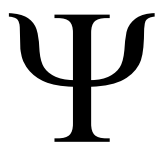




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Hvilke organisatoriske trekk er forbundet med redusert risiko for bruk av mekaniske tvangsmidler i det psykiske helsevernet

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Natalie Simensen

Vår 2018

Veiledere
Elisabeth Flo
Maria Knutzen

Forord

Først og fremst vil jeg rette en spesiell takk til mine veiledere, Elisabeth Flo og Maria Knutzen. Deres gode, konkrete og konstruktive innspill gjennom skriveprosessen har vært uvurderlige. Bruk av tvang og tvangsmidler i psykisk helsevern er et stadig tilbakevendende tema i samfunnet. Gjennom de siste årene har det vært rettet et spesielt fokus på overdreven bruk av mekaniske tvangsmidler og menneskerettigheter.

Under studietiden har jeg jobbet som miljøterapeut med eldre mennesker med lang brukererfaring fra psykisk helsevern. De har beskrevet egne erfaringer med beltesenger som mareritt som aldri slipper. Frykten for å bli lagt i belter har gått over til frykt for nye møter med psykisk helsevern.

Natalie Simensen

Bergen, 15.05.18

Sammendrag

Gjennom årene har det vært fokus på overdreven bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet. Denne praksisen utfordrer menneskerettighetene, og helsepolitiske mål er å redusere denne praksisen.

Denne litteraturgjennomgangen har til hensikt å undersøke hvilke organisatoriske trekk som kan bidra til redusert bruk av mekaniske tvangsmidler. Ti studier ble inkludert. Studiene ser på organisatoriske trekk og mekaniske tvangsmidler, eller organisatoriske trekk og «seclusion» og «restraint».

Flere organisatoriske faktorer ble identifisert. De mest studerte trekkene for å redusere bruk av tvangsmidler er, lederskapets betydning for implementering av programmer, kultur, arbeidsmiljø, bemanning, utdanningsnivå og opplæring. Lokalbaserede tiltak med sterkt lederskap som har fokus på å redusere bruk av tvangsmidler fører til slik reduksjon. Det framkommer likevel ingen «best practice» og «guidelines». Videre forskning på faktorer i avdelingene som bidrar til å forstå hvorfor aggresjon oppstår og hvordan aggresjon kan forebygges bør prioriteres.

Abstract

Through the years there has been focus on excessive use of coercion in Mental Health wards. This kind of intervention challenges human rights. Health policy is to minimize such practice.

This paper aims to clarify which organizational traits may contribute in reduction in the use of mechanical restraints. Ten papers were included in the study. Papers investigating organizational traits and mechanical restraints, or papers investigating organizational traits and seclusion and restraints were also included.

Several organizational traits were identified. Most studied traits emerging in this study reducing coercive measures are, leadership involvement in program changes, culture, work environment, staffing, education and training.

Strong leadership in local governance focusing on minimizing the use of coercive measures leads to such reduction. However, there is no best practice or guidelines available. Further researches in unit specific traits allowing aggression emerge and how to prevent aggression should be of priority.

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	7
Organisatoriske trekk	9
Problemstilling	10
Innledning	10
Organisatoriske trekk og bruk av tvangsmidler i et historisk perspektiv	10
Organisatoriske trekk og bruk av tvang sammenlignet med Norge	11
Oversikt over ressurser i mental helse internasjonalt	13
Organisatoriske trekk og bruk av tvangsmidler i Norge	15
Hjemmel for tvangsbruk og rettssikkerhet	16
Kontrollkommisjonen	18
Tiltak for å redusere tvangsbruk	18
Metode	21
Valg av metode	21
Inklusjon- og eksklusjonskriterier	21
Utvalg av database(r)	22
Søkestrategi	22
Begrensninger	23
Presentasjon av artikler	23
Bak et al., (2015)	23
Bowers, (2014)	24
Cowman et al., (2017)	25
De Benedictis, Alexandre, Sieu, Mailhot & Létourneau, (2011)	27
Espinosa et al., (2015)	28
Pollard, Yanasak, Rogers & Tapp, (2007)	29

Raboch, Kalisová, Nawka, Klizlerová & Onchev, (2010)	30
Riahi, Thomson & Duxbury, (2016)	31
Scanlan, (2010)	32
Taylor et al., (2009)	32
Tabell 1: Resultat av litteraturgjennomgang	33
Diskusjon	34
Konklusjon	42

Bakgrunn

«Seclusion» og «restraint» er såkalte paraplybegreper for ulike former for bruk av tvang og tvangsmidler i psykisk helsevern. Definisjonene av begrepene er kulturelt betinget (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2004). Dette vanskeliggjør derfor sammenligning av omfang og utstrakt bruk av tvangsmidler på tvers av ulike land (Priebe et al., 2010).

