

Tvang i psykisk helsevern: En sammenligning av holdninger blant pasienter og ansatte

TEKST

Guri Sjøtun Lydersen
Marte Morken
Olaf Aasland
Reidar Pedersen
Tonje Lossius Husum

PUBLISERT 27. mai 2022

DOI <https://doi.org/10.52734/Sq5783E6>

ABSTRACT:

Aim: Few studies have compared attitudes to coercion in both patients and healthcare professionals, and the Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) has not previously been used in Norway. The purpose of the current study was to examine differences in staff and patient attitudes using SACS.

Method: The study included 1160 employees and 332 patients. Factor analysis was used to compare SACS's three-factor model across the two groups. Independent t-tests were used to compare staff and patient attitudes on the three SACS dimensions: coercion as potentially offensive and/or harmful to the patient, coercion as care and safety, and coercion as treatment.

Results: We found statistically significant differences between staff and patients' reported attitudes on two SACS dimensions. Patients reported coercion as more offensive and/or harmful than did with staff ($t(495) = 7.96, p < .001$). Staff reported coercion as care and safety to a higher degree than did patients ($t(444) = -5.91, p < .001$).

Conclusion: The results suggest the presence of attitudinal differences between patients and staff. One limitation of the study is that SACS has not been validated for use by patients. Generally, the results imply a discrepancy in attitudes that may lead to a weak treatment alliance between staff and patients.

Keywords: coercion, mental health care, ethical challenges, SACS, staff-patient alliance

EMNER [tvang](#) [Psykisk helsevern](#) [Etiske utfordringer](#) [SACS](#) [allianse mellom ansatte og pasienter](#)

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et unntak fra det grunnleggende prinsippet om at all helsehjelp i utgangspunktet skal mottas på et frivillig grunnlag. Regelverket rundt bruk av tvang er hjemlet i psykisk helsevernloven (1999), og vedtak blir fulgt opp av kontrollkommisjonen. Det skal foreligge en alvorlig sinnslidelse, og det skal være forsøkt frivillige behandlingsalternativer, eller det skal vurderes at det ikke er mulig å gjennomføre behandling på et frivillig grunnlag. En skal videre legge særlig vekt på hvor stor belastning tvang vil medføre for personen. Siden 2017 har det vært et lovpålagt krav at det skal vurderes om vedkommende person er samtykkekompetent (Psykisk helsevernloven [phvl.], 1999). Det er kun når vedkommende blir vurdert til å mangle samtykkekompetanse, at det er aktuelt å sette vedkommende sine egne ønsker om behandlingen til side, med mindre vedkommende blir vurdert å være til fare for andre eller seg selv. Manglende samtykkekompetanse innebærer en svekket evne til å utøve sin autonomi, og er ett av unntakene som berettiger bruk av tvang (Phvl. 1999, § 3–3). Pasienter innen psykisk helsevern har nå fått samme rettigheter som somatiske pasienter har hatt siden 2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Lovendringen har ført til at det er blitt strengere kriterier for å fatte vedtak om bruk av tvang.

Internasjonalt og nasjonalt har det vært en utvikling i retning av at helsetjenesten i større grad må respektere individets autonomi og egne ønsker. I tråd med dette er pasientrettigheter blitt styrket via økt vekt på pasientrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I 2011 anbefalte Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9) at pasienter i psykisk helsevern bør få økt selvbestemmelse og økt rettssikkerhet, og i 2013 ratifiserte Norge FN's konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet, 2013). Konvensjonen skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne nyter likeverdig rett til anerkjente menneskerettigheter og grunnleggende friheter. Konvensjonen skal også fremme respekten for den iboende verdigheten til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Den mest brukte medisinske etikkmodellen i vestlig helsetjeneste i dag er Beauchamp og Childress' «fireprinsippetikk» (Beauchamp & Childress, 2001). Fireprinsippetikken stammer fra en normativ tradisjon, der den deontologiske pliktetikken er rådende. Dette innebærer at en handling er riktig dersom den utøves i henhold til visse etiske prinsipper. Fireprinsippetikken består av autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade og rettferdighetsprinsippet. Oppsummert har bruk av tvang i psykiske helsetjenester blitt mer etisk utfordrende i tråd med økt fokus på brukermedvirkning, respekt for autonomi og menneskerettigheter (Husum et al., 2018). Det finnes i tillegg lite forskning som tyder på at tvang har positiv effekt i behandling av psykiske lidelser (Husum et al., 2017).

