



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for Psykologi – Det helsevitenskapelige fakultet

En kvantitativ undersøkelse om forskjeller i holdninger til tvang mellom profesjonsgrupper i psykisk helsevern

—

Joakim Lossius Husum og Celina Jakobsen

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi, PSY-2901, Høst 2021

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

**En kvantitativ undersøkelse om forskjeller i holdninger til tvang mellom
profesjonsgrupper i psykisk helsevern**

A quantitative examination of differences in attitudes towards coercion between professional
groups in mental health care

PSY-2901 Hovedoppgave for graden Cand.Psychol.

Institutt for Psykologi – Det Helsevitenskapelige Fakultet

UiT Norges Arktiske Universitet

Høst 2021



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Joakim Lossius Husum, UiT Norges arktiske universitet

Celina Jakobsen, UiT Norges arktiske universitet

Hovedveileder: Jørgen Sundby (Institutt for psykologi)

Biveiledere: Matthias Mittner (Institutt for psykologi) og Rolf Wynn (Institutt for klinisk
medisin)

Forord

Vi er to psykologistudenter som har opplevd etiske og komplekse utfordringer med tvangsbruk på en akuttpsykiatrisk avdeling. I tillegg til at tvangssituasjoner er vanskelige i seg selv, observerte vi at våre kolleger ofte vurderte behovet for tvang ulikt. Det kan være frustrerende å være del av en personalgruppe hvor det er delte meninger om når tvang bør benyttes. Interessen vår for holdninger til tvang har også vokst med økt oppmerksomhet for diskusjonen om tvangsbruk i psykisk helsevern, både i media og i det offentlige rom. Det ble derfor et naturlig ønske å fordype oss i tematikken rundt tvang, og utforske nærmere hva som påvirker holdninger til tvangsbruk. Senteret for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) har gjennomført betydelig forskning på tvangsbruk i psykisk helsevern. Vi har vært heldige og har fått tilgang på data fra denne forskningen som ikke har vært analysert tidligere. Dataene fra SME gjorde at vi virkelig kunne følge vår nysgjerrighet, og ga oss muligheten til å utforske spørsmål vi har lurt på. Arbeidet med oppgaven foregikk i perioden mai til desember 2021. Forfatterne har samarbeidet tett gjennom hele prosessen, og sammen skrevet oppgaven i sin helhet. Vi var heldige å ha Jørgen Sundby som hovedveileder, da han har mange års erfaring som veileder og delte vår interesse for forskjeller i holdninger til tvang. Matthias Mittner underviser i kvantitativ metode, og har vært biveileder på dette prosjektet. Takk til Matthias som har bistått i valg av analysemetoder, utforming av figurer og rapportering av data. Vi er også svært takknemlige for alle faglige innspill og tips til kilder fra Rolf Wynn, som har mange års erfaring med forskning på tvangsbruk i Norge og i utlandet. Vi ønsker å uttrykke stor takknemmelighet til hovedveileder Jørgen og biveiledere Matthias og Rolf for oppfølgingen vi har fått. Takk for god veiledning, faglige diskusjoner og et fint samarbeid gjennom en spennende læringsprosess. Vi vil også takke Tonje Lossius Husum som har vært en god sparringspartner og kilde til inspirasjon for oss begge.

Sammendrag

Denne hovedoppgaven bruker data fra et forskningsprosjekt om tvangsbruk i psykisk helsevern, ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME). Ulike holdninger til tvang er en viktig komponent som muligens kan forklare observerte variasjoner i tvangsutøvelse mellom ulike avdelinger i psykisk helsevern. Denne hovedoppgaven utforsker forskjeller i holdninger til formell og uformell tvang mellom ulike profesjonsgrupper (psykologer, leger/psykiatere, sykepleiere og sosialarbeidere) i psykisk helsevern, samtidig som vi kontrollerer for andre personal-karakteristikker, slik som kjønn, alder, vedtaksansvar, spesialisering/videreutdanning, arbeidserfaring og tvangserfaring. Utvalget bestod av 1160 ansatte i psykisk helsevern som svarte på et standardisert spørreskjema (Staff Attitudes to Coercion Scale) som adresserer holdninger til tvang i tre dimensjoner: Tvang kan oppleves krenkende for pasienten (*Kritisk holdning*), tvang er viktig for sikkerhet/omsorg (*Pragmatisk holdning*) og tvang er viktig for behandling (*Positiv holdning*). Informantene svarte også på spørsmål om hvorvidt de opplever formelle og uformelle tvangsmetoder som etisk problematiske og nyttige for god effekt av behandling. Vi fant signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene på alle tre holdningene i SACS. Det var størst enighet om at tvangsbruk er viktig for sikkerheten og omsorgen til pasientene, mens det var størst uenighet om tvangsbruk er viktig for behandling av pasienter. Videre fant vi at disse holdningene i stor grad er relatert til formell tvang, og at fagbakgrunn har signifikant effekt på holdninger selv når man kontrollerer for andre personalvariabler. En mulig forklaringsmodell er at variasjonen i holdninger til tvang mellom profesjonsgruppene kan forklares med ulike arbeidsroller og erfaring med tvangsbruk. Historiske røtter, utdanningsforhold og kultur hos de ulike profesjonsgruppene kan også være viktig for å forstå hvorfor ulike profesjoner har forskjellige holdninger til bruk av tvang.

Nøkkelord: Holdninger, Tvang;Coercion, Paternalisme, Staff Attitude to Coercion Scale

Introduksjon

Bruken av tvang i psykisk helsevern er et kontroversielt tema, og har viktige kliniske, etiske og lovmessige implikasjoner. (Chieze et al., 2019; Hotzy & Jaeger, 2016; Husum & Hem, 2017; Wynn, 2006). Tvang kan defineres som alle handlinger hvor en person presses til å gjøre noe personen ikke samtykker til, og medfører frihetsberøvelse eller krenkelse for personen (Husum & Hem, 2017). I psykisk helsevern kan tvang benyttes av flere årsaker. Tradisjonelt har tvang blitt brukt for å beskytte pasienter mot fare for seg selv, andre personer eller mot gjenstander (Øvregard & Lie, 2020). Spesielt på sengeposter og i institusjoner i psykisk helsevern har tvang blitt brukt mot pasienter for å unngå fare for liv og helse (Fuglseth et al., 2016; Wynn, 2004a). Dette gjelder sikkerheten til både personalet, pasienter og samfunnet generelt. I slike kritiske situasjoner er bruk av tvang i psykisk helsevern hjemlet i loven, og gir helsepersonell et handlingsrom til tross for at pasienten ikke samtykker til fremgangsmåten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1; Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3).

Tvang brukes også for å behandle pasienter med alvorlige psykiske lidelser som selv ikke ønsker behandling. I dagens lovgivning er det et krav om at pasienten må vurderes som ikke samtykkekompetent for at tvang skal kunne brukes i behandlingsøyemed (Bremnes & Skui, 2017; Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3; Øvregard & Lie, 2020). Enkelte psykiske tilstander, slik som psykoser, demens, psykisk utviklingshemming og autismedidelser med mer, kan medføre redusert samtykkekompetanse. Dette innebærer at pasienten vurderes å ikke være i stand til å ta nødvendige helserelaterte avgjørelser på egenhånd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Det er kun når pasienten blir vurdert å mangle samtykkekompetanse at det er aktuelt å bruke tvang i behandling, med mindre vedkommende blir vurdert å være til fare for seg selv eller andre (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3). I slike situasjoner må helsetjenesten sammen med pårørende avgjøre hva som er til pasientens

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

beste, både på kort og lang sikt. I medisinsk etikk omtales dette som svak paternalisme, hvor helsevesenet gjør unntak fra prinsippet om medbestemmelse i behandling, når pasienten ikke er samtykkekompetent. Hard paternalisme er når helsevesenet tar helserelaterte avgjørelser på vegne av pasienten, til tross for at pasienten er samtykkekompetent (Pedersen & Aarre, 2017, s. 153-167).

Det er vanlig å skille mellom formell, uformell og opplevd tvang (Husum & Hem, 2017; Høyer & Dalgard, 2002). Formell tvang er tvangsbruk som er regulert i lov, og som det må fattes vedtak om. Tvang i norsk psykisk helsevern er i hovedsak regulert i psykisk helsevernloven. Formaliseringen av tvangsbruk er viktig for å øke pasientsikkerhet og sørger for at mennesker ikke opplever uberettiget tvang. Dette gjøres gjennom pasientklager og tilsyn fra offentlige instanser (Husum & Hem, 2017). I Norge er det kun leger og psykologer med spesialisering som kan fatte vedtak om tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-4) og det er Kontrollkommissjonen, Sivilombudsmannen og Statsforvalteren som kontrollerer tvangsbruk i psykisk helsevern.

Formell tvang kan deles inn i tre kategorier som er: tvungen psykisk helsevern med og uten døgnopphold, behandling uten samtykke og bruk av tvangsmidler/skjerming. Under disse hovedkategoriene er det spesifikke og vedtakspåkravende tvangsmetoder, slik som tvungen observasjon, tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering, tvangsernæring, mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolasjon, skjerming og kortvarig fastholdning (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4).

Uformell tvang er alle former for tvang som det ikke fattes vedtak om. Dette er vanligvis mykere metoder som oftest innebærer ikke-fysiske virkemidler, slik som press, overtalelser eller trusler mot pasienter som er frivillig innlagt, innlagt eller ønskes innlagt av for eksempel familie, behandlere eller politiet. Det er vanskelig å dokumentere prevalens av uformell tvang, da slike data i utgangspunktet baseres på selvrapporing fra ansatte og

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

brukere. Studier viser at uformell tvang ofte kommer fra pasientens familie og pårørende (Røtvold & Wynn, 2015). Det kan være vanskelig å skille uformell tvang fra omsorg, og personene som utfører uformell tvang opplever ikke nødvendigvis slike handlinger som tvangsbruk selv (Elmer et al., 2018; Valenti et al., 2015). Studier antyder likevel at det er stor variasjon i utøvelse av uformell tvang og at uformell tvang også kan ha negative konsekvenser for pasienten, pårørende og behandlingsrelasjonen (Hotzy & Jaeger, 2016).

Opplevd tvang er et begrep som viser til den subjektive dimensjonen i tvang. Pasienter kan oppleve å ha bli utsatt for tvangsbruk selv når ansatte mener det ikke har blitt brukt tvang i behandling (Husum & Hem, 2017; Iversen et al., 2002; Lauveng & Skuterud, 2021). Ettersom det ikke alltid er samsvar mellom behandlernes og pasientenes opplevelse av frivillighet og medbestemmelse kan 'opplevd tvang' regnes som en egen måte å evaluere tvangsbruk på (Bjøntegård et al., 2020; Krieger et al., 2018). Det er gjort mest forskning på formell tvang, da dette er lettere å dokumentere sammenlignet med uformell og opplevd tvang (Chieze et al., 2019; Hotzy & Jaeger, 2016).

Kontroverser om bruk av tvang

Det er uenighet mellom klinikere, forskere og politikere om hva som er riktig mengde tvang i psykisk helsevern (Chieze et al., 2019; Hotzy & Jaeger, 2016). De aller fleste er enige at tvang kan være legitimt for å bevare liv og helse i en kritisk situasjon. Det er mer kontroversielt om hvorvidt tvang burde benyttes i behandling når det ikke foreligger fare for pasientens eller andres liv og helse (Feiring & Ugstad, 2014; Krieger et al., 2021; Wynn, 2006), eller hvilken betydning tvangsbruk i psykisk helsevern har for samfunnssikkerheten (Sørøy, 2021). På den ene siden hevdes det at redusert adgang til bruk av tvang vil kunne føre til flere farlige situasjoner i samfunnet, og at pasienter med alvorlig psykisk lidelse ikke får den behandlingen de trenger til riktig tid (Aulie & Fixdal., 2021; Brinchmann, 2021;

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Hegelstad & Larsen, 2021; Starheim, 2021). På en annen side argumenteres det for mindre bruk av tvang i psykisk helsevern, og at menneskers rett til medbestemmelse og autonomi overskygger behovet for å hjelpe pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og eventuelle konsekvenser det har for samfunnssikkerheten (Engelstad et al., 2021; Engelstad & Torgalsbøen, 2021; Hem & Skuterud, 2021; Kogstad, 2021; Skard, 2021).

Kunnskapsgrunnlag for bruk av tvang

Det er usikkert hvilke konsekvenser ulike former for tvang har for pasienter og samfunnssikkerheten, sammenlignet med frivillige alternativer. En årsak til dette er metodologiske og etiske utfordringer ved å forske på effekten av tvang (Brun et al., 2017; Hotzy & Jaeger, 2016; Høyser, 2008; Jardim et al., 2021; Sailas & Fenton, 2000), og at det er gjennomført lite forskning på disse problemstillingene (NOU 2009: 3). Resultater fra pasientrapporter og oppfølgingsstudier tyder på at tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen, gå utover mestringsfølelsen til pasienter, oppleves som krenkende, medføre fysisk skade på pasienter eller personale, føre til stress hos ansatte og øke sannsynligheten for mer bruk av tvang (Chieze et al., 2019; Jardim et al., 2021; Lauveng & Skuterud, 2021; NOU 2011: 9; Sailas & Fenton, 2000; Wynn, 2004b). Andre studier indikerer at tvangsbruk har mindre betydning for pasienters opplevelse av behandlingen (Wynn & Myklebust, 2006; Wynn, 2018). Enkelte studier viser også at noen pasienter opplever tvang som viktig for sin egen sikkerhet, og at det kan være et nødvendig tiltak for pasientens opplevelse av tilfriskning på lang sikt (Lorem, 2015; Stuen et al., 2015).