I Norge er bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng) det mest anvendte tvangsmidlet i perioden 2001 – 2012 (Helsedirektoratet, 2016). Belteseng blir ansett for å være det mest tyngende tvangsmidlet. Dette understøttes av legalitetsprinsippet (Eckhoff & Smith, 2014). Bruk av tvangsmidler kan være et stort inngrep i et menneskes liv, og utfordres av retten til frihet og autonomi, som er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp nedfelt i den norske grunnloven (Grunnloven, 1814, §92). Av den grunn kan det derfor oppleves som et svært inngripende tiltak (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8). Tematikken er imidlertid omdiskutert både i fagmiljøer og blant pasienter/brukere, da enkelte hevder at bruk av tvangsmidler kan redde liv (Aasebø, Halvorsen & Staff, 2018).

Til tross for dette er de helsepolitiske målene å redusere bruk av alle former for tvang i det psykiske helsevernet (Helse- og omsorgsdepartement, 2012). Etter påtrykk fra brukerorganisasjoner og enkelte fagmiljøer vedtok regjeringen i sin tid å utarbeide en tiltaksplan for å kvalitetssikre og redusere bruk av tvang i det psykiske helsevernet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I 2015 begjærte VG innsyn i tvangsprotokoller ved samtlige psykiatriske sykehus i Norge. VG fant svært avvikende tall på mekaniske tvangsmidler oppgitt til pasientregisterne og det som kom fram av sykehusprotokollene. Det var gjennomgående underrapportering og store forskjeller mellom sykehusene. VG vant Skup- prisen 2017 for å ha avslørt massive lovbrudd, omdiskuterte begrunnelser, og grov svikt i

dokumentasjonen når norske pasienter ble utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler (belteseng) mot sin vilje (Grøtte & Johannessen, 2017).

Forholdene var så alvorlig at de ble brakt opp på storting- og regjeringnivå, hvor det ble konkludert med at strakstiltak var nødvendig. Helsedirektoratet kom med tydelige presiseringer rundt bruken av tvangsmidler og hvordan dette skal kontrolleres, samtidig som kontrollkommisjonen ble pålagt å gjennomgå alle vedtak institusjonene hadde fattet i medhold av psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2016). Kontrollkommisjonens rolle som pasientens rettssikkerhetsinstans innebærer å kontrollere alle formalia rundt vedtak og tvangsprotokoller (Psykisk helsevernloven, 2001 §6-1). I tillegg skal kontrollkommisjonen vurdere den faglige begrunnelsen for vedtakene (Åsebø & Norman, 2017). Det framkom at flere kontrollkommisjoner ikke gjorde denne vurderingen med begrunnelse at de ikke hadde kompetanse til å overprøve vurderingen til den faglige ansvarlige for vedtak (Åsebø, Norman & Nymo, 2016).

I Tvangsforsks forskningsplan (2014-2019) understrekes det at forskning på tvang og tvangsmidler i det psykiske helsevernet er mangelfull og lite oversiktlig (Tvangsforsk, 2014). Av den grunn vil det være hensiktsmessig med en litteraturgjennomgang for å undersøke, og samle den fragmenterte forskningen og kunnskapen som eksisterer innenfor feltet. Et spesielt interessant området vil kunne være å undersøke organisatoriske trekk som reduserer risiko for bruk av mekaniske tvangsmidler i det psykiske helsevernet (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008).

Knutzen, (2013) undersøkte tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger, hvordan de brukes, og hva som kjennetegner pasientene. Knutzen konkluderte med at vold mot andre eller trussel om vold var den hyppigste begrunnelsen for bruk av tvangsmidler. Dette støttes av flere andre studier. Espinosa et al., (2015) fant at personalets interaksjon med pasientene er en hovedfaktor til aggresjon på psykiatriske avdelinger. Riahi, Thomson & Duxbury, (2016)

hevder at sykepleiere begrunner bruk av tvangsmidler overfor aggressive pasienter med at de må beholde kontroll og sikkerhet på avdelingen. Raboch, Kalisová, Nawka, Klizlerová & Onchev, (2010) fant at den mest vanlige årsak til bruk av tvangsmidler var aggresjon mot andre etterfulgt av trussel mot egen helse.

Et interessant spørsmål blir da, hva er det som skjer forut for volden eller trussel om bruk av vold, og hva gjør at helsepersonellet vurderer situasjonen slik at bruk av tvangsmidler blir uomgjengelige nødvendig? Det er geografiske forskjeller i bruk av tvangsmidler, både på tvers av kulturer, men også innad i Norge. Dette utfordrer pasienter, helsepersonell, og sykehusene som organisasjon, når helsepolitikken er at tvangsmiddelbruk skal reduseres. Derfor vil det være interessant å se på hvilke organisatoriske trekk som reduserer bruk av mekaniske tvangsmidler i det psykiske helsevernet?