Det er grunnleggende etisk utfordrende at opplevelsen av bruk av tvang blant pasienter er svært negativ og belastende. En brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern i Norge viste at 28 prosent av innlagte pasienter hadde følt seg krenket under behandlingsoppholdet (Bjerkan et al., 2009, s. 144). Andre studier antyder også at tvangsinnlagte pasienter opplever å bli behandlet med manglende respekt under innleggelsen (Holmboe et al., 2017; Norvoll & Husum, 2011). I tillegg oppgir noen pasienter følelsen av å ikke bli hørt og å ikke ha selvbestemmelse i egen behandling (Olofsson & Jacobsson, 2001). Andre studier har imidlertid

funnet at pasienter i retrospekt av innleggelser og opplevd tvangsbruk kan anerkjenne at tvangsintervensjoner var nødvendige (Haw et al., 2011; O'Donoghue et al., 2010; Ridley & Hunter, 2013). Krieger og kolleger gjennomførte intervjuer og administrerte spørreskjemaer til 213 pasienter som hadde opplevd tvang under innleggelse, og fant at pasientene hadde ambivalente holdninger overfor de tvangsintervensjonene de hadde erfart (Krieger et al., 2018). Ifølge Husum et al. (2018) ble tvil og usikkerhet rundt bruk av formell tvang også ofte nevnt som etisk problematisk for helsepersonell i psykisk helsevern. Helsepersonell rapporterte blant annet om usikkerhet rundt effekten og konsekvensene av tvangsintervensjoner og usikkerhet om pasientens autonomi og evne til å samtykke.

Ifølge Helsedirektoratet ble det i 2017 gjennomført 7700 tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern i Norge (Bremnes, 2019). Rapporten «Kontroll av tvangsbruk 2017» (Kalseth et al., 2019) med data fra perioden 2013–2017 viser at det er store geografiske forskjeller på antall tvangsinnleggelser mellom de ulike helseregionene i Norge. Studier fra USA, Sverige og England viser også at bruk av tvang i stor grad varierer mellom avdelinger, sykehus og geografiske områder (Bindman et al., 2002; Carpenter et al., 1988; Kjellin et al., 2008).

En antar at noe av variasjonen i bruk av tvang blant ulike land, regioner og sykehus kan forklares med forskjell i holdninger til bruk av tvang. Holdninger kan defineres som en psykologisk tendens som uttrykkes ved at man basert på opplevelser og erfaringer evaluerer et objekt med enten en grad av positivitet eller negativitet (Eagly & Chaiken, 2007). Forholdet mellom holdninger og atferd er komplisert, og holdningsendringer fører ikke nødvendigvis til atferdsendringer. Flere teorier har forsøkt å forklare forholdet mellom holdninger og atferd. The Theory of reasoned action (Fishbein & Ajzen, 1977) hevder at intensjon kan predikere atferd. Ifølge denne teorien er det to elementer som påvirker intensjon: holdninger og subjektive normer. En utvidelse av denne teorien er The theory of planned behavior (Ajzen, 1991), hvor opplevd kontroll legges til som en komponent for å predikere atferd. Disse teoriene har hatt stor innflytelse på hvordan man ser på forholdet mellom holdninger og atferd. En metaanalyse viser derimot at disse modellene gjennomsnittlig kan forklare 40 til 50 prosent av varians av intensjon og 19 til 38 prosent av atferd (Sutton, 1998). Likevel kan holdninger i noen tilfeller påvirke atferd, eksempelvis når en holdning er sterk. En sterk holdning oppstår når man har direkte negative eller positive opplevelser med et holdningsobjekt (Stangor, 2012). Følgelig kan vi anta at ansatte og pasienter i psykisk helsevern som har hatt direkte erfaringer med bruk av tvang, kan utvikle sterkere holdninger til bruk av tvang.