Etikk

I diskusjoner om etiske implikasjoner av tvang er fire prinsipper spesielt relevante (Beauchamp & Childress, 2001; Husum & Hem, 2017; Wynn, 2006). Disse prinsippene er

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Autonomi, Velgjørenhet, Ikke-skade prinsippet og Rettferdighet. Disse prinsippene inngår i *Prima Facie* etikken og er den mest brukte modellen i medisinsk og helsefaglig etikk (Beauchamp & Childress, 2001). Autonomiprinsippet viser til idealet om å respektere pasientens ønsker og rett til selvbestemmelse i beslutninger om helsehjelp. I norsk lovgivning er hovedregelen at all helsehjelp skal være basert på frivillighet og samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette er i tråd med menneskerettighetene og den Europeiske menneskerettsdomstol, hvor individets autonomi og valgfrihet vektlegges høyt (Husum & Hem, 2017). Tvang er en direkte inngripen på en persons autonomi, og undergraver individets muligheter til medbestemmelse.

Velgjørenhetsprinsippet omhandler et ønske om å gjøre nytte for pasienter, både på kort og lang sikt. Helsetjenesten har et samfunnsansvar ved å tilby nødvendig helsehjelp for ulike pasienter. I helsefaglig forskning er spørsmålet om hva som er best behandling et empirisk spørsmål, ved at ulike behandlinger og intervensjoner har dokumenterte helsemessige fordeler og bivirkninger. Som regel er det samsvar mellom helsepersonells og pasientens opplevelse av beste tilgjengelige behandling. Derimot er det ikke alle pasienter som etterlever helserelaterte råd fra helsetjenesten, og det kan oppstå en konflikt mellom prinsippet om velgjørenhet og autonomi. Eksempelvis kan det være når pasienten har andre ønsker for behandling enn det helsetjenesten vurderer er til pasientens beste.

Ikke-skadeprinsippet er et ideal om at man ikke skal påføre ekstra lidelse eller skade på pasienter. I helsefaglig praksis er helsepersonell pliktig å informere om mulige bivirkninger ved behandling, og må overveie mulige skader mot helsegevinster ulike intervensjoner kan ha. Som nevnt kan tvang medføre skade på pasienter, som gjør at konsekvenser av tvangsbruk må overveies mot eventuelle konsekvenser av å ikke bruke tvang.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Når det gjelder prinsippet om rettferdighet i medisinsk etikk, er det et ideal om at det skal være like gode helsetilbud og rammer for behandling, uansett hvor i landet man befinner seg, hvem pasienten er og hvem som utøver helsehjelpen. Studier viser imidlertid at tvangsbruk varierer mellom pasientgrupper (Fuglseth et al., 2015; Husum et al., 2010; Steinert et al., 2005) og mellom ulike områder i helsetjenesten (Bremnes & Skui, 2020; Wynn, 2015)

Spørsmålet om hva som er riktig bruk av tvang i psykisk helsevern er derfor et komplekst og etisk spørsmål, hvor flere hensyn må overveies (Wynn, 2006). I korte trekk kan man si at diskusjonen om tvang er en balanse mellom velgjørenhet og paternalisme på den ene siden og pasientautonomi og ikke-skade prinsippet på den andre (Husum & Hem, 2017).

Geografisk variasjon i tvangsbruk

Studier viser store geografiske og lokale variasjoner i tvangsutøvelse i Norge (Bremnes & Skui, 2020; Hjemås, 2011; Hofstad et al., 2021) og i utlandet (Gooding et al., 2020; Rains et al., 2019). Til tross for at lovverket og retningslinjene for bruk av tvang er den samme for alle områder i psykisk helsevern, er det dokumentert stor variasjon i tvangsbruk mellom ulike institusjoner, avdelinger og ansatte i psykisk helsevern (Feiring & Ugstad, 2014; Hofstad et al., 2021; Husum et al., 2010; Wynn, 2018). Denne variasjonen er også observert selv når man kontrollerer for variasjon i pasientpopulasjonen (Hustoft et al., 2018; Husum et al., 2010; Husum et al., 2011). Noen studier indikerer at endringer i lov og regulering av tvang har mindre å si for den faktiske tvangsutøvelsen, enn kultur i personalgruppen og holdninger til de ansatte (Feiring & Ugstad 2014). Aasland og kolleger (2018) viste at majoriteten av helsepersonell av og til foreslår tvangsmetoder som bryter med loven i enkelte situasjoner, noe som indikerer at helsepersonells oppfatning av riktig tvangsbruk kan overstyre retningslinjer for tvangsbruk i enkelte situasjoner. På bakgrunn av disse variasjonene, antar

man derfor at det finnes andre faktorer som påvirker tvangsbruk, i tillegg til behovet for akutt helsehjelp grunnet psykisk lidelse og de nasjonale føringene i lovverket.

Holdninger

Ulike holdninger til bruk av tvang er en av flere foreslåtte faktorer som kan forklare variasjon i tvangsutøvelse mellom institusjoner og ansatte i psykisk helsevern (Aasland et al., 2018; Bregar et al., 2018; Doedens et al., 2020; Elmer et al., 2018; Husum et al., 2011; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Steinert et al., 2005; Zinkler & Priebe, 2002; Wynn et al., 2011). Holdninger er et sentralt tema i sosialpsykologien, og kan defineres som en tendens til å tenke, føle, og handle i en bestemt retning ovenfor et objekt (Vogel & Wanke, 2016). Med dette tenker man at holdninger innebærer affektive, atferdsmessige og kognitive responser, blant annet som oppsummert i *Trepartsmodellen* for holdninger (Allport, 1935). Holdninger kan variere i styrke og valens, hvor valens viser til retning (enten positiv eller negativ) og styrke viser til hvor sterk holdningen er. Holdninger dannes og forandres i sosiale samspill og gjennom erfaring med holdningsobjektet (Vogel & Wanke, 2016). Eksempler på mekanismer bak holdningsdannelse er modellering, positiv og negativ forsterkning, og andre læringsmekanismer som påvirker en persons evaluering av et objekt eller fenomen (Maio, Haddock & Verplanken, 2019).

For å måle holdninger hos individer er det vanlig å dele inn i implisitte og eksplisitte holdninger (Maio, Haddock & Verplanken, 2019). Eksplisitte holdninger er holdninger som individet selv er klar over, mens implisitte holdninger er de holdningene man ikke er bevisst over, men som kan måles indirekte gjennom for eksempel autonome reaksjoner. Skillet mellom eksplisitte og implisitte holdninger kommer fra studier som viser at det ikke alltid er overenstemmelse mellom menneskers bevisste holdninger, og de holdningene man gir uttrykk for ved subtile målinger (Vandamme et al., 2021). Den vanligste fremgangsmåten for å måle

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

eksplisitte holdninger er selvrapportering da dette er holdninger som subjektet er seg selv bevisst. Denne studien bruker utelukkende eksplisitte holdninger ettersom vi har innhentet responser fra informantene via et standardisert spørreskjema.

Holdninger og atferd

Holdninger kan være signifikante prediktorer for atferd (Maio, Haddock & Verplanken, 2019). Sammenhengen mellom holdninger og atferd er kompleks, og flere modeller har blitt utviklet for å forklare hvordan holdninger påvirker atferd. En av de mest brukte modellene er *The Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1991), heretter kalt TPB. Denne modellen forklarer hvordan holdninger påvirker intensjon bak atferd, og dermed predikerer atferd. I TPB er intensjon den viktigste og sterkeste indikatoren bak viljestyrt atferd (Sheppard, 1988). Intensjonen defineres i modellen som en persons vilje og innsats til å gjennomføre en gitt atferd. Intensjon påvirkes av tre faktorer, som er *Holdninger*, *Subjektive normer* og *Opplevd kontroll*. Holdninger viser til en positiv eller negativ evaluering av en atferd eller et objekt. Subjektive normer omhandler innflytelsen man får av andre personers antatte holdninger. For eksempel kan helsepersonells opplevelse av sine kollegers holdninger til tvangsbruk og kollegenes atferd i tvangssituasjoner, påvirke egne holdninger og hvor sannsynlig man er til å utføre tvang selv. Subjektive normer kan ha spesielt stor innvirkning på atferd når det finnes en tydelig kultur for ulike handlinger, slik som kulturer for tvangsbruk på ulike avdelinger i psykisk helsevern (Husum et al., 2011). Den siste faktoren i TPB er opplevd kontroll, som er at man opplever atferden som gjennomførbar, og under personlig kontroll. Dette vil være avhengig av hvor lett eller vanskelig det er for en person å gjennomføre den gitte atferden (Ajzen, 1991). For eksempel om man har en arbeidsrolle som innebærer utøvelse av ulike tvangsmetoder eller klare rutiner for tvangsbruk i ulike situasjoner.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Ifølge TPB-modellen har holdninger, subjektive normer og opplevd kontroll gjensidig innflytelse på hverandre, og til sammen utgjør intensjonen til handling. Det vil si at subjektive normer og opplevd kontroll også påvirker holdninger til tvang, og visa versa. TPB-modellen vil dermed kunne predikere sannsynligheten for en gitt atferd, om man kjenner en persons holdninger, subjektive normer og opplevd kontroll. Studier har vist at faktorene i TPB har god evidens til å predikere intensjoner bak ulike typer atferd (Conner & Sparks, 2005). Likevel viser en metaanalyse at TPB bare forklarer 40-50 prosent av varians av intensjon, og 19 – 38 prosent av atferd (Sutton, 1998). Det er derfor andre faktorer utenfor denne modellen som også er relevante for å predikere atferd. Slike faktorer er for eksempel styrke på holdningen, hvor studier viser at sterkere holdninger predikerer atferd bedre enn svakere holdninger (Petty & Krosnick, 1995). Dette kan tilsa at ansatte som mener at tvang er viktig for sikkerhet, sannsynligvis utøver mer tvang av sikkerhetsmessige årsaker, sammenlignet med ansatte som ikke tenker det er like viktig.

Til tross for den veldokumenterte sammenhengen mellom holdninger og atferd, er det usikkert hvilken betydning holdninger har for variasjon i tvangsutøvelse. En nyere studie i Tyskland fant ingen sammenheng mellom ansattes holdninger til tvang, og variasjon i tvangsutøvelse mellom seks forskjellige helseforetak (Vandamme, 2021). Forfatterne forklarer at det er stor variasjon i rapporteringsrutiner for tvangsbruk mellom helseforetakene, og at dette gjør det vanskelig å sammenligne variasjon i holdninger med variasjon i tvangsutøvelse. Husum og kolleger (2010) fant heller ingen sammenheng mellom ansattes holdninger og antall tvangsvedtak ved ulike akuttavdelinger i Norge. Forfatterne forklarer at individuelle forskjeller i holdninger til tvang muligens påvirker variasjon i tvangsutøvelse, men at denne sammenhengen kanskje blir maskert når man ser på hele personalgruppens eller helseforetakets gjennomsnittlige holdninger til tvang.

Holdninger til tvang

Ansatte i psykisk helsevern vurderer tvangsbruk ulikt, og det er stor variasjon i holdninger til bruken av tvang (Aasland et al., 2018; Bowers et al., 2004; Feiring & Ugstad, 2014; Steinert et al., 2005; Wynn et al., 2011). For eksempel viser studier at noen ansatte i psykisk helsevern oppfatter tvang som nyttig for pasientene og lite krenkende, mens andre er mer opptatt av pasientens medbestemmelse og ivaretagelse (Bowers et al., 2004; Husum et al., 2011; Krieger et al., 2021; Wynn, Kvalvik & Hynnekleiv, 2011; Wynn, Myklebust & Bratlid, 2006; Wynn, Myklebust & Bratlid, 2007). Nyere oversiktsartikler finner også stor variasjon i holdninger til tvang hos helsepersonell, og at disse holdningene har endret seg de siste 20 årene. Man har funnet et holdningsskifte fra synet på tvang som positivt for behandling av pasienter, til et syn på tvang som et nødvendig onde for de involvertes sikkerhet (Doedens et al., 2020; Husum et al., 2008; Husum et al., 2011; Moljevik et al., 2017; Laukkanen et al., 2019). Andre studier finner at kritiske holdninger til tvangsbruk er mest utbredt blant helsepersonell (Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021).

Det er mindre sikkert hva som former disse holdningene, og hvilke faktorer som er assosiert med ulike holdninger til tvang. Flere studier har utforsket karakteristika ved ansatte i psykisk helsevern og hvilken innflytelse disse variablene har på holdninger til tvang (Bowers et al., 2004; Bregar et al., 2018; Husum et al., 2011; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Wynn, 2003; Wynn, 2011). Resultatene er sprikende, og sammenhengen mellom ulike personal-karakteristikk og holdninger til tvangsbruk er uklar. For eksempel er det stor uenighet om hvorvidt egen erfaring med å utøve tvang medfører mer positive eller kritiske holdninger til tvangsbruk. Noen studier indikerer at mye erfaring med tvangsutøvelse fører til habituering, og at ansatte med mye tvangserfaring derfor vurderer tvang som mindre etisk problematisk, og viktigere for behandling og sikkerhet (Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Van Doeselaar et al., 2008; Wynn et al., 2006). Andre studier viser

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

en motsatt tendens, hvor personell med mye arbeidserfaring oftere har kritiske holdninger, og vurderer tvang som mer krenkende for pasienten (Bowers et al; 2004; Bregar et al., 2018; Elmer et al., 2018; Wynn et al., 2011). Andre variabler som antas å ha innflytelse på holdninger til tvang er; kjønn, alder, kultur på avdelingen man jobber på og utdanningsnivå. For eksempel er det å være en mannlig ufaglært helse/omsorgsarbeider mellom 30 og 40 år, med mye praktisk erfaring, assosiert med mindre kritiske holdninger til tvang (Bregar et al., 2018; Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021; Van Doeselaar et al., 2008).