Organisatoriske trekk

En litteraturstudie som undersøkte vold og trusler utøvd av pasienter, fant at det var flere kategorier av faktorer relatert til vold og trussel om vold. Faktorene var pasientrelaterte, personalrelaterte, avdelingsrelaterte og interaksjonsrelaterte. Sykepleiere oppgir at de tror at pasientens mentale lidelse er årsak til den aggressive atferden (Johnson, 2004). Bowers, (2014) presenterer i sin artikkel «Safewards-modellen» en helhetlig forståelse av hvordan alle faktorer i organisasjonen påvirker hverandre. Denne modellen gir et helhetlig bilde av rammeverket ved sykehusavdelingene. Dette innebærer organisatoriske trekk som kan gi opphav til konflikter og tvangsmiddelbruk. De organisatoriske trekkene består av det politiske og lovregulerte rammeverket avdelingen ledes under. I avdelingen er prosedyrer og rutiner metodene helsepersonell bruker i sin interaksjon med pasientene innenfor den arkitektur som gir muligheter og begrensninger i helsehjelpen. Dermed er arkitektur, ledelse, helsepersonell, lovverk, prosedyrer, og rutiner alle elementer av de organisatoriske trekkene ved en avdeling

(Bowers, 2014). Det er disse organisatoriske trekkene, og hvordan de er med på å kunne redusere bruk av mekaniske tvangsmidler som vektlegges i denne litteraturgjennomgangen.

Problemstilling

Hvilke organisatoriske trekk er forbundet med redusert risiko for bruk av mekaniske tvangsmidler i det psykiske helsevernet?

Innledning

Organisatoriske trekk og tvangsmidler i et historisk perspektiv

På 1600- tallet ble behandlingen av sinnslidende konsentrert i hospitaler (institusjon) som ble bygget utenfor byene. I Tyskland etablerte man tukthus, i England korreksjonsanstalter, og i Frankrike utstedte Ludvig 14. et dekret om etablering av generelle hospitaler, hvor sinnslidende skulle sperres inne sammen med kriminelle for å bevare samfunnsorden. I hospitalene var det ustrakt bruk av lenker, sult og fornødelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Rundt 1800-tallet vokste det frem en reformering av hospitalene, og nye systemer for å klassifisere sinnslidelsene (diagnostikk). Dette førte til store endringer, både i Europa og i Norge. Philippe Pinel er betraktet som en pioner innen psykiatrien i Frankrike. Hans tanker, ideer og reformer førte til at fransk psykiatri dominerte store deler av 1800-tallet. Pinel hadde avsky for tvang og undertrykkelse. Han beordret derfor alle lenker fjernet da han ble overlege ved Bicetre i 1793. De sinnslidende skulle behandles med respekt. Lignende reformer oppstod i England, der bruk av belteseng ble avskaffet. Dette fikk innvirkning på hvordan institusjoner i Europa og USA ble utformet (Hermundstad, 1999).

Institusjonene ble nå bygget i en stjerneform, eller en hovedbygning med paviljonger. Denne arkitekturen satte legen i sentrum, og hans faderlige omsorg spredte seg fra sentrum til paviljongene (Hermundstad, 1999, 2005b). Modellen ble også benyttet i Norge. Pinels ideer og endringer førte til store lovendringer over hele Europa om human behandling og forbud

mot avstraffelser. Behandlingen skulle bygges på frivillighet. Isolasjon og mekaniske tvangsmidler skulle bare brukes når det var strengt nødvendig. Bruk av tvangsmidler skulle protokollføres, og det var krav om nøye regnskap. I Norge ble det også opprettet et eget kontrollorgan som skulle føre tilsyn vedrørende bruk av tvang, og pasientens «ve og vel». Dagens kontrollkomisjon stammer fra denne reformloven (Sinnsykeloven, 1848; Flo, 2016).

Til tross for det nye lovverket og de gode intensjonene var institusjonene fremdeles isolerte og lukkede systemer. Den geografiske plasseringen av institusjonene, vekk fra annen bebyggelse, var ikke bare en isolering av pasientene, men også av faget. Legen kunne iverksette den behandlingen han mente var riktig, og pasienter kunne bli værende på institusjonen livet ut. Lenkene var borte, men andre former for tvang ble tatt i bruk (Skårderud et al., 2010).