Få studier har derimot sammenlignet pasienters og helsepersonells holdninger til tvang på en standardisert måte. Larsen og Terkelsen gjennomførte i 2013 en studie hvor de sammenlignet pasienters og ansattes opplevelse av bruk av tvang (Larsen & Terkelsen, 2014). De fant at pasienter ofte følte seg underlegne, mens ansatte blant annet følte seg skyldige for å ha krenket pasientenes verdighet. Andre studier viser at pasienter opplever å bli umyndiggjort og føler seg ydmyket når de blir utsatt for tvang (Tingleff et al., 2017; Verbeke et al., 2019). Helsepersonell er likevel ofte enige om at bruk av tvang er etisk akseptabelt når fordelene med hensyn til beskyttelse eller behandling oppveier de negative effektene på pasientens autonomi og integritet (Hem et al., 2018; Wynn, 2006).

I 2008 utviklet og validerte en forskergruppe i Norge Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) for å kunne måle og senere sammenligne holdningene til bruk av tvang hos ansatte i psykisk helsevern (Husum et al., 2008). Senere har blant annet Raveesh et al. (2016) undersøkt helsepersonells holdninger til tvang ved bruk av SACS. Blant ansatte ble det her funnet en enighet om at tvang var relatert til beskyttelse og skadereduksjon, og at tvang var nødvendig, men ikke som behandling. Alle ansatte i denne studien anså tvang som nødvendig for beskyttelse i farlige situasjoner. En studie fra Tyskland og Sveits (Elmer et al., 2018) fant ved bruk av SACS at positive holdninger til uformell tvang var negativt korrelert med adekvat bruk av tvang. De som anså tvang som krenkende, hadde høyere grad av passende tvangsbruk, mens de som anså tvang som behandling, hadde lavere grad av passende tvangsbruk. Likevel ser det ut til at det blant ansatte er økende konsensus om at bruk av tvang kan være belastende og krenkende for pasienten (Norvoll, Hatling & Hem, 2008, s. 104). Gowda et al. (2019) har ved hjelp av SACS kartlagt holdninger til bruk av tvang blant helsepersonell i India. De fant også at de fleste ansatte oppfattet tvang som omsorg, beskyttelse og trygghet. En tredjedel følte at pasientene mistet sin autonomi, verdighet og muligheten for interpersonlig kontakt. Tilsvarende antall ansatte var enige om at noen pasienter kunne behandles med mindre tvangstiltak.

Etter vår kunnskap har det validerte spørreskjemaet Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) aldri tidligere blitt brukt for å sammenligne pasienters og ansattes holdninger til tvang i Norge. Vi ønsket å bruke SACS for å undersøke eventuelle forskjeller i holdninger til tvang som kan være av betydning for behandlingsrelasjonen mellom pasienter og helsepersonell. Ved hjelp av SACS har vi undersøkt holdningsforskjeller mellom ansatte og pasienter på de tre dimensjonene tvang som potensielt krenkende og/eller skadelig for pasienten, tvang som omsorg og sikkerhet og tvang som behandling (Husum et al., 2008).

Metode

Utvalg

Data er samlet inn som en del av et større prosjekt om bruk av tvang, etikk og pasienters erfaringer av krenkelser ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og i samarbeid med ansatt- og brukerorganisasjoner i Norge. Questback ble brukt til å gjennomføre en nettbasert undersøkelse. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til medlemmene via Norsk psykologforening, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og foreningen for de treårige helse- og sosialutdanningene. Til pasientene ble spørreskjemaet sendt ut via brukerorganisasjonen Mental Helse. I alt 1160 ansatte og 332 pasienter fra alle de fire helseregionene svarte på den nettbaserte spørreundersøkelsen. I analysen ble alder kategorisert i grupper. Gruppen mellom 30–59 år utgjorde 88 prosent av utvalget. For å sikre anonymiteten til informantene og å forebygge en eventuell «bakveis» identifisering ble demografiske opplysninger om informantene holdt til et minimum. Ansattgruppen besto av 66 prosent kvinner og 34 prosent menn. Fordeling av profesjoner: leger/psykiatere (n = 211), psykologer (n = 258), sykepleiere (n = 233), helsefagarbeidere (n = 286) og annet/ubesvart (n = 172). Utvalget er blitt vurdert som å være stort og å ligne i sammensetning på fordelingen av yrkesgrupper som jobber innen psykisk helsevern. For nærmere beskrivelse av utvalget, se Aasland et al. (2018). Til sammen 49 prosent av de ansatte sa at det å bruke tvang