Fagbakgrunn og holdninger til tvang

Fagbakgrunn og profesjonstilhørighet virker å ha en spesielt viktig rolle i dannelsen av holdninger til tvang, da flere studier viser betydelige forskjeller mellom ulike profesjonsgrupper i psykisk helsevern. For eksempel viste Aasland og kolleger (2018) at psykiatere og sykepleiere oftere velger tvang sammenlignet med psykologer og sosialarbeidere. Forfatterne hevder at psykiatere og sykepleiere tilhører en medisinsk tradisjon som ofte er forbundet med en paternalistisk tilnærming i behandler-pasient relasjonen, mens psykologer og sosialarbeidere oftere har en dialogisk tilnærming. Det kan også tenkes at variasjoner i holdninger til tvang kan relateres til hvilke roller og ansvar de forskjellige yrkesgruppene har (Doedens et al., 2020; Van Doeselaar et al., 2008). Det samme skille mellom medisinfaglige og sosialfaglige yrkesgrupper er observert andre steder i litteraturen, hvor sykepleiere og leger/psykiatere oftere vurderer tvang som viktig for behandling, omsorg og sikkerhet, mens psykologer og sosialarbeidere oftere er mer kritiske til tvang (Bregar et al., 2018; Doedens et al., 2020; Husum et al., 2011; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Steinert et al., 2005; Van Doeselaar et al., 2008; Wynn et al., 2011; Wynn et al., 2006). Det er også studier som indikerer forskjeller mellom sykepleiere og leger/psykiatere i holdninger til tvang, men resultatene er blandende og varierer mellom studier. I Tyskland er det en tendens

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

at sykepleiere har mer positive holdninger til tvang (Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021; Lickiewicz et al., 2021), sammenlignet andre profesjonsgrupper, inkludert leger/psykiatere, og forklarer dette med ulike arbeidsroller og eksponering for fare fra pasienter. Derimot viser studier fra Norge at leger/psykiatere oftere vurderer tvang som mer nødvendig og mindre krenkende, sammenlignet sykepleiere og andre profesjonsgrupper (Aasland et al., 2018; Moljevik et al., 2017). Andre studier viser at profesjoner med lengre utdanningsforløp slik som leger og psykologer, eller helsepersonell med spesialisering i psykisk helsearbeid, har mer kritiske holdninger til tvang og opplever tvang som mer etisk problematisk, sammenlignet med sykepleiere og annet helsepersonell med kortere utdanning (Krieger et al., 2021; Moljevik et al., 2017; Wynn et al., 2003).

Oppsummert varierer det hva slags holdninger til tvang som er mest utbredt blant helsepersonell og hvilke holdninger som er mest fremtredende i de ulike profesjonsgruppene. Noen studier finner størst enighet om at tvang er viktig for sikkerhet og omsorg, mens andre studier finner at helsepersonell generelt er kritiske til tvangsbruk. Tidligere studier indikerer at det er et skille i holdninger til tvangsbruk mellom en medisinsk og sosialfaglig tradisjon. Psykologer og sosialarbeidere har ofte holdninger om at tvang er krenkende og burde unngås, samtidig som de er mindre positive til tvang i behandling. Leger/psykiatere og sykepleiere har oftere holdninger om at tvang er viktig for behandling og av sikkerhetsmessige årsaker, men det varierer om det er sykepleiere eller leger/psykiatere som er mest positive til tvangsbruk. Til tross for veldokumenterte forskjeller mellom profesjonsgrupper i holdninger til tvang, er det usikkert hva disse forskjellene innebærer og betydningen av fagbakgrunn sammenlignet med andre personalvariabler.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Formål

Kunnskap om forskjeller i holdninger til tvang er viktig av flere årsaker. For det første vil det være nyttig å utforske helsepersonells holdninger til tvang, og om det finnes systematiske forskjeller mellom ulike profesjonsgrupper. En nyansering av holdninger kan bidra til å forstå hva som faktisk skiller ulike faggrupper fra hverandre når det gjelder holdninger til tvang. Eventuelle forskjeller mellom profesjonsgruppene i holdninger til tvang kan være problematisk av flere grunner, men spesielt om det påvirker pasientens sannsynlighet for å utsettes for tvang. Om noen av yrkesgruppene har holdninger som skiller seg ut, kan dette gi grunnlag for en tverrfaglig drøfting, og muligens økt konsensus, om hva som er riktig bruk av tvang. Videre kan økt konsensus om hva som er riktig bruk av tvang muligens redusere geografisk variasjon i tvangsutøvelse, som er ansett som en etisk utfordring i seg selv. Studien kan også bidra til å forstå hva som former holdninger til tvang, da det eksisterende kunnskapsgrunnlaget er sprikende og man ikke vet hvilken betydning fagbakgrunn har for holdninger til tvang, sammenlignet med andre personalvariabler.

Formålet med denne studien er å:

1. Kartlegge holdninger til bruk av tvang hos ulike profesjonsgrupper med et standardisert spørreskjema (Staffs Attitudes to Coercion Scale).
2. Utforske forskjeller i holdninger til formell og uformell tvang mellom ulike profesjonsgrupper i psykisk helsetjenesten.
3. Finne ut i hvilken grad fagbakgrunn påvirker holdninger til tvang sammenlignet med andre sentrale personal-karakteristikker, slik som: kjønn, alder, vedtaksansvar, spesialisering/videreutdanning, arbeidserfaring og tvangserfaring.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Våre hypoteser er at det er signifikante forskjeller mellom de ulike profesjonsgruppene når det gjelder holdninger til tvang, og at fagbakgrunn kan predikere variasjon i holdninger til tvang selv når man kontrollerer for andre personal-karakteristikker (alder, kjønn, arbeidserfaring, tvangserfaring, vedtaksansvar og spesialisering/videreutdanning). Vi forventer at det vil være størst forskjell mellom psykologene og legene/psykiaterne i utvalget, noe som er i tråd med tidligere studier i Norge (Aasland et al., 2018; Wynn 2007). Mer spesifikt antar vi at legene/psykiaterne er mindre kritiske til tvang generelt og vurderer tvang som mindre krenkende for pasienten. Vi antar også at leger/psykiatere er mer positive til tvang i behandling sammenlignet med psykologer. Vi forventer mindre forskjell mellom gruppene når det gjelder holdningen om tvang som viktig for sikkerhet og omsorg, da studier viser at sikkerhetsbegrunnelsen ofte er mindre polarisert (Husum et al., 2008; Husum et al., 2011; Moljevik et al., 2017). Vi forventer at sykepleiernes holdninger til tvang vil være nærmere legene/psykiaterne, mens sosialarbeidernes holdninger vil være likere psykologenes. Vi forventer å se den samme tendensen når vi undersøker forskjeller i hvorvidt man opplever ulike tvangsmetoder som nyttige og etiske problematisk, hvor vi antar at leger/psykiatere opplever formelle tvangsmetoder som mer nyttig i behandling og mindre etisk problematisk, sammenlignet med psykologer. Vi forventer å finne mindre forskjell mellom gruppene når det gjelder uformelle tvangsmetoder, da studier viser at uformell tvang ofte oppleves som mindre problematisk sammenlignet med formell tvang (Elmer, 2018).

Metode

Datainnsamling og utvalg

Data er samlet inn som en del av et større prosjekt ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Formålet med prosjektet var å undersøke ansattes og brukeres erfaringer og holdninger til bruk av tvang i psykisk helsevern. Datainnsamling ble gjort i perioden

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

november 2014 til februar 2015. Den nettbaserte plattformen Questback ble brukt til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ansatte og brukere i psykisk helsevern (**Appendix A**). Spørreundersøkelsen ble sendt til ansatte via fagorganisasjonene til ulike profesjonsgrupper i psykisk helsevern. Disse fagorganisasjonene var; Legeforeningen, Norsk Psykologforening, Sykepleieforbundet, Foreningen for de tre-årige sosialarbeiderne (*Fellesorganisasjonen*) og foreningen for helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper som jobber med psykisk helse og rus (*Fellesforbundet*). I alt svarte 1160 av totalt 15576 fagorganiserte helsepersonell på spørreskjemaet. Av de ulike profesjonsgruppene var 210 psykiatere/leger, 258 psykologer, 234 sykepleiere og 286 sosialarbeidere. I tillegg var 172 informanter enten helsefagarbeidere eller «annen/ubesvart». Helsefagarbeiderne ble slått sammen med annen/ubesvart og ble fjernet fra analysen ettersom *Fellesforbundet* representerer flere forskjellige yrkesgrupper som er involvert i psykisk helsearbeid.

Demografiske-/kontrollvariabler

I tillegg til data om informantens fagbakgrunn, har informantene oppgitt annen demografisk informasjon (**Appendix D**). 182 informanter oppga at de var vedtaksansvarlige på nåværende arbeidsplass, hvorav 109 av disse var leger/psykiatere og 59 var psykologspesialister. De resterende 14 var sykepleiere eller sosialarbeidere som oppga at de var vedtaksansvarlige. 303 av informantene hadde spesialisering i psykisk helse/rus. 716 var kvinner og 365 var menn. De resterende 78 respondentene har ikke oppgitt kjønn i undersøkelsen. I utvalget er alle fire regionene representert, hvorav 627 er fra Helse Sør-Øst, 218 fra Helse Vest, 137 fra Helse Midt og 126 fra Helse Nord. Deltagerne oppga også type arbeidssted de vanligvis jobber på, hvorav 232 jobbet på akuttavdeling, 173 på lukket avdeling, 345 på DPS/Poliklinikk, 117 i kommunale tjenester, 100 i barne- og ungdomstjenester, 93 i ambulante tjenester, 81 på sikkerhetsavdelinger og 276 på uspesifisert

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

sengepost/institusjon. 114 oppga at de jobbet med rus-pasienter, mens 994 jobbet i psykisk helsevern. 820 jobbet i spesialisthelsetjenesten, mens 288 jobbet i kommunale tjenester. Alder på informantene ble kodet inn i aldergruppene; 20–29, 30–39, 40–49, 50–59 og 60+. Mengde arbeidserfaring i psykisk helsevern ble også kodet i grupper; 2 år, 2–5 år, 5–10 år, 10–15 år og 15 år eller mer. Informantene oppga også mengde erfaring med tvangsutøvelse i psykisk helsevern, med svaralternativene ingen, lite/sjeldent, noe/av og til, flere/vanlig del av jobben og stor del av jobben.

Målemetode

Staff Attitudes to Coercion Scale (SACS) ble brukt til å innhente data om ansattes holdninger til tvang (**Appendix B**). 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; Lickiewicz et al., 2021). Spørreskjemaet adresserer holdninger til tvang generelt, og skiller ikke mellom formell, uformell og opplevd tvang. SACS består av 15 påstander/testledd som utgjør tre dimensjoner (Tabell 1). Testleddene har fem svaralternativer på en Likert skala, hvor 1 = svært uenig, 2 = uenig, 3 = nøytral, 4 = enig og 5 = svært enig. Informantenes gjennomsnittlige skåre på spørsmålene tilhørende de tre forskjellige dimensjonene representerer informantenes holdninger til tvang.

De tre dimensjonene er

1. *Tvang som krenkende mot pasienten* (Kritisk holdning). Denne dimensjonen består av seks påstander som er kritiske til bruk av tvang og fokuserer på de negative effektene tvang kan ha for pasienten og behandlingsrelasjon. Denne dimensjonen omhandler også om man tenker tvang burde reduseres i psykisk helsevern.
2. *Tvang som omsorg og sikkerhet* (Pragmatisk holdning). Denne dimensjon består av seks påstander som omhandler bruk av tvang av sikkerhetsmessige årsaker. Denne

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

dimensjonen adresserer også hvorvidt man opplever tvang som viktig for omsorg for pasienter i krise.

3. *Tvang som behandling* (Positiv holdning). Denne dimensjonen består av tre påstander som ser på tvang som en behandlingsintervensjon. Disse påstandene beskriver tvang som nødvendig når brukere mangler innsikt i deres egen sykdom eller er i en tilstand av regresjon. I tillegg er det en påstand om at det bør brukes mer tvang i behandling.

Andre variabler

Ettersom SACS ikke skiller mellom type tvang som blir brukt, ble informantene bedt om å svare på utsagn om de opplever ulike formelle og uformelle tvangsmetoder som etisk problematiske og viktige for god effekt av behandling (**Appendix C**). Informantene ble bedt om å angi et tall fra null til fire, hvor fire = helt enig og null = helt uenig. Det var totalt 14 forskjellige tvangsmetoder som informantene måtte vurdere opp mot dimensjonene: Etisk problematisk (tabell 2) og Nyttig for behandling (tabell 3). Åtte av disse metodene er formell tvang, mens de resterende seks er uformell tvang. Gjennomsnittet av informantens skåre på de formelle og uformelle tvangsmetodene ble samlet i fire forskjellige utfallsvariabler: a) formell tvang som etisk problematisk, b) formell tvang som nyttig for behandling, c) uformell tvang som etisk problematisk og d) uformell tvang som nyttig for behandling. Disse variablene representerer informantens samlede opplevelse av tvang som etisk problematisk og nyttig for behandling, fordelt etter formelle og uformelle metoder.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Etikk og preregistrering

Prosjektet ble ansett som ikke i behov av godkjenning fra REK og NSD, fordi undersøkelsen kun inneholdt anonyme data. Registernumrene hos NSD er 36361 og 39244.