Organisatoriske trekk og bruk av tvang internasjonalt, sammenlignet med Norge

Tvangsmidler blir i dag betegnet som «seclusion» og «restraint». «Seclusion», innebærer at pasienter låses inne i et eget rom, men kan også innebære «open area seclusion», «segregation nursing», eller «sheltering area» (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker, 2004). «Seclusion» blir i Norge betegnet som isolering, og er lite utbredt. Dette kan skyldes at Norge har en omfattende og økende bruk av skjerming. (Helsedirektoratet, 2015). Tall fra Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri [SIFER] viser at det var 3318 vedtak om bruk av skjerming i 2012 (Knutzen, Bjørkly, Bjørnstad, Furre & Sandvik, 2015), mens det i 2014 ble fattet 4507 vedtak. Tallene er imidlertid noe usikre og kan bero på manglende innrapportering (Helsedirektoratet, 2016). Skjermingen er imidlertid ikke ansett å være et tvangsmiddel, fordi vedtak om skjerming (§4-3) er av hensyn til andre pasienter eller i behandlingsøyemed. Bruk av skjerming krever vedtak (Psykisk helsevernloven, 2001 §4-3).

«Restraint» er fysisk, mekanisk eller kjemisk middel for å begrense eller hindre pasienten i å bevege seg (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations,

2000). I Norge er dette hjemlet i § 4-8 i lov om psykisk helsevern som isolering, kortvarig fastholding, mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8). Det er vanskelig å sammenligne omfanget av bruk av tvangsmidler mellom forskjellige land. Dels skyldes det ulik lovgivning og hvilke tvangsmidler de forskjellige landene bruker, og dels hvordan helsehjelp til psykisk lidende er lokalisert og organisert (Priebe et al., 2010).

Tallene som benyttes er basert på innrapporterte nøkkeltall fra de enkelte medlemslandene som er å finne i Mental Health Atlas, country profiles (World Health Organization, 2014). Verdens helseorganisasjon [WHO] ble etablert i 1948. Alle medlemslandene i FN signerte konstitusjonen. I dag består organisasjonen av 194 medlemsland, og har som hovedoppgave FNs bærekraftsmål nummer 3, som er god helse. Organisasjonen jobber for å bedre helsetilstanden til verdensbefolkningen gjennom forskjellige programmer, basert på innrapporteringer fra medlemslandene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I 2014 var det nær 90% av landene som innrapporterte data om sitt lands ressurser innenfor mental helse. Innrapporteringene inkluderer «mental health policies», «plans», «financing», «care delivery», «human resources», «medicine» og «information systems» (World Health Organization, 2005).

WHO har en Mental Health Action Plan (2013-2020) som blant annet bygger på disse innrapporterte dataene om de ulike landenes ressurser. Dataene brukes globalt og nasjonalt til å utarbeide programmer innen psykisk helse, tilpasset de enkelte medlemslandenes behov (World Health Organization, 2013). Dette betyr for eksempel, at et land som har høy forekomst av bruk av tvangsmidler skal ha et program for hvordan tvangsbruken kan reduseres (World Health Organization, 2014). I Norge er dette tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Etablering av tvunget psykisk helsevern forutsetter en vurdering av fare og/eller behandlingskriteriet. I de nordiske landene baseres denne vurderingen på en klinisk beslutning (Helsedirektoratet, 2015). I de fleste andre land i Europa er beslutningen om etablering av tvang forankret i rettsvesenet. Lovgrunnlaget er forskjellig, og det er vanskelig å fremskaffe pålitelig datamateriale om faktisk bruk av tvang (Høyer, 2008).

Holdningen til tvangsmidler i Mental Health America [MHA] er at mennesker som lever med en psykisk lidelse har rett til et liv fritt for overgrep. Det inkluderer praktiseringen av «seclusion» og «restraint». MHA hevder at denne praksisen representerer feilslått behandling. Den har ingen terapeutisk effekt og påfører individet flere traumatiske opplevelser (LeBel & Goldstein, 2005; Flood, Bowers, & Parkin, 2008). MHA ønsker å avskaffe denne praksisen («seclusion» og «restraint») (Mental Health America, 2018).

FN har en torturkomite som overvåker og uttaler seg om tvang i det psykiske helsevernet mot dårlig behandling og krenkelser. Norge er et av mange av land som har fått kritikk fra komiteen ved flere anledninger (Méndez, 2013). FNs menneskerettskomite rapporterer bekymring for Norges overdrevne bruk av tvang, samtidig er det kritikk av at kontrollkommisjonens etterprøving er for dårlig (Human Rights Committee, 2018: Norwegian Norwegian NGO-forum for Human Rights, 2012).

Oversikt over ressurser i mental helse internasjonalt

Gjennom Mental Health Action Plan (2013-2020) framkommer forslag om at medlemslandene i WHO reorganiserer tjenestetilbudet til psykisk lidende, slik at tjenestene blir tilgjengelige i lokalsamfunnene. Dette kommer til uttrykk gjennom hvor stor del av de hjelpetrengende i de ulike landene som mottar behandling, hvor behandlingen ytes, og hvem som yter behandling. I lavinntekts land og middelinntekts land er det mellom 76% og 85% av hjelpetrengende som ikke får behandling. Tilsvarende tall for høyinntektsland er mellom 35% og 50% (World Health Organization, 2013