var enten en stor eller ganske stor del av jobben deres. Majoriteten blant ansatte svarte at de jobbet i spesialisthelsetjenesten, mens ti prosent oppga å jobbe i en kommunal tjeneste. Spørreskjemaet til pasienter ble sendt ut via brukerorganisasjonen Mental Helse (7500 medlemmer). Mental Helse sendte ut kun til medlemmene de hadde e-postadresse til, som viste seg å være 2573 personer. Pasientgruppen av informanter besto av 70 prosent kvinner og 30 prosent menn. Alle personene med erfaring som pasient i psykisk helsevern oppga å ha erfaring med polikliniske tjenester, 57 prosent oppga å ha erfaring med akutt psykiatrisk behandling og 40 prosent at de hadde erfaring med «lukkede avdelinger».

Etikk

Vi søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD) om å få godkjent studien, men prosjektet ble vurdert til å ikke trenge godkjenning fra NSD fordi undersøkelsen bare inneholdt anonyme data. De relevante registernumrene er 36361 og 39244.

Måleinstrument

SACS

Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) er et spørreskjema som er utviklet og validert for å måle ansattes holdninger til bruk av tvang i psykisk helsevern (Husum et al., 2008). Spørreskjemaet består av 15 påstander/testledd som utgjør tre dimensjoner. Testleddene har fem svaralternativer på en 5-punkt Likert-skala, hvor 1 = svært uenig, 2 = uenig, 3 = nøytral, 4 = enig og 5 = svært enig. **SACS I. Tvang som krenkende og/eller skadelig.** Denne dimensjonen består av seks påstander som er kritisk til bruk av tvang, og fokuserer på et ønske om å redusere bruk av tvang. **SACS II. Tvang som omsorg og sikkerhet.** Denne dimensjonen består av seks påstander som fokuserer på bruk av tvang av sikkerhetsmessige årsaker, og tvang som omsorg. **SACS III. Tvang som behandling.** Denne dimensjonen består av tre påstander som ser på tvang som en behandlingsintervensjon. Disse påstandene beskriver tvang som nødvendig når pasienter mangler innsikt i sin egen sykdom eller er i en tilstand av regresjon. I tillegg inkluderes en mening om at mer tvang bør brukes.

Analyse

Data ble lagret og analysert i SPSS versjon 25. De ulike yrkesgruppene ble samlet i en variabel, og gruppen «annet/ubesvart» ble ekskludert fra analysene. For å undersøke hvorvidt SACS' tre dimensjoner var gjeldende for pasientgruppen og ansattgruppen i dette utvalget, ble det gjennomført separate faktoranalyser for hver av gruppene. Deretter ble det gjennomført uavhengige t-tester for å undersøke om det var forskjeller i dimensjonenes skårer hos ansatte og pasienter. Equal variance not assumed blir rapportert. Det ble beregnet effektstørrelse (Cohens d) for å undersøke styrken i holdningsforskjellene mellom gruppene.

Resultat

I faktoranalysen for ansattgruppen fremkom en tydelig tre-faktormodell, i tråd med tidligere bruk av SACS (Husum et al., 2011). For pasientgruppen var ikke tre-faktormodellen like tydelig som for ansattgruppen, da flere testledd korrelerte høyt med testledd i andre faktorer. Den mer uklare faktorstrukturen for pasientgruppen representerer en utfordring for videre sammenligning av pasienters og ansattes holdninger, da de tre dimensjonene kan ha ulik underliggende betydning for de to gruppene. Likevel forklarte de ulike faktorene en betydelig andel av variansen for pasientene, og testleddene korrelerte i stor nok grad til å bli inkludert i de tre faktorene. På bakgrunn av dette valgte vi å sammenligne pasienters og ansattes holdninger med bruk av SACS' tre-faktormodell (tabell 1).