Statistiske analyser

Alle data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS 28. Først gjorde vi deskriptive analyser for å se hva de ulike faggruppene har svart på SACS, og spørsmål om hvorvidt informantene opplever formelle/uformelle tvangsmetoder som etisk problematisk og nyttig for behandling. For å utforske forskjeller mellom profesjonsgruppenes holdninger til tvang, brukte vi univariate analyser av varians (ANOVA), hvor SACS dimensjonene var avhengig variabel. Fire uavhengige variansanalyser (ANOVA) ble utført for å utforske forskjeller mellom profesjonsgruppene i hvorvidt de opplever formelle og uformelle tvangsmetoder som etisk problematisk og nyttige for behandling. Bonferroni-korrigerede post-hoc tester ble brukt for parvise sammenligninger av fagbakgrunn på de forskjellige utfallsvariablene. Til slutt ble det gjennomført en hierarkisk regresjonsanalyse for å se hvor mye fagbakgrunn kan predikere forskjeller i holdninger til tvang, sammenlignet med andre personal-karakteristikker. Disse variablene er: kjønn (mann eller kvinne), alder (personalets alder), vedtaksansvar (om personalet er vedtaksansvarlig), spesialisering (om personalet har gjennomført videreutdanning/spesialisering i psykisk helsevern/rus), arbeidserfaring (antall år med arbeidserfaring fra psykisk helse/rus) og tvangserfaring (mengde erfaring med tvangsbruk i arbeidet).

Antagelser for statistiske analyser

Før vi gjennomførte analysene ble relevante antakelser for å gjennomføre statistiske analyser testet. Residual og “scatter plots” viste at dataene var normalfordelte og at kravene

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

om linæritet og homoskedastisitet (Field, 2018, s. 17-40) var oppfylte. Ingen uteliggere ble slettet eller endret i datasettet.

Resultater

Responsrate

Til sammen svarte 1160 ansatte på undersøkelsen, med en total responsrate på 7.5prosent (1160/15576). Responsraten varierte mellom profesjonsgruppene, fra 5 prosent hos sykepleierne til 12 prosent hos lege/psykiaterne og sosialarbeiderne. Den totale mengden responser i de ulike profesjonsgruppene er relativt representativ for den nasjonale fordelingen. Det var en liten overrepresentasjon av leger/psykiatere og sosialarbeidere, samt en liten underrepresentasjon av de andre gruppene (Aasland et al, 2018).

Fagbakgrunn og demografiske variabler

De deskriptive analysene viste at de fire profesjonsgruppene hadde relativt samme gjennomsnittsalder, på 40-49år, med unntak av psykologene som hadde et noe lavere gjennomsnittsalder på 30-39år. Det var et betydelig flertall av kvinnelige ansatte i alle fire profesjonsgruppene, hvor det var størst kjønnsforskjell hos sosialarbeiderne (Kvinner = 68%, Menn = 32%, og minst hos lege/psykiaterne (kvinner = 59%, menn = 42%). Gruppene var relativt like når det gjaldt arbeidserfaring (fra 1 = 2år, til 5 = mer enn 15år), hvor sosialarbeiderne hadde mest arbeidserfaring ($M = 3.81$, $SD = 1.21$) og psykologene hadde minst ($M = 3.39$, $SD = 1.17$). I forhold til mengde erfaring med tvang (fra 1 = ingen, til 5 = stor del av jobben) viste de deskriptive analysene at det var noe forskjeller mellom gruppene. Hos legene/psykiaterne ($M = 3.99$, $SD = 0.82$) og sykepleierne ($M = 3.76$, $SD = 1.01$) var tvang en vanlig del av jobben, og svært få hadde ingen erfaring med tvang. Hos psykologene ($M = 3.05$, $SD = 1.24$) og sosialarbeiderne ($M = 3.07$, $SD = 1.23$) var det flere som hadde

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

ingen eller lite erfaring med tvang, og det var større variasjon innad gruppene.

Profesjonsgruppene skilte seg også fra hverandre når det gjaldt arbeidssted, hvor psykologene og legene/psykiaterne oftest hadde DPS som arbeidssted (Psykolog = 33.5%, lege/psykiater = 37.8%). Sykepleierne jobbet oftest på akuttposter (16.7%) mens sosialarbeiderne jobbet oftest i kommunen (19.6%). Profesjonsgruppene hadde relativt lik fordeling når det gjaldt de fire helseregionene i Norge, hvor majoriteten av deltagerne i alle profesjonsgruppene var fra Helse Sør-Øst (56.4% – 60%), mens de færreste var fra Helse Nord (8.5% - 12.6%). De aller fleste deltagerne i alle profesjonsgruppene jobbet i psykisk helsevern (80.8% - 96.1%), mens de færreste jobbet med rus. Av de som jobbet med rus var det flest sosialarbeidere (19%) og færrest sykepleiere (5%). Det samme gjaldt fordelingen av ansatte i første- og andrelinje helsetjenester, hvor de fleste deltagerne i alle profesjonsgruppene jobbet i spesialisthelsetjenesten. Av de som jobbet i spesialisthelsetjenesten var det flest leger/psykiatere (89%), mens sosialarbeiderne var sjeldnere i spesialisthelsetjenesten (53.5%).

SACS og forskjeller mellom profesjonsgrupper

På *SACS Krenkelse* svarte totalt 1119 respondenter, der svarene indikerer at utvalget ikke var sikre på om tvang bør ses på som krenkelse eller ikke ($M = 3.2$, $SD = 0.66$). Det var totalt 1122 respondenter som svarte på spørsmålene under *SACS Omsorg og sikkerhet*, der svarene indikerer at de fleste mener at tvang er viktig for ansattes og pasienters sikkerhet ($M = 4.1$, $SD = 0.58$). På *SACS Behandling* svarte totalt 1119 respondenter og resultatene viste at respondentene var noe uenige om tvang var viktig for behandling eller ikke ($M = 2.66$, $SD = 0.77$).

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Tabell 1

Deskriptive resultater på SACS fordelt etter profesjonsgrupper

	Psykolog		Lege/Psykiater		Sykepleier		Sosialarbeider	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
I. SACS Krenkelse	3.37	0.66	3.08	0.63	3.20	0.65	3.27	0.65
3. Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen	3.87	0.92	3.70	0.97	3.66	1.00	3.55	1.00
4. Tvangsbruk er en falitterklæring fra psykisk helsevern	2.09	1.00	1.85	0.88	1.99	0.89	2.44	0.98
8. Tvang gir pasienter nye krenkelser	3.71	0.83	3.46	0.88	3.59	0.89	3.51	0.91
13. Det brukes for mye tvang i behandlingen	3.13	0.96	2.74	0.95	2.90	0.93	2.91	0.94
14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang	3.67	1.12	3.44	1.15	3.44	1.20	3.39	1.18
15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler	3.79	1.00	3.28	1.00	3.64	1.00	3.84	0.95
II. SACS Omsorg og sikkerhet	4.02	0.58	4.27	0.49	4.20	0.61	4.10	0.61
1. Bruk av tvang er nødvendig for beskyttelse ved farlige	4.09	0.87	4.33	0.74	4.37	0.76	4.31	0.74
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang	4.22	0.78	4.50	0.70	4.51	0.66	4.36	0.66
5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse	4.21	0.71	4.39	0.74	4.30	0.83	4.14	0.84
7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon	3.82	0.85	4.06	0.91	3.86	1.00	3.92	0.94
9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt	3.99	0.80	4.27	0.65	4.19	0.74	4.19	0.78
11. Bruk av tvang er nødvendig for farlige og utagerende pasienter	3.83	0.94	4.06	0.80	4.04	0.94	4.01	0.92
III. SACS Behandling	2.38	0.70	2.66	0.77	2.64	0.75	2.85	0.77
6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen	2.14	0.92	2.57	0.94	2.40	0.99	2.59	0.97
10. Pasienter uten sykdomsinnsett trenger tvang	2.77	0.93	2.97	1.10	2.89	1.00	3.08	1.00
12. Regressive pasienter trenger tvang	2.20	0.83	2.35	0.96	2.66	0.92	2.94	0.81

M = Profesjonsgruppenees gjennomsnittlige skåre, SD = Profesjonsgruppenees gjennomsnittlige avvik fra gruppegjennomsnittet

Univariate analyser (ANOVA) viste at det var signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene på alle tre SACS dimensjonene: Krenkelse, $F(3, 975) = 7.71, p < .001$, Omsorg og Sikkerhet, $F(3, 978) = 8.44, p < .001$ og SACS Behandling, $F(3, 975) = 18.38, p < .001$ (se figur 1).

En post-hoc-test med Bonferroni korreksjon viste signifikante forskjeller mellom leger og psykologer på SACS Krenkelse, hvor legene vurderte tvang som mindre krenkende for pasientene enn psykologene, $t(974) = -4.7, p < .005$. Det var også signifikante forskjeller mellom leger, og sosialarbeidere, hvor legene vurderte tvang som mindre krenkende enn sosialarbeiderne $t(974) = -3.2, p = .008$.

På SACS omsorg og sikkerhet viste Bonferroni post-hoc korreksjonen signifikante forskjeller mellom psykologene og legene, hvor psykologene mente tvang var mindre viktig for omsorg og sikkerhet, enn legene, $t(977) = -5.0, p < .005$. Det var også signifikante

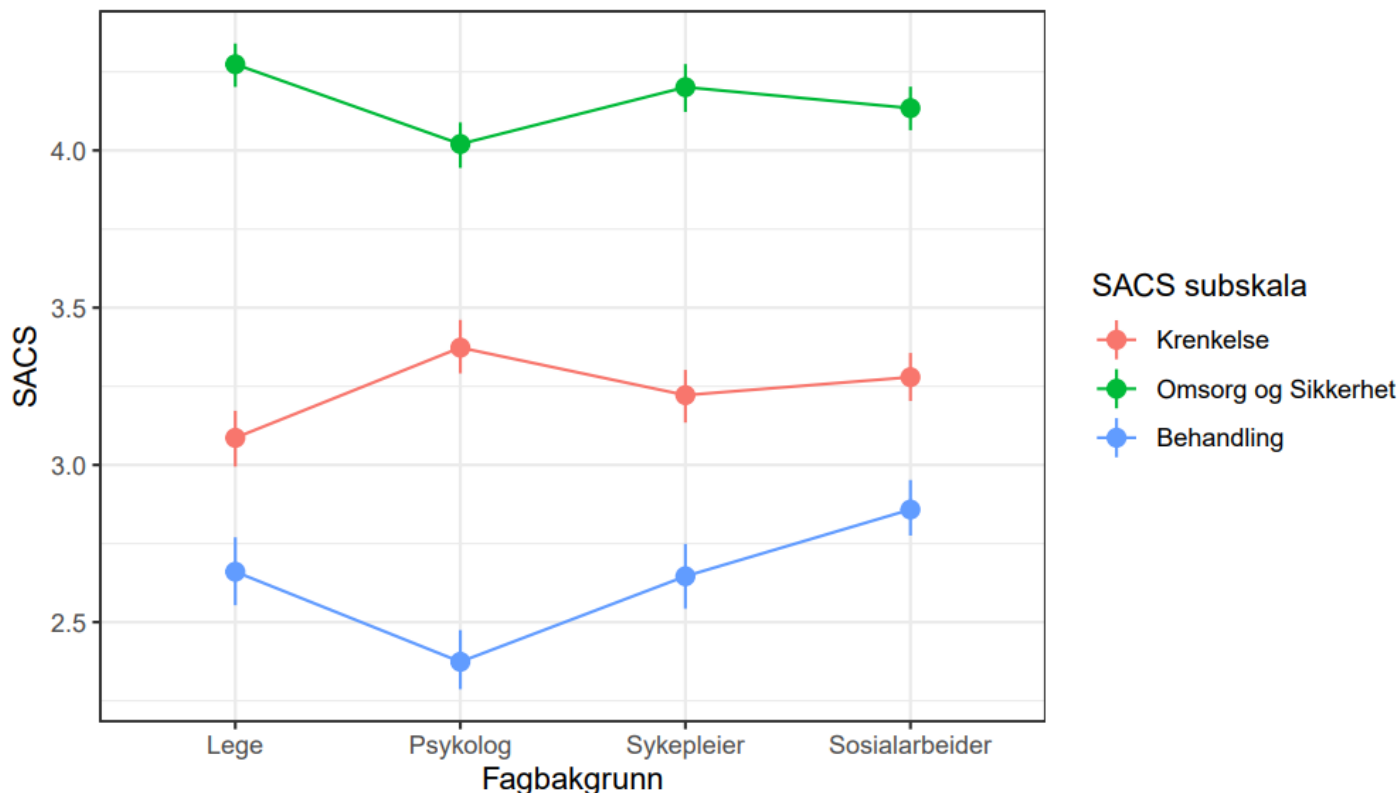
FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

forskjeller mellom sykepleierne og psykologene, hvor psykologene mente tvang var mindre viktig for omsorg og sikkerhet enn sykepleierne, $t(977) = -3.6, p < .005$. Det var også forskjeller mellom legene og sosialarbeiderne, hvor legene mente tvang var viktigere for omsorg og sikkerhet enn sosialarbeiderne, $t(977) = 2.6, p = .042$.

På SACS behandling viste Bonferroni post-hoc at psykologgruppen var signifikant forskjellig fra alle andre profesjonsgrupper, hvor psykologene opplevde tvang som mindre viktig for behandling sammenlignet legene/psykiaterne, $t(974) = -4.5, p < .001$, sykepleiere $t(974) = -4.5, p < .001$ og sosialarbeidere, $t(974) = -8.0, p < .001$. Sosialarbeiderne opplevde tvang som mer viktig for behandling, sammenlignet sykepleierne, $t(979) = 3.5, p = .009$ og legene/psykiaterne, $t(974) = -3.1, p = .024$.

