.doi.org/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*, 35(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 (psykisk helsevernloven)*. 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: <http://dx.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, 82. DOI: <http://dx.doi.org/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.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>.
- Høyser, G. (2009). *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), 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.
- Kirkessæther Brun, M., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2017). Tvangsmedisinering i psykiske helsetjenester – en systematisk litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(2), 186–195.
- Kisely, S. R. & Campbell, L. A. (2014). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD004408. DOI: <http://dx.doi.org/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*. Hentet fra: <<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. DOI: <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., Høyser, G. & Lore, 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.
- Røyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (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 Universitetspsykehuset 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., Høyser, 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., Høyser, 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.