Til tross for at tre-faktormodellen ikke var like tydelig for pasientgruppen som for ansattgruppen, var det statistisk signifikante forskjeller mellom pasienters og ansattes holdninger til tvang på alle tre dimensjoner. Pasienter rapporterte signifikant høyere enighet med holdningene i dimensjon I, som handler om tvang som krenkende og/eller skadelig, $t(495) = 7.96$, $p < .001$, sammenlignet med ansatte. Effektstørrelse for dimensjon I, tvang som krenkende og/eller skadelig, var $d = 0.52$, som overgår Cohens kriterier for en moderat effektstørrelse.

Ansatte rapporterte signifikant høyere enighet med holdningene i dimensjon II, som omhandler tvang som omsorg og sikkerhet, $t(444) = -5.91$, $p < .001$, sammenlignet med pasienter. For dimensjon II, tvang som omsorg og sikkerhet, var effektstørrelsen $d = 0.41$. Denne effekten vurderes som liten til moderat.

Pasienter viste en signifikant høyere gjennomsnittsskår på dimensjon III, som omhandler tvang som behandling, $t(502) = 2.86$, $p < .01$, sammenlignet med ansatte. Dimensjon III, tvang som behandling, hadde en effektstørrelse på $d = 0.19$, noe som karakteriseres som en lav effekt.

Tabell 1

Pasienters og ansattes gjennomsnittsskår på de tre dimensjonene i SACS

	Pasienter (n = 332)		Ansatte (n = 988)		F-verdi	t-verdi	df	p
	M	SD	M	SD				
SACS I Tvang som krenkende og/eller skadelig	3.61	0.72	3.25	0.66	5.01	7.96	495	<.001
3. Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen	3.85	0.92	3.69	0.99	4.77	2.68	550	.008
4. Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern	2.94	1.12	2.13	0.99	4.34	11.32	464	<.001
8. Tvang gir pasientene nye krenkelser	3.66	0.94	3.58	0.87	4.02	1.30	483	.195
13. Det brukes for mye tvang i behandlingen	3.19	1.02	2.93	0.95	4.04	4.03	488	<.001
14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang	3.80	0.96	3.48	1.17	25.86	4.78	627	<.001
15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler	4.18	0.85	3.65	1.03	23.15	9.12	636	<.001
SACS II Tvang som omsorg og sikkerhet	3.88	0.75	4.15	0.57	20.40	-5.91	444	<.001
1. Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner	4.05	0.94	4.26	0.79	0.18	-3.54	466	<.001
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang	4.15	0.83	4.40	0.71	0.14	-4.65	463	<.001
5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse	3.74	1.01	4.25	0.79	29.10	-8.16	434	<.001
7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon	3.71	0.98	3.91	0.94	3.74	-3.12	497	.002
9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt	3.61	1.00	4.12	0.77	50.55	-8.17	425	<.001
11. Bruk av tvang er nødvendig overfor farlige og utagerende pasienter	3.99	0.96	3.98	0.91	0.12	0.19	507	.847
SACS III Tvang som behandling	2.79	0.82	2.64	0.77	1.60	2.86	502	.004
6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen	2.40	1.08	2.42	0.98	10.45	-0.33	483	.740
10. Pasienter uten sykdomsinnsett trenger tvang	3.02	1.05	2.94	1.05	0.20	1.20	521	.230
12. Regressive pasienter trenger tvang	2.96	0.86	2.56	0.93	51.49	6.87	535	<.001

Merknad. Deskriptiv statistikk og resultat fra en uavhengig t-test. Pasienter og ansatte gav sine rapporteringer på en 5-punkts Likert-skala (1 = svært uenig, 5 = svært enig).