Figur 1

Forskjeller mellom de ulike profesjonenes gjennomsnittlige skåre på de tre SACS-dimensjonene (Krenkelse, Omsorg/ Sikkerhet og Behandling)



1 = Svært uenig, 5 = Svært enig

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Formell/Uformell tvang: Etisk problematisk

Deskriptive analyser viste at de ansatte i undersøkelsen opplevde både formelle tvangsmetoder ($M = 2.87$, $SD = 0.97$) og uformelle tvangsmetoder ($M = 3.03$, $SD = 0.82$) som etisk problematisk, på en skala fra 0 til fire. Deltagerne opplevde også formelle tvangsmetoder ($M = 3.3$, $SD = 0.89$) og uformelle tvangsmetoder ($M = 3.03$, $SD = 0.80$) som nyttig for behandling, på en skala fra 0 til fire.

En én-veis ANOVA viste at det var signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene i vurderingen av formelle tvangsmetoder som etisk problematiske, $F(3, 949) = 11.00$, $p < .001$, (figur 2).

Tabell 2

Deskriptive resultater med profesjonsgruppers opplevelse av formelle og uformelle tvangsmetoder som etisk problematiske

	Lege/Psykiater		Psykolog		Sykepleier		Sosialarbeider	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Formell tvang	2.53	0.89	3.00	0.97	2.84	1.00	2.97	0.94
Tvunget psykisk helsevern	2.40	1.00	2.83	1.21	2.67	1.20	2.80	1.28
Tvungen observasjon i instutisjon	2.28	1.00	2.65	1.17	2.56	1.10	2.70	1.27
Tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD)	2.41	1.20	2.76	1.12	2.62	1.20	2.79	1.20
Skjerming	2.26	1.00	2.58	1.18	2.51	1.20	2.70	1.34
Fastholdning	2.79	1.10	3.37	1.23	3.11	1.30	3.20	1.41
Beltelegging	2.94	1.10	3.74	1.24	3.32	1.30	3.20	1.30
Tvangsmedisinering	2.80	1.20	3.34	1.24	3.15	1.30	3.18	1.33
Beslag av mobiltelefon	2.53	1.33	2.86	1.19	2.73	1.25	2.91	1.34
Uformell tvang	2.97	0.81	3.02	0.81	3.11	0.82	2.98	0.82
Presse pasienten (verbalt) til å ta medisin	3.37	1.17	3.48	1.12	3.63	1.19	3.28	1.30
Obligatorisk deltakelse i aktiviteter	2.97	1.15	3.12	1.23	3.05	1.25	2.95	1.24
Tvinge pas. til å legge seg eller stå opp.	3.20	1.07	3.30	1.17	3.39	1.20	3.13	1.26
Restriksjoner i utgang eller besøk	2.45	1.02	2.41	1.14	2.49	1.17	2.68	1.21
Tvang mot pasienter som er frivillig innlagt	3.66	1.28	3.84	1.10	3.71	1.25	3.38	1.16
Husordensregler	2.20	1.14	2.07	1.19	2.38	1.25	2.46	1.36

M = Gjennomsnitt for hele profesjonsgruppen, SD = Gjennomsnittlige avviket fra gruppegjennomsnittet

Bonferroni Post hoc korreksjon viste at leger/psykiatere opplevde formelle tvangsmetoder som mindre etisk problematiske $t(951) = -5.1$, $p < .001$ sammenlignet med psykologene. Det var også signifikante forskjeller mellom de andre gruppene, hvor legene opplevde formell tvang som mindre etisk problematisk sammenlignet sosialarbeiderne, $t(951)$

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

= -5.3, $p < .001$ og sykepleierne, $t(951) = -3.3$, $p = .006$. Det var ingen signifikante forskjeller mellom psykologene, sosialarbeiderne og sykepleierne i vurdering av formell tvang som etisk problematisk. I forhold til vurdering av uformell tvang som etisk problematisk var det heller ingen signifikante forskjeller mellom noen av gruppene.

Formell/Uformell tvang: Nyttig for behandling

En en-veis ANOVA viste at det var signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene når det gjaldt vurderingen av formell tvang som nyttig for behandling, $F(3, 936) = 15.95$, $p < .001$, (figur 3).

Tabell 3

Deskriptive resultater med profesjonsgruppers opplevelse av formelle og uformelle tvangsmetoder som nyttige for behandling

	Lege/Psykiater		Psykolog		Sykepleier		Sosialarbeider	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Formell tvang	3.50	0.90	3.00	0.86	3.33	0.90	3.39	0.80
Tvunget psykisk helsevern	3.88	1.07	3.30	1.11	3.68	1.11	3.80	1.06
Tvungen observasjon i instutisjon	3.83	1.05	3.33	1.15	3.65	1.08	3.77	1.02
Tvungen psykisk helsevern uten døg (TUD)	3.81	1.13	3.23	1.12	3.61	1.03	3.58	1.02
Skjerming	3.73	1.11	3.41	1.07	3.73	1.05	3.73	1.05
Fastholdning	3.09	1.22	2.51	1.12	2.72	1.22	2.92	1.14
Beltelegging	3.11	1.19	2.31	1.11	2.66	1.21	2.67	1.23
Tvangsmedisinering	3.81	1.10	3.14	1.10	3.56	1.13	3.35	1.18
Beslag av mobil	3.05	1.17	2.74	1.07	3.00	1.19	3.17	1.18
Uformell tvang	2.97	0.78	2.90	0.70	2.97	0.81	3.10	0.80
Verbalt presse en pasient til å ta medisin	2.82	1.14	2.64	1.05	2.83	1.12	2.83	1.12
Obligatorisk deltakelse i aktiviteter	2.96	1.09	2.96	1.12	2.94	1.21	3.22	1.16
Tvinge pas til å legge seg eller stå opp	2.82	1.08	2.73	1.05	2.74	1.15	2.92	1.15
Restriksjoner i utgang eller besøk	3.48	1.08	3.32	1.03	3.42	1.06	3.52	1.05
Tvang mot pasienter som er frivillig innlagt	2.36	1.13	2.12	1.05	2.53	1.16	2.75	1.16
Husordensregler	3.44	1.19	3.59	1.16	3.36	1.28	3.82	1.15

M = Gjennomsnitt for hele profesjonsgruppen, SD = Gjennomsnittlige avviket fra gruppegjennomsnittet

Post-hoc analysen med Bonferroni korreksjon viste at legene/psykiaterne hadde signifikant høyere vurdering av formelle tvangsmetoder som nyttige for behandling, sammenlignet med psykologene $t(938) = 6.7$, $p < .001$. Legene/psykiaterne hadde også høyere

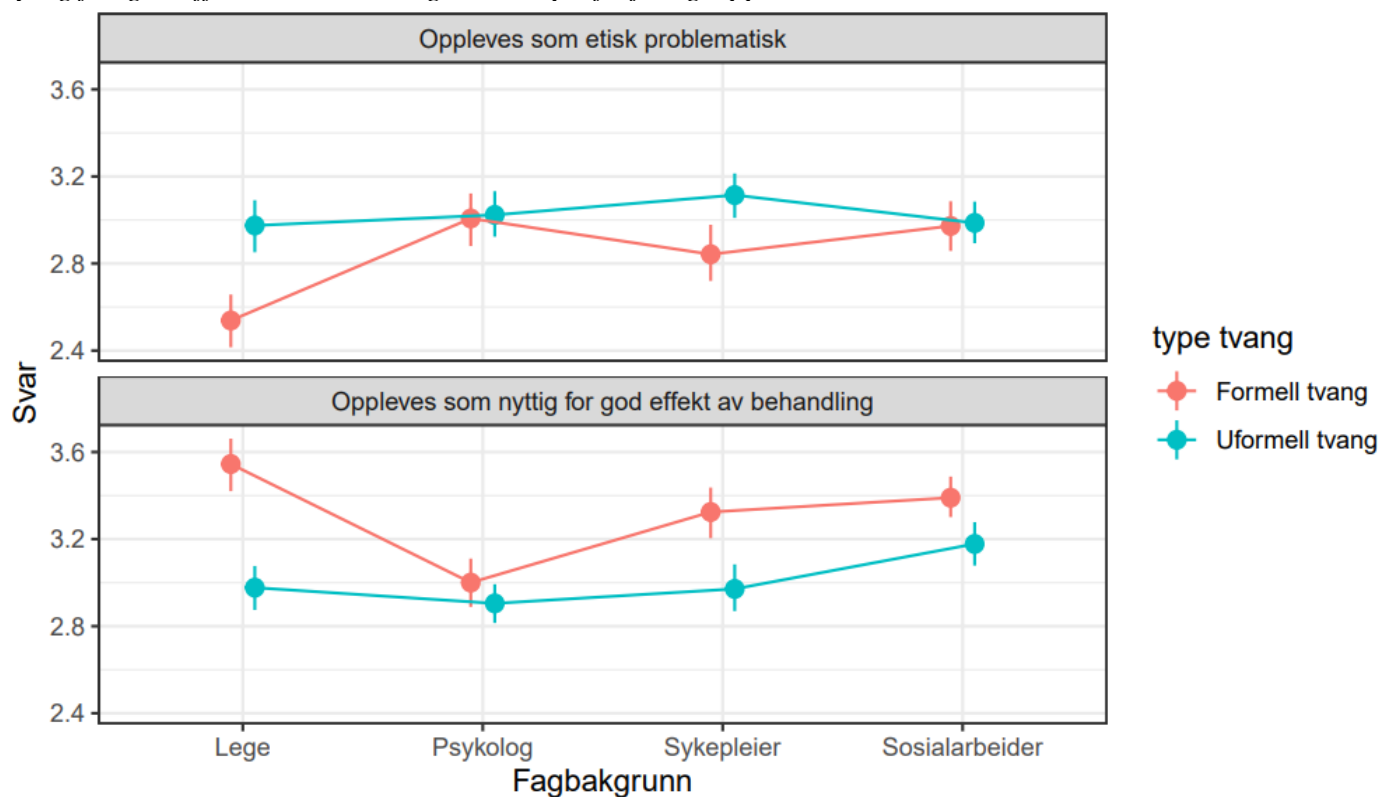
FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

vurdering av formell tvang som nyttig for behandling sammenlignet med sykepleierne $t(938) = 2.7, p = .006$. Psykologene hadde signifikant lavere vurdering av formell tvang som nyttig for behandling, sammenlignet med alle de andre gruppene (se figur 3).

Når det gjaldt vurdering av uformelle tvangsmetoder som nyttig for behandling, var det også signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene $F(3, 928) = 5.86, p < .001$. Post hoc Bonferroni korreksjon viste at sosialarbeiderne vurderte uformell tvang som mer nyttig for behandling, sammenlignet med psykologene $t(930) = 4.5, p < .001$, legene/psykiaterne $t(930) = 2.8, p = .034$ og sykepleierne $t(930) = 2.8, p = .20$. Det var ingen signifikante forskjeller mellom psykologene, legene/psykiaterne og sykepleierne når det gjaldt vurderingen av uformell tvang som nyttig for behandling.

Figur 2 og 3

Forskjeller i opplevelse av formelle og uformelle tvangsmetoder som etisk problematisk og nyttig for god effekt av behandling mellom profesjonsgrupper.



1 = Oppeves som svært lite etisk problematisk/nyttig for god effekt av behandling
4 = Oppeves som veldig etisk problematisk/nyttig for god effekt av behandling

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Effekt av fagbakgrunn på SACS

En tre-steps hierarkisk regresjon ble brukt for å sammenligne effekten av fagbakgrunn med andre personal-karakteristikker (tvangserfaring, alder, kjønn, arbeidserfaring, vedtaksansvar, spesialisering/videreutdanning), på de tre SACS dimensjonene (*Krenkelse, Omsorg/Sikkerhet og Behandling*). Tre modeller ble sammenlignet, hvor blokk én inkluderte mengde erfaring med tvangsutøvelse, blokk to inkluderte kjønn og alder, mengde arbeidserfaring, vedtaksansvar og spesialisering/videreutdanning. Blokk tre inkluderte fagbakgrunn (lege/psykiater, sykepleier og sosialarbeider) sammenlignet med psykolog/psykologspesialist. Signifikante variabler på SACS dimensjonene i tre forskjellige blokker er vist i tabell 4.

Tabell 4

Hierarkisk regresjon med effekten av ulike personal-karakteristikker på holdninger til tvang (SACS Krenkelse, Omsorg/sikkerhet

	SACS Krenkelse		SACS Omsorg og Sikkerhet		SACS Behandling	
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>
Blokk 1 Intersept	3.58***	0.07	3.77***	0.05	2.61***	0.08
Tvangserfaring	-0.10***	0.02	0.11***	0.02	0.01	0.02
Blokk 2 Intersept	3.73***	0.11	3.75***	0.10	2.69***	0.14
Tvangserfaring	-0.09	0.02	0.10***	0.02	0.02	0.02
Alder	0.006	0.03	-0.05*	0.02	-0.07*	0.03
kjønn	-0.02	0.05	0.05	0.02	0.04	0.06
Arbeidserfaring	-0.05	0.02	0.05*	0.02	0.04	0.03
Vedtaksansvar	-0.1	0.06	0.04	0.05	-0.22**	0.07
Spesialisering	-0.05	0.05	0.04	0.05	-0.02	0.07
Blokk 3 Intersept	3.73***	0.11	3.71**	0.10	2.56***	0.13
Tvangserfaring	-0.07***	0.02	0.08***	0.02	0.00	0.02
Alder	0.02	0.02	-0.06**	0.02	-0.10**	0.03
kjønn	-0.02	0.02	0.06	0.02	0.04	0.05
Arbeidserfaring	-0.06	0.02*	0.05*	0.04	0.04	0.03
Vedtaksansvar	0.05	0.07	0.05	0.06	-0.16	0.08
Spesialisering	-0.06	0.06	0.01	0.05	-0.10	0.07
Lege/psykiater	-0.23***	0.07	0.18**	0.06	0.38***	0.07
Sykepleier	-0.07	0.07	0.15*	0.06	0.29***	0.08
Sosialarbeider	-0.04	0.06	0.14*	0.06	0.50***	0.08

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

SACS Krenkelse

Analysen viste at mengde erfaring med tvang (Blokk én) hadde en signifikant effekt på holdningen om tvang som negativt og krenkende for pasienten, $F(1, 911) = 27.46, p < .001$, og forklarte 2.8% prosent av den totale variasjonen. Blokk to hadde ingen signifikante endringer, $F(6, 904) = 5.96, p = .15$. Analysen viste videre at det var en signifikant endring i modellen når fagbakgrunn (blokk tre) ble inkludert, $F(9, 903) = 5.33, p = .008$, og forklarte ytterligere 1.3% av den totale variansen. Analysen viste at legene/psykiaterne vurderte tvang som mindre krenkende, $b = -.23, t(914) = -3.40, p < .001$, sammenlignet med psykologene. Av de andre personalvariablene inkludert i modellen, var mengde tvangserfaring, $b = -.07, t(914) = -5.2, p < .001$ og arbeidserfaring, $b = -.06, t(914) = -1.95, p = .020$, negativt assosiert med holdninger om tvang som krenkende for pasienten (Se tabell 4). Ingen av de andre variablene i modellen hadde signifikant effekt på holdningen om tvang som krenkende for pasienten.

SACS Omsorg/Sikkerhet

Analysen viste mengde erfaring med tvang (blokk én) også hadde en signifikant effekt på *SACS Omsorg og sikkerhet*, $F(1, 914) = 50.41, p < .001$, og forklarte 5.2% prosent av den totale variasjonen. Andre personalvariabler i blokk to, medførte ytterligere 1.1% forklart varians, men denne endringen var ikke signifikant $F(6, 909) = 10.19, p = .65$. Når fagbakgrunn ble inkludert i modellen (blokk 3) førte dette til en signifikant endring i modellen, $F(3, 906) = 4.17, p = .006$, og medførte ytterligere 1.3% forklart varians. Forskjeller mellom profesjonsgruppene vistes også i analysen, hvor legene/psykiaterne, $b = .18, t(914) = 3.1, p = .002$, sykepleierne $b = .05, t(914) = 2.49, p = .013$ og sosialarbeiderne, $b = .14, t(914) = 2.5, p = .010$ vurderte tvang som viktigere for omsorg og sikkerhet, sammenlignet med psykologene. Av de resterende personalvariablene i modellen var mengde

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

erfaring med tvang, $b = .08$, $t(914) = 4.7$, $p < .001$ den sterkeste prediktoren for holdningen om tvang som viktig for omsorg og sikkerhet. Alder hadde en negativ assosiasjon med *SACS omsorg og sikkerhet*, $b = -.06$, $t(914) = -2.7$, $p = .007$, hvor høyere alder var assosiert med lavere skåre på holdningen om tvang som viktig for omsorg og sikkerhet. Ingen av de andre variablene hadde signifikant effekt på holdningen om tvang som viktig for omsorg og sikkerhet.

SACS Behandling

Analysen viste at mengde erfaring med tvang (blokk én) ikke hadde en signifikant effekt på holdningen om tvang som viktig for behandling. Derimot var det en signifikant endring i modellen når andre personalvariabler ble lagt inn i regresjonen (Blokk to), $F(5, 907) = 3.4$, $p < .005$, og forklarte 1.8% av total varians. Det var også en signifikant endring når fagbakgrunn ble lagt inn i modellen (blokk tre), $F(3, 904) = 17.0$, $p < .001$, og medførte ytterligere 5.2% forklart varians. Sammenlignet med psykologene, vurderte legene/psykiaterne, $b = .38$, $t(914) = 4.80$, $p < .001$, sykepleierne, $b = .29$, $t(914) = 3.5$, $p < .001$, og sosialarbeiderne, $b = .45$, $t(914) = 6.6$, $p < .001$ tvang som viktigere for behandling. Alder var negativt assosiert med *SACS Behandling*, $b = -.09$, $t(914) = -3.2$, $p = .002$. Ingen av de andre variablene hadde signifikant effekt på holdningen om tvang som viktig for behandling.

Diskusjon

I denne studien har vi utforsket hva slags holdninger ansatte i psykisk helsevern har til tvangsbruk i psykisk helsevern, og forskjeller i holdninger til tvang mellom ulike profesjonsgrupper. Videre utforsket vi om det er ulike holdninger, både i og mellom grupper,

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

avhengig av hva slags type tvang (formell eller uformell) det gjelder. Vi har også analysert effekten av informantenes fagbakgrunn på holdninger til tvang, ved å kontrollere for mengde erfaring med bruk av tvang, samt personalvariabler som generell arbeidserfaring, alder, kjønn, vedtaksansvar og videreutdanning, i en regresjonsmodell.

Holdninger til tvang hos ansatte i psykisk helsevern

Som i tidligere studier finner vi i vår studie størst enighet blant informantene om at tvang er viktig for sikkerhet og omsorg, og større uenighet om tvang er viktig for behandling eller er krenkende for pasienten (Husum et al., 2008; Husum et al., 2011; Moljevik et al., 2017). Våre funn indikerer at ansatte i psykisk helsevern har en pragmatisk holdning til tvang, hvor tvang vurderes som god omsorg eller som beskyttelse i kritiske situasjoner. Resultatene indikerer videre at helsepersonell ikke opplever tvang som en behandlingsmetode, og at det er delte meninger mellom helsepersonell om hvorvidt tvangsbruk er krenkende for pasienten. En forklaring på dette kan være at informantene vurderer tvang som en form for omsorg ovenfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og at dette oppleves som uforenlig med at tvang samtidig kan være krenkende for pasienten. Våre resultater på dette spørsmålet skiller seg fra studier som undersøker holdninger til tvang i Tyskland, hvor en større andel helsepersonell er kritiske til tvang og vurderer tvang som mer krenkende for pasientene (Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021). Dette kan tyde på at det er variasjoner mellom nasjoner og kulturer i holdninger for bruk av tvang i psykisk helsevern (Bowers et al., 2004; Lickiewicz et al., 2021). Våre resultater tyder også på størst variasjon mellom helsepersonell når det gjelder holdningen om at tvang er viktig for behandling ($SD = 0.77$), og minst variasjon når det gjelder holdningen om tvang som viktig for sikkerhet og omsorg ($SD = 0.58$). En mulig forklaring kan være at det foreligger lite forskning om hvilke effekter tvang har for behandling, samtidig som de har et mer stabilt syn på tvang i perspektiv av

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

samfunnssikkerhet og pasientenes egen sikkerhet. Fraværet av forskning om behandlingseffekter av tvangsbruk kan ha skapt en usikkerhet, hvor det i større grad blir opp til hvert enkelt helsepersonell å avgjøre hva som er riktig bruk av tvang.

Forskjeller i holdninger til tvang mellom profesjonsgrupper

Som forventet var det signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene (psykolog/psykologspesialist, lege/psykiater, sykepleier og sosialarbeider) i holdninger til bruk av tvang. Det var størst forskjeller mellom psykologene og legene/psykiaterne på alle holdninger til tvang. Sosialarbeiderne uttrykte ofte like holdninger som psykologene (med unntak av uformell tvang som viktig for behandling), mens sykepleierne lå nærmere legene/psykiaterne. Som antatt vurderte psykologene tvang som mer krenkende for pasienten og var mer kritiske til tvang generelt (*Kritisk holdning*), sammenlignet med legene/psykiaterne. At psykologer er mer kritiske til tvang sammenlignet andre profesjonsgrupper er også funnet andre steder i litteraturen (Bregar et al., 2018; Doedens et al., 2020; Husum et al., 2011; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Steinert et al., 2005; Van Doeselaar et al., 2008; Wynn et al., 2011; Wynn et al., 2006)

I forhold til spørsmålene om tvang er viktig for behandling (*Positiv holdning*), skåret sosialarbeiderne høyest, etterfulgt av legene/psykiaterne, mens psykologene hadde lavest vurdering av tvang som viktig for behandling. I tråd med tidligere studier hadde vi en antagelse om at sosialarbeiderne ville ligge nærmere psykologene i deres vurdering av tvang som viktig for behandling, og at legene/psykiaterne, etterfulgt av sykepleierne, ville ha høyest skåre på den positive holdningen i SACS (Aasland et al., 2018; Wynn et al., 2007). Her finnes det en nyanse med hensyn til forskjeller i holdninger til formell og uformell tvang. Det var størst forskjell mellom psykologene og legene/psykiaterne i opplevd nytte av formell tvang, mens det var størst forskjell mellom psykologene og sosialarbeiderne i opplevd nytte av

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

uformell tvang. Dette kan forklares med at sosialarbeiderne ofte er skolert i miljøterapi, og bruker pedagogiske metoder for å modifisere adferd. Disse metodene, for eksempel atferdsterapi, kan også innebære bruk av uformell tvang og påvirkning, selv om man ikke følger noen eksplisitt tvangsprotokoll. Legene er i større grad involvert i formelle tvangsvedtak slik som tvangsmedisinering og beslutninger om tvunget psykisk helsevern. Ettersom SACS ikke tar stilling til type tvang, eller spesifikke tvangsmetoder, er det derfor mulig at sosialarbeiderne og legene/psykiaterne er positive til forskjellige former for tvang; henholdsvis uformell bruk av tvang i miljøterapi (sosialarbeidere) og formell bruk av tvang i tvunget helsevern (legene/psykiaterne) når de svarer på SACS.

Psykologene opplever også tvang som mindre viktig for sikkerhet og omsorg (*pragmatisk holdning*) sammenlignet med legene/psykiaterne og sykepleierne, men slik vi forventet var denne forskjellen mindre. Større homogenitet mellom profesjonsgruppene i holdningen om tvang som viktig for sikkerhet og omsorg, underbygger at den pragmatiske holdningen er den mest utbredte holdningen på tvers av profesjonsgrupper (Doedens et al., 2020; Husum et al., 2008; Husum et al., 2011; Moljevik et al., 2017; Laukkanen et al., 2019).

Skillet mellom psykologene og legene/psykiaterne ble også funnet i deres vurdering av formelle tvangsmetoder som etisk problematiske. Leger/psykiater opplever formelle tvangsmetoder generelt som mindre etisk problematiske sammenlignet med psykologer. En vanlig konflikt mellom ulike hensyn ved tvangsbruk er for eksempel mulige negative konsekvenser (slik som skade og krenkelse) og fordeler (slik som helsegevinster og trygghet) ulike tvangsmetoder kan ha for pasientene. En forklaring på hvorfor leger/psykiatere opplever formelle tvangsmetoder som mindre etisk problematiske kan være at legene/psykiaterne opplever mindre konflikt mellom fordelene og ulempene av tvang. Dette er i overensstemmelse med resultatene som viser at legene/psykiaterne opplever tvang som mindre krenkende for pasienten, og samtidig som viktigere for behandling, omsorg og sikkerhet. Motsatt, kan det

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

være at psykologene opplever formell tvang som mer etisk problematisk ved at de opplever mindre nytte av formelle tvangsmetoder, eller er mer bevisst eventuelle negative konsekvenser tvangsmetoder kan ha for pasientene.

Som forventet var det ingen forskjeller mellom profesjonsgruppene i vurdering om uformelle tvangsmetoder er etisk problematiske. Dette kan forklares med at formell tvang er en større inngripen på pasientenes autonomi og kan ha større konsekvenser for pasientene, sammenlignet uformell tvang (Elmer et al., 2018).

Forskjeller mellom leger/psykiatere og psykologer i holdninger til tvang

I denne studien fant vi en tydelig forskjell mellom psykologer og leger/psykiatere, som bekrefter funn fra tidligere studier som undersøker forskjeller i holdninger til tvang mellom profesjonsgrupper i Norge (Aasland et al., 2018; Wynn et al., 2007). Vi vil her drøfte ulike teorier om hvorfor det kan være slik.

Erfaring med tvang og ulike arbeidsoppgaver

Tidligere studier har vist at erfaring med tvang, og ulike arbeidsoppgaver innenfor psykisk helsevern påvirker holdninger til tvang (Elmer et al., 2018; Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Van Doeselaar et al., 2008; Wynn et al., 2006). Hvis dette stemmer kan man anta at psykologer og leger/psykiatere har ulike holdninger, først og fremst fordi de har ulike erfaringer og arbeidsoppgaver med bruk av tvang. Deskriptive resultater fra vår studie tyder på at legene/psykiateren og sykepleierne oftere rapporterte at tvang var en stor del av arbeidsdagen, mens psykologene og sosialarbeiderne ofte hadde liten eller ingen erfaring med bruk av tvang. Leger jobber oftere på steder der de utøver tvang som for eksempel akuttavdelinger i psykiske helsevern, eller legevakten og andre institusjoner som innebærer beslutninger om tvunget psykisk helsevern, sammenlignet med psykologer som oftere jobber

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

på dagavdelinger og poliklinikker. Leger/psykiatere har også oftere arbeidsoppgaver der de er direkte involvert i beslutninger om tvang. For eksempel er leger/psykiatere oftere vedtaksansvarlige i beslutninger om formell tvang, og har ansvaret for medisinerer. Lund (2017) viser at tvangsmedisinering utgjør 94 prosent av alle loggførte beslutninger om behandling uten samtykke, og leger/psykiatere (samt sykepleiere) er hovedsakelig ansvarlige for tvangsmedisinering. Resultatene fra regresjonsanalysen viste at mye erfaring med tvang var assosiert med holdninger om tvang som mindre krenkende og viktigere for omsorgen og sikkerheten til pasientene. Resultatene viste også at erfaring med tvangsbruk kunne forklare mer enn dobbelt så mye av variasjonen enn den isolerte effekten av fagbakgrunn, på den kritiske holdningen (2.8% vs. 1.3%) og den pragmatiske holdningen (5.2% vs. 1.2%).