Tabell 1 Pasienters og ansattes gjennomsnittsskår på de tre dimensjonene i SACS

Diskusjon

Studien sammenlignet ansattes og pasienters rapporterte holdninger til bruk av tvang. I tråd med tidligere forskning antok vi at det ville være en forskjell i rapporterte holdninger til tvang mellom ansatte og pasienter (Norvoll & Husum, 2011; Olofsson & Norberg, 2001; Riley, 2016; Terkelsen & Larsen 2013). Resultatene antyder at det var ulike holdninger til tvang for de tre SACS-dimensjonene.

Som forventet ble det funnet en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskår for dimensjonen tvang som krenkende og/eller skadelig blant pasientgruppen sammenlignet med ansattes rapporteringer. Resultatet indikerer at pasienter anser tvang som mer skadelig og krenkende enn ansatte, noe som støttes av annen forskning, som antyder at ansatte undervurderer hvor krenkende det er å bli utsatt for tvang (Norvoll & Husum, 2011; Riley, 2016). Mielau et al. (2016) sammenlignet pasienters og den generelle befolkningens rapporterte holdninger til tvang, og fant at pasienter rapporterer en langt mer negativ holdning til bruk av tvang. Det kan dermed tenkes at pasienter som blir utsatt for tvang, erverver en annen og mer negativ holdning til tvang sammenlignet med ansatte som utøver tvang og ikke kjenner til skadevirkningene. Ifølge en finsk studie ser det ut til at ansatte som er involvert i bruk av tvang over tid, vil utvikle en tilvenningseffekt i retning av å anse bruk av tvang som nødvendig (Lind et al., 2004).

Som antatt hadde ansatte en høyere gjennomsnittsskår for tvang som omsorg og sikkerhet sammenlignet med pasienter. Dette antyder at ansatte i større grad enn pasienter har en sterkere holdning til at tvang er nødvendig for å yte omsorg. Tidligere norske studier har ved bruk av SACS også funnet at det pragmatiske synet på tvang er det mest utbredte blant helsepersonell (Husum et al., 2011). Nyere forskning viser at hyppig utøvelse av tvang fører til mindre kritisk refleksjon vedrørende tvangsbruk (Elmer et al., 2018). Empati og varhet for pasientens perspektiv kan svekkes ved gjentatt bruk av tvang (Pedersen et al., 2017). Det kan dermed tenkes at ansatte som utøver tvang, utarbeider rutiner som underbygger holdningen om tvang som omsorg og sikkerhet uten å vurdere tvangsbruk som krenkende og/eller skadelig. Ifølge Vuckovich og Artinian (2005) tar helsepersonell i bruk en rettferdiggjøringsprosess for å forsones seg med tvangsbruk. Flere kvalitative studier (Olofsson et al., 1995; Olofsson et al., 1998) har identifisert at det for helsepersonell oppstår en konflikt mellom det å gjøre godt og det å ivareta pasientens autonomi. Det kan tenkes at helsepersonell får et behov for å berettigg sine handlinger og å gjenopprette faglig og etisk koherens ved å ha en holdning om at tvang er omsorg og viktig for sikkerhet, og i mindre grad er krenkende og skadelig.

Fagfeltet som omhandler holdninger, holdningsdannelse og sammenheng mellom holdninger og atferd, er mer enn 60 år gammelt, og resultatene er sammensatte og kompliserte. Blant annet antyder forskningen at gruppeidentitet og gruppepsykologiske prosesser ser ut til å spille en rolle i hvordan individer erverver sine holdninger. Det kan derfor tenkes at ansatte innen psykisk helsevern utvikler sine holdninger til bruk av tvang i samspill med personalgruppen de tilhører, eller gjennom utdanningen. I personalgrupper og utdanninger med høy bevissthet omkring bruk av tvang og etiske utfordringer kan ansatte utvikle mer restriktive holdninger til bruk av tvang enn i grupper hvor etiske utfordringer ved bruk av tvang i mindre grad problematiseres (Haidt, 2001). Ulikt perspektiv kan også gi ulike holdninger. Duxbury og Whittington (2005) fant blant annet at personale og pasienter legger vekt på henholdsvis

indre eller situasjonelle faktorer i forståelse av aggressive konflikter. Forskjell i holdninger til tvang mellom ulike profesjoner og hvordan helsepersonell utvikler sine holdninger, er et forskningstema som bør undersøkes nærmere. Personer som bruker tjenestene, kan ha andre kilder til holdningsdannelse, noe som kan bidra til å forklare forskjellene i holdninger (Crano & Gardikiotis, 2015). Både pasienter og ansatte rapporterte lav grad av enighet til holdningen om at tvang er å anse som behandlingstiltak. Dette indikerer at verken ansatte eller pasienter anser tvang som en behandlingsintervensjon.