Studier tyder på at hyppig utøvelse av tvang kan medføre mindre kritiske holdninger og at man kan oppleve tvang som mindre etisk problematisk (Krieger et al., 2021; Molewijk et al., 2017; Van Doeselaar et al., 2008). En forklaring på denne sammenhengen er at hyppig utøvelse av tvang kan medføre en anerkjennelse av nødvendigheten og behovet for tvang, samtidig som personalet tilvennes og undertrykker de negative effektene tvang kan ha for pasienten. Ifølge teorier om holdningsdannelse må ansatte som utøver mye tvang ha holdninger/vurderinger som er forenlige med tvangsbruk, for å unngå kognitiv dissonans (Festinger, 1957). En holdning om at tvang er krenkende for pasienten og lite nyttig for omsorg, sikkerhet og behandling, er ikke forenlig med utstrakt tvangsbruk, og det kan oppstå indre konflikt. Kvalitative studier (Olofsson et al. 1998; Olofsson et al. 1995) har funnet at helsepersonell kan oppleve en konflikt mellom det å gjøre godt og det å ivareta en brukers autonomi. En mulig mekanisme er derfor at leger/psykiatere oftere er involvert i tvang, og at det oppstår et behov for å ha holdninger om at tvang er nødvendig for sikkerhet og omsorg, og i mindre grad krenkende for pasienten.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Samtidig kan det være at psykologer sjeldnere må forholde seg til tvang på arbeidsplassen, og at dette skaper en avstand til implikasjonene og konsekvensene av å ikke bruke tvang. Legene/psykiaterne må ta hensyn til faktorer som psykologer sjeldnere trenger å ta stilling til. Det kan tolkes dit hen at jo lenger man er fra ansvaret, jo mer teoretisk og kritisk kan man tillate seg å være. Vi fant imidlertid ingen sammenheng mellom vedtaksansvar og holdninger til tvang, noe som er overraskende ettersom vedtaksansvar forutsetter at man er involvert i beslutninger om tvang på arbeidsplassen. Vedtaksansvaret innebærer at ulike hensyn må overveies, og dette gjennomføres oftest uten nærværet av pasienten. Muligens kan overveielsen og avstanden fra pasienten gjøre at arbeidsoppgaven som vedtaksansvarlig ikke i særlig grad påvirker holdninger til tvang. I hvilken grad vedtaksansvarlige psykologspesialister har ulike holdninger enn psykologer uten erfaring som vedtaksansvarlig, er usikkert og burde undersøkes nærmere. Det samme gjelder om det er forskjeller i holdninger til tvang mellom psykologfaglige og medisinfaglige vedtaksansvarlige.

Om teorien om kognitiv dissonans og rettferdiggjøring av tvang stemmer, skulle man tro at ansatte som har mye erfaring med tvang også vurderer tvang som mer nyttig for behandling. I vår studie fant vi ikke en slik sammenheng. En mulig forklaring til dette kan være at helsepersonell oftere utøver tvang av sikkerhetsmessige årsaker, enn de utfører behandling uten samtykke, og at spesifikke erfaringer med tvang predikerer spesifikke holdninger.

Et annet interessant funn er at vi ikke fant store forskjeller mellom psykologer og sykepleier i holdninger til tvang, til tross for at sykepleiere også har mer direkte erfaring med tvangsbruk, sammenlignet med psykologene. Sykepleiere har oftere kontakt med pasienten, og er oftere involvert i selve tvangshandlingene (e.g fastholding, skjerming og tvangsmedisinering), enn leger/psykiatere og psykologer. Om assosiasjonen mellom erfaring med tvangsbruk og holdninger til tvang også gjelder for sykepleiere, vil man anta at

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

sykepleiere ville ha holdninger om tvang som mindre krenkende for pasienten og viktigere for omsorg og sikkerhet. Som nevnt var det ingen forskjell mellom psykologene og sykepleierne når det gjaldt den kritiske holdningen til tvang.

Tradisjon og historie

Vi fant signifikante forskjeller mellom psykologer og leger/psykiatere i alle holdningene til tvang, selv etter at vi kontrollerte for mengde erfaring med tvangsbruk (og andre personalvariabler). Dette kan indikere at fagbakgrunn og profesjonell tilhørighet i seg selv har effekt på holdninger til tvang, og at leger/psykiatere og psykologer har ulike holdninger til tvang til tross for ulik arbeidserfaring med tvangsbruk. Aasland og kolleger (2018) forklarer forskjellen i holdninger til tvang mellom leger/psykiatere og psykologer med at de har ulike historiske røtter og tradisjoner for behandling. Psykologien utviklet seg som en profesjon senere enn medisinen og psykiatrien, og var i utgangspunktet et fagfelt med interesse for indre psykologiske egenskaper og samtaleterapi. Klinisk psykologi vokste frem på 60-tallet, og har sterke røtter til humanismen hvor respekt for individets autonomi har vært sentralt (Teigen, 2004). Psykiatrien har en eldre historie og er mer forankret i en naturvitenskapelig og medisinsk tradisjon, hvor medisiner og andre biomedisinske metoder har vært en sentral del av behandlingen. Siden legene/psykiaterne legger mer vekt på bruk av medisiner vil de trolig også være mer positive tvangsmedisinering enn psykologer. Til tross for at behandling av mennesker med psykiske lidelser ser annerledes ut i dag enn det gjorde på 1800-tallet, er det mulig at historiske røtter og behandlingstradisjoner fremdeles påvirker profesjonsgruppens holdninger til tvang. Hvis dette stemmer kan man anta at leger/psykiatere fortsatt har en mer paternalistisk behandlingsfilosofi, hvor legene i større grad definerer hva som er til pasientens beste. Dette er i overensstemmelse med studier som finner at psykiatere ofte har en paternalistisk tilnærming i pasient-behandler relasjonen

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

(Emanuel & Emanuel, 1992; Falkum & Førde, 2001). Videre kan man anta at psykologer har en behandlingsfilosofi som i større grad innebærer brukermedvirkning og dialog i pasient-behandler relasjonen. Feiring og Ugstad (2014) finner likevel at også en dialogisk tilnærming i pasient-behandler relasjonen kan være basert på en paternalistisk ideologi, hvor terapeuten «vet best» og bruker overtalelse og uformell tvang for å manipulere pasienten til å gjøre det terapeuten mener er gode helserelevante avgjørelser.

Utdanning

En annen mulig forklaring på våre funn er at holdninger til tvang formes gjennom utdanningsforløpet og at ulike yrkesgrupper sosialiseres inn i en utdannings – og yrkeskultur med ulike holdninger til tvang. Tidligere studier har sett en sammenheng mellom lengde på utdanning og holdninger til tvang (Moljevik 2017; Krieger, 2021). Dessverre har vi ingen data som tillater utforskning av kvantitative eller kvalitative forskjeller i utdanningsforløpet til psykologer og leger/psykiatere. Derimot kan vi anta sykepleiere og sosialarbeidere generelt har kortere utdanningsforløp, sammenlignet psykiaterne/legene og psykologene. I Norge tar det minst seks år å utdanne seg som lege og psykolog, og det er vanlig med minst fem år videreutdanning/spesialisering etter grunnutdanningen. Utdanning som sykepleier og sosialarbeider er en treårig universitets-grad, med muligheter for videreutdanning/spesialisering etter grunnutdanning. Resultatene i vår studie fant ingen lengde-på-utdanningseffekt. De gruppene som hadde videreutdanning og spesialisering uttrykte ikke andre holdninger til bruk av tvang sammenlignet med de uten videreutdanning/spesialisering. Dette indikerer at lengden på utdanningsforløpet har lite å si for holdninger til tvang. Dette er også funnet av Bowers (2004) som viste at sykepleiere under utdanning ikke hadde annerledes holdninger til tvang sammenlignet med sykepleiere i arbeid. I studien til Bowers var det heller ingen forskjeller mellom sykepleiere som nettopp hadde

begynt utdanningen, og de som snart var ferdigutdannet. Forfatterne konkluderte med at holdninger til tvang ikke påvirkes vesentlig av utdanning eller profesjonell sosialisering. Derimot kan det være kvalitative forskjeller i utdanningsforløpene til de ulike profesjonsgruppene som medfører ulike holdninger til tvang (Nerland & Hermansen, 2017). Om dette stemmer, så kan det være at psykologutdanningen totalt sett gjør psykologer mer kritiske til tvang, sammenlignet med legene/psykiaterne. Dette kan ikke vår studie svare på, men er noe som burde utforskes nærmere.

Begrensninger med studien

En begrensning med studien er lav svarprosent og risiko for 'selv-seleksjons bias'. Lav svarprosent kan ha betydning for statistisk representativitet. Ettersom spørreundersøkelsen ble distribuert av ulike fagforeninger til alle tilhørende medlemmer, er det muligens en «selv-seleksjon bias» i hvem som har svart på undersøkelsen. De som har sterkeste holdninger til tvang kan være de som velger å svare på undersøkelsen, og medfører en skjevhet i beregning av populasjonsgjennomsnittet. Om vi hadde hatt muligheten til å kommunisere direkte med informantene kunne jevnlige påminnelser medført en høyere svarprosent (Aasland et al., 2018). En annen begrensning med studien kan være at deltagerne har tolket spørsmålene ulikt. For eksempel skiller ikke instrumentet SACS mellom ulike former for tvang, og gjør at deltagerne muligens definerer tvang ulikt når de besvarer spørsmålene som adresserer holdninger til tvang. Et forsøk på å motvirke dette har vært å sammenligne SACS med spørsmål som skiller mellom formelle og uformelle tvangsmetoder. Det samme gjelder spørsmålet som adresserer mengde erfaring med tvang, hvor det er opp til deltageren å vurdere hva som er «*mye*» og «*lite*» tvangserfaring. Studien måler også kun eksplisitte holdninger, noe som kan gjøre at implisitte holdninger hos hver enkelt informant, ikke kommer godt nok fram.

Styrker med studien

Studien har fordel av å kunne sammenligne responser fra et relativt stort utvalg ($n = 1160$), noe som øker styrken i de statistiske analysene. Spesielt i studier som henter responser på ulike utsagn (slik som likert-skalaer), trengs det store utvalg for å oppdage systematiske forskjeller, da de fleste skårene ligger nært gjennomsnittet (Park & Jung, 2009). En annen fordel er at undersøkelsen har vært gjennomført anonymt, slik at helsepersonell kan føle seg fri til å uttrykke sine holdninger til tvang uten å måtte ta hensyn til hva som er 'riktige' holdninger til tvang overfor kolleger og ledere. En tredje fordel med studien er at den tillater sammenligning av den isolerte effekten til fagbakgrunn og effekten av tvangserfaring på holdninger til tvang. Så vidt vi vet er ikke dette blitt gjort tidligere.

Konklusjon

Bruk av tvang i psykisk helsevern er et kontroversielt tema som har kliniske, etiske og lovmessige implikasjoner. Det er fremdeles en utbredt holdning om at tvang er viktig for sikkerheten til pasienter, personalet og samfunnet generelt, og at tvang kan være god omsorg. Det er større uenighet om de negative konsekvensene tvang har for pasienten og hvilken nytte tvang har i behandling. En mulig årsak til variasjon i holdninger til tvang kan være at det eksisterende forskningsgrunnlaget på positive og negative effekter av tvang er usikkert, og at det i større grad blir opp til hvert enkelt helsepersonell å gjøre seg meninger om hva som er riktig bruk av tvang. Vi fant betydelige forskjeller i holdninger til tvang mellom de ulike profesjonsgruppene i psykisk helsevern, og de fleste av disse holdningene er relatert til formell tvang. Legene vurderer tvang som mindre krenkende for pasienten og viktigere for omsorg, sikkerhet og behandling, sammenlignet med psykologer. Sosialarbeidere har holdninger som er likere psykologer, mens sykepleiere er likere legene/psykiaterne. Mye av

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

denne variasjonen kan skyldes ulike arbeidsroller og erfaring med tvangsbruk, men fagbakgrunn og profesjonell tilhørighet har også innflytelse på holdninger til tvang.

Implikasjoner av studien

Denne studien har bidratt til å identifisere fagbakgrunn som en faktor som påvirker holdninger til tvang. Om man ønsker å oppnå myndighetene sitt helsepolitiske mål om å kvalitetssikre bruk av tvang, kan man bruke denne kunnskapen til å spisse informasjon og holdningsendrende arbeid mot ulike profesjonsgrupper. Kvalitetssikring innebærer blant annet å forebygge uønsket geografisk variasjon i tvangsutøvelse. I hvilken grad forskjeller i holdninger til tvang mellom profesjonsgruppene faktisk medfører variasjon i tvangsutøvelse forblir usikkert, og er en problemstilling som ligger utenfor rammene av denne studien. For å sikre riktig og rettferdig bruk av tvang vil det uansett være formålstjenlig med en konsensus om tvangsbruk mellom profesjonsgrupper i psykisk helsevern. Beslutninger om tvang bør tas på et faglig grunnlag og med hensyn til den enkelte pasients helse og sikkerhet, og ikke være preget av systematiske skjevheter eller individuelle holdninger. Det viktigste tiltaket for å sikre riktig og rettferdig behandling er sannsynligvis mer og bedre forskning på når tvang er nødvendig, slik at bruk av tvang ikke hviler på individuelle eller grupperelaterte holdninger.

Deklarasjon av interessekonflikter

Begge forfatterne av denne studien er psykologistudenter, med tidligere erfaring med tvang på en akuttpsykiatrisk institusjon. Forfatterne har tilstrebet et nøytralt og utforskende syn på tvang for å unngå at egne holdninger til tvang eventuelt påvirker resultatene og tolkningene av disse i denne studien.

Referanser

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law and psychiatry*, 57, 106-112.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, s. 179-211.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *Handbook of social psychology*. Worcester, Mass: Clark University Press
- Aulie, H & Fixdal, T. (2021, 4. november). Tvang kan være god omsorg. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2021/11/leder/tvang-kan-vaere-god-omsorg>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics: Oxford University Press, USA.*
- Bjøntegård, K. S., Helse, R. M., Berge, T., Ekern, P., Osnes, K., & Vedlog, A. H. (2020). Bruker spør bruker om opplevelser med tvangsvedtak i psykisk helsevern. *Sykepleien*, 108(83099), 83099.
- 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.
- Bregar, B., Skela-Savič, B. & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-10.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Bremnes, R. & Skui, H. (2020). Tvang i psykisk helsevern - *Status etter lovendringene i 2017*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tvang-i-psykisk-helsevern--status-etter-lovendringene-i-2017/Tvang>
- Brinchmann, B. (2021, 11.mai). Psykisk helsevern er også en del av beredskapen. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/11/05/psykisk-helsevern-er-ogsa-en-del-av-beredskapen>
- Brun, M., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2017). Tvangsmedisinering i psykisk helsevern—en systematisk litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(2), 186-195.
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 491.
- Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. *Predicting health behaviour*, s. 121-162.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C. & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 446-459.
- 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.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-2226.
- Engelstad, K & Torgalsbøen, A. (2021, 7. januar). En misforståelse om drap, vold og psykose. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/g64XO5/en-misforstaaelse-om-drap-vold-og-psykose>

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Engelstad, K., Torgalsbøen., Rund, B. & Vaskinn, A. (2021, 26. oktober). Tvang fører neppe til færre drap. *Aftenposten*.

<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/a7KP8M/tvang-foerer-neppe-til-faerre-drap>

Falkum, E. & Førde, R. (2001). Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Social science & medicine*, 52(2), 239-248.

Feiring, E. & Ugstad, K. N. (2014). Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-10.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.

Field, A. (201). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4.utg.). Sage.

Fuglseth, N. L. D., Gjestad, R., Mellesdal, L., Hunskaar, S., Oedegaard, K. J. & Johansen, I. H. (2016). Factors associated with disallowance of compulsory mental healthcare referrals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 410-418.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.12545>

Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27-39.

Hegelstad, W & Larsen, T. (2021, 3. november). Stabil psykosebehandling vil føre til mindre vold. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/g64Azk/stabil-psykosebehandling-vil-foere-til-mindre-vold>

Hem, H & Skuterud, A. (2021, 4. november). *Det trengs mindre tvang i psykisk helsevern. Ikke mer*. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/7dBv24/det-trengs-mindre-tvang-i-psykisk-helsevern-ikke-mer>

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Hjemås, G. (2011). *Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser* : tvang i psykisk helsevern. I(Bd. 25). <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/geografiske-forskjeller-i-tvangsinnleggelser>
- Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nytingnes, O. & Husum, T. L. (2021). Measuring the level of compulsory hospitalisation in mental health care: The performance of different measures across areas and over time. *Int J Methods Psychiatr Res.* <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/mpr.1881>
- Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 7*(197). [10.3389/fpsy.2016.00197](https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00197)
- Hustoft, K., Larsen, T. K., Brønneck, K., Joa, I., Johannessen, J. O. & Ruud, T. (2018). Voluntary or involuntary acute psychiatric hospitalization in Norway: A 24 h follow up study. *International journal of law and psychiatry, 56*, 27-34.
- Husum, T. & Hem, M. (2017). Etske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.). *Etikk i psykiske helsetjenester, 1*, 190-209.
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research, 10*(1), 1-9.
- 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.
- Høyer, G. (2008). Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. *Journal of Mental Health, 17*(3), 281-292.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H. & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic journal of psychiatry*, 56(6), 433-439.
- Jardim, P., Borge, T., Dahm, K., Müller, A. & Hval, G. (2021). *Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling* (978-82-8406-184-9). Oslo: Folkehelseinstituttet - FHI.
- Kogstad, R. (2021, 11. juli). Grensen mellom helsevern og rettsvern må gås opp på nytt. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/11/07/grensen-mellom-helsevern-og-rettsvern-ma-gas-opp-pa-nytt>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry research*, 260, 478-485.
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R. & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 149-162.
- Krosnick, J. A., & Petty, R. E. (1995). Attitude strength: An overview. *Attitude strength: Antecedents and consequences*, 1, 1-24.
- Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O. & Kuosmanen, L. (2019). Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 390-406.
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte* [Rapport](978-82-93171-48-5). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/09/Tvangsrapporten_2021.pdf

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Lickiewicz, J., Husum, T. L., Ruud, T., Siqveland, J., Musiał, Z., & Makara-Studzińska, M. (2021). Measuring staff attitudes to coercion in Poland. *Frontiers in Psychiatry*, 1857.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. (1999).
<https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-62>
- Lov om pasientrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. (1999). Hentet fra
<https://lovdata.no/pro/LTI/lov/1999-07-02-63>
- Lorem, 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.
- Lund, K. (2017). Tvangsmedisinering må forbys. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2017/02/kommentar-og-debatt/tvangsmedisinering-ma-forbys-0>
- Maio, G. R., Haddock, G., & Verplanken, B. (2019). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage.
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1-14.
- Nerland, M. & Hermansen, H. Y. (2017). Sosiomaterielle perspektiver på profesjonskvalifisering: Kunnskapsressursenes betydning. *Universitetsforlaget*.
- NOU 2010: 3. (2009). Drap i Norge i perioden 2004 – 2009.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>
- Pedersen, R., & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*, 153-167.
- Park, J. W., & Jung, M. S. (2009). A note on determination of sample size for a Likert scale. *Communications for Statistical Applications and Methods*, 16(4), 669-673.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., ... & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403-417.
- Røtvold K, Wynn R. (2015). Involuntary psychiatric admission: Characteristics of the referring doctors and the doctors' experiences of being pressured. *Nord J Psychiatry*, 69(5), 373-9.
- Sailas, E. E. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of consumer research*, 15(3), 325-343.
- Skard, H. (2021, 2. november). Tvang er en kortsiktig og skadelig løsning. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/EavE9o/tvang-er-en-kortsiktig-og-skadelig-loesning?>
- Starheim, H. (2021, 22. oktober). Drapa i Kongsberg: – Openberr svikt i politi og helsevesen. *Vårt land*. <https://www.vl.no/nyheter/2021/10/22/drapa-i-kongsberg-openberr-svikt-i-politi-og-helsevesen>
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M. & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 635-641.
- Stuen, H.K., Rugkåsa, J., Landheim, A. et al. Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Serv Res* 15, 409 (2015).

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing?. *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1317-1338.
- Sørøy, A. (2021, 21. november). Bør det være mer eller mindre tvang i psykisk helsevern? *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2021/11/bor-det-vaere-mer-eller-mindre-tvang-i-psykisk-helsevern>
- Teigen, K. H. (2004). *En psykologihistorie*. Fagbokforlaget.
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K.-M., Pelto-Piri, V., .Rugkåsa, J. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(8), 1297-1308.
- Van Doeselaar, M., Slegers, P. & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97-109.
- Vandamme, A., Wullschleger, A., Garbe, A., Cole, C., Heinz, A., Bempohl, F., Mielau, J., Mahler, L. & Montag, C. (2021). The Role of Implicit and Explicit Staff Attitudes in the Use of Coercive Measures in Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1002). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.699446>
- Vogel, T., & Wanke, M. (2016). Attitudes and Attitude Change (2nd ed.). *Psychology Press*. <https://doi.org/10.4324/9781315754185>
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453-459.
- Wynn, R. (2004a). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(4), 445-447.
- Wynn, R. (2004b). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124-144.

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247-251.
- Wynn, R. (2015). The use of physical restraint in Norwegian adult psychiatric hospitals. *Psychiatry Journal*, 2015, 347246.
- Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 10. 10.1186/s13033-018-0189-z
- Wynn, R., Kvalvik, A.-M. & Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 133-137.
- Wynn, R., Myklebust, L.-H. & Bratlid, T. (2006). Attitudes to coercion among health-care workers and the general public in Norway. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 2(1), 31-37.
- Wynn, R., Myklebust, L.H. (2006). Patients' satisfaction and self-rated improvement following coercive interventions. *Psychiatry, Psychology and Law*, 13(2), 199-202.
- Wynn, R., Myklebust, L.-H. & Bratlid, T. (2007). Psychologists and coercion: decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 433-437.
- Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe—a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(1), 3-8.
- Øvregard, M. & Lie, A. (2020). Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, (5). <https://doi.org/doi: 10.4045>

Appendix A

Informasjonsskriv som ble utlevert til informantene via Questback.

Invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse om tvang, etikk og krenkelser innen psykisk helse- og russektoren

Vi inviterer deg med dette til å fylle ut vedlagte spørreskjema. Undersøkelsen er en del av et større prosjekt ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Prosjektets overordnede målsetning er å fremskaffe kunnskap om etiske utfordringer, med et spesielt fokus på ansatte og brukeres sine erfaringer og syn på medvirkning, bruk av tvang og ulike type krenkelser.

Prosjektet inkluderer både formell og uformell tvang. For ytterligere opplysninger, se: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/psykiske-helsetjenester/index.html>

Deltakelse er frivillig. Du kan unnlate å svare på enkeltspørsmål. Da det er viktig for oss å kunne beskrive faglige forskjeller, oppfordrer vi alle til å svare så utførlig som mulig. Undersøkelsen gjennomføres anonymt. Vennligst ikke oppgi informasjon som kan identifisere pasienter, kollegaer eller deg selv.

Har du synspunkter, spørsmål eller kommentarer til undersøkelsen kan du kontakte prosjektleder: Tonje Lossius Husum

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Appendix B

Staffs Attitude towards Coercion Scale (SACS).

	Svært uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Svært enig
Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner					
Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang					
Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen					
Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern					
Tvang kan være omsorg og ivaretagelse					
Det burde brukes mer tvang i behandlingen					
Tvang kan forbygge at det utvikles en farlig situasjon					
Tvang gir pasientene nye krenkelser					
For dårlige pasienter kan tvang være trygt					
Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang					
Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter					
Regressive pasienter trenger tvang					
Det brukes for mye tvang i behandlingen					
Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang					
Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler					

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Appendix C

Spørsmål som adresserer hvorvidt informantene opplever uformelle og formelle tvangsmetoder som etisk problematisk og viktig for god effekt av behandling. Spørsmålene ble besvart med en likert-skala, der 0 = helt uenig og 4 = helt enig,

	Opplevs som etisk problematisk	Er viktig for å få god effekt av behandling
Tvungent psykisk helsevern		
Tvungen observasjon i institusjon		
Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)		
Skjerming		
Fastholding		
Beltelegging		
Tvangsmedisinering		
Presse pasienten (verbalt) til å ta medisin		
Beslag av mobiltelefon		
Obligatorisk deltakelse i aktiviteter		
Tvinge pas. til å legge seg eller stå opp		
Restriksjoner i utgang eller besøk		
Pasienter som er frivillig innlagt, men som likevel opplever å være utsatt for tvang		
Husordensregler		

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Appendix D

Spørsmål som oppgir informantenes fagbakgrunn, arbeidssted, alder, arbeidsregion, kjønn, erfaring med tvang, arbeidserfaring og helseforetak.

Fagbakgrunn (besvares bare av ansatte innen tjenestene):

Vedtaksansvarlig	
Psykologspesialist/psykolog	
Psykiater/lege	
Sykepleier	
Hjelpepleier	
Treårig helse- & sosialfaglig bakgrunn	
Spesialisering innen psykisk helse & rus	
Annet	

Arbeidssted, avdelingstype (besvares bare av ansatte innen tjenestene):

Akuttavdeling	
Annen sengepost/institusjon	
Lukket avdeling	
Dagavdeling	
DPS/Polikliniske tjenester	
Kommunal tjeneste	
Barn og ungdom	
Ambulant team/oppsøkende tjeneste	
Sikkerhetsavdeling	
Annet	

**Erfaring med bruk av tvang innen tvungent
psykisk helsevern:**

Ingen	
Liten (sjeldent)	
Noe (av og til)	
Flere (vanlig del av jobben)	
Stor (stor del av jobben)	

**Arbeidserfaring innen psykisk helsevern og
rusbehandling:**

Under 2 år	
2-5 år	
5-10 år	
10-15 år	
Mer enn 15 år	

Aldersgruppe:

Under 20	
20-29	
30-39	
40-49	
50-59	
60 eller mer	

Kjønn: Mann / Kvinne / Annet

FORSKJELLER I HOLDNINGER TIL TVANG MELLOM ULIKE
PROFESJONGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN

Arbeidssted, helseforetak:

	Psykisk helsevern	Rus
Helse Sør-Øst RHF		
Kommune i Helse Sør-Øst		
Annet arbeidssted i Helse Sør-Øst		
Helse Vest RHF		
Kommune i Helse Vest		
Annet arbeidssted i Helse Vest		
Helse Midt-Norge RHF		
Kommune i Helse Midt-Norge		
Annet arbeidssted i Helse Midt-Norge		
Helse Nord RHF		
Kommune i Helse Nord		
Annet arbeidssted i Helse Nord		