Metodiske begrensninger og styrker

Det er en begrensning ved studien at dataene er samlet inn via en anonym online-spørreundersøkelse, og at vi i samråd med REK samlet inn få demografiske opplysninger om informantene. Vi har derfor lite opplysninger om informantene. Anonymiteten til informantene kan også ha vært en styrke ved studien fordi informantene kan ha kjent seg trygge nok til å svare åpenhertig, uten frykt for å bli gjenkjent. Videre ble spørreskjemaet til pasienter sendt ut til medlemmer i organisasjonen Mental Helse, og ikke alle medlemmene er brukere av tjenestene. Også pårørende og ansatte er medlemmer i organisasjonen. Det er derfor usikkert hvor mange av medlemmene i Mental Helse som har egen-erfaring med bruk av tvang. Utvalget fra Mental Helse sine medlemmer er også mindre enn utvalget fra de ansattes organisasjoner, men vi har vurdert at utvalget allikevel er stort nok (n = 332) til at det var meningsfullt å gjøre de statistiske analysene.

SACS er ikke et validert verktøy for pasienter og har etter vår kunnskap aldri blitt brukt med pasienter som respondenter. Trefaktormodellen var ikke like tydelig for pasienter som for ansatte. Dette kan være en utfordring for videre sammenligning av pasienters og ansattes holdninger, da de ulike dimensjonene kan ha ulik underliggende betydning for de to gruppene. Likevel kom mønsteret i holdninger hos pasienter såpass klart frem at det anses som meningsfullt å beholde tre-faktormodellen hos pasienter.

Konklusjon

Pasienter og ansatte rapporterer ulike holdninger til tvangsbruk, hvor helsepersonell i større grad enn pasienter anser tvang som omsorg. Pasienter rapporterer at bruk av tvang oppleves som krenkende og skadelig i større grad enn ansatte. En slik uoverensstemmelse mellom helsepersonells og pasienters rapporterte holdninger til tvang kan gi grobunn for en dårlig pasient-behandler-relasjon. Å ta pasientens meninger i betraktning og å utøve delt beslutningstaking har en positiv effekt på pasientens opplevde autonomi og den terapeutiske relasjonen (Valenti et al., 2014).

Våre funn kan ha implikasjoner for ansattes forståelse av pasientenes opplevelse av tvang. Tap av autonomi og tvang påvirker pasientenes opplevelse av behandlingen, kompliserer kliniske relasjoner og kan ha negativ effekt på behandlingsutfallet (Lorem et al., 2015). Selv om lovverket i Norge har endret seg i tråd med økt fokus på respekt for autonomi hos pasienter innen psykisk helsevern, kan praksis blant helsepersonell henge etter. Holdningsforskjellene som er blitt avdekket i denne studien, bør føre til at en legger til rette for mer tilpasset brukermedvirkning i helsetjenestene. Dersom ansatte har en bedre forståelse av pasienters møte med tvang, kan det styrke relasjonen og øke pasientenes tiltro til helsevesenet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 446-453

TEKST

Guri Sjøtun Lydersen, UiT Norges arktiske universitet

Marte Morken

Olaf Aasland

Reidar Pedersen

Tonje Lossius Husum

KONTAKT: tonjelos@oslomet.no

+ Vis referanser

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet (2013). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. USA: Oxford University Press.

Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G. & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 341-345. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0558-3>

Bjerkan, A. M., Pedersen, P. B. & Lilleeng, S. (2009). Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003 og 2007. https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Rapport_A11409_Brukerundersokelse_blant_doegnpasienter.pdf

Bremnes, R. (2019). Tvang i psykisk helsevern (rapport IS-2812). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kontroll-av-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern>

Carpenter, M. D., Hannon, V. R., McCleery, G. & Wanderling, J. A. (1988). Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. *Psychiatric Services*, 39(4), 418-423. <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.418>

Crano, W. D. & Gardikiotis, A. (2015). Attitude Formation and Change. I J. D. Wright (red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. utg., s. 169-174). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24004-X>

Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 469-478. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>

Eagly, A. H. & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition*, 25(5), 582-602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S. & Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry research*, 262, 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014>

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. *Journal of Business Venturing*, 5, 177-189.
- Gowda, G. S., Lepping, P., Ray, S., Noorthoorn, E., Nanjegowda, R. B., Kumar, C. N. & Math, S. B. (2019). Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment – A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 151-155. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_336_18
- Haidt J. (2001). The emotional dog and its rational tail: a social intuitionist approach to moral judgment. *Psychology Review*, 108(4), 814. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814>
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22(4), 564-585. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. NOU 2011: 9.
- 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.
- Holmboe, O., Skudal, K. E., Haugum, M. & Iversen, H. H. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017 (rapport 396). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/rus/helse-sor-ost-rhf/helse-sor-ost-private/bla-kors/396-bla-kors-slemdal.pdf>
- 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. (2018). En studie av ansatte i psykisk helsevern syn på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(02-03), 98-111. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-02>
- Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Etiske dilemmaer ved bruk av tvang. I P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykisk helsetjenester* (1. utg., s. 190-207). Oslo: Gyldendal.
- Kalseth, B., Bremnes, R. & Mjøs, M. (2019). Kontroll av tvangsbruk 2017 (rapport IS-2803). HelseDirektoratet. https://red-helsedirektoratet.hn.nhn.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2019%20Analysenotater%20og%20rapport%202803.pdf
- Kjellin, L., Östman, O. & Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden -Development 1979-2002 and area variation. *International journal of law and psychiatry*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.008>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2018). Patients attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478-485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Larsen, I. B. & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Valimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11(4), 379-385. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x>
- Loiem, G. F., Hem, M. H. & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 231-240. <https://doi.org/10.1111/inm.12106>
- Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Bempohl, F., Lehmann, A. & Montag, C. (2016). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(4), 337-347. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. G. (2008). Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT) (SINTEF A4572). Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykiskhelse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf
- 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 9/2011). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://doi.org/10.7577/afi/notat/2011:9>
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L. & O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(6), 631-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7>
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 45-53. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00687.x>
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357-366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing*, 33(1), 89-97. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>
- Olofsson, B., Norberg, A. & Jacobsson, L. (1995). Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(5), 325-330. <https://doi.org/10.3109/08039489509011924>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
- Pedersen, R., Norvoll, R. & Bjørgen, D. (2017). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (1. utg., s. 87-116). Oslo: Gyldendal.
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Raveesh, B. N., Pathare, S., Noorthoorn, E. O., Lepping, P. & Bunders-Aelen, J. G. F. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 221-229. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196847>
- Ridley, J. & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the mental health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health and social care in the community*, 21(5), 509-518. <https://doi.org/10.1111/hsc.12041>
- Riley, H. (2016). When coercion moves into your home. A study of outpatient commitment in Northern Norway [Doktorgradsavhandling]. UiT Norges arktiske universitet.
- Stangor, C. (2011). Principles of social psychology – 1st International Edition by Dr. Rajiv Jhangiani and Dr. Hammond Tarry are licensed under a CC BY 4.0 license.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1317-1338. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01679.x>
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2013). The locked psychiatric ward: hotel or detention camp for people with dual diagnosis. *Journal of Mental Health*, 22(5), 412-419. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.799266>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of psychiatric and mental health*

nursing, 24(9-10), 681-698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of medical ethics*, 40(12), 832-836. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>

Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: a qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>

Vuckovich, P. K. & Artinian, B. M. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370-380. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne802oa>

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>

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 Psychiatry*, 57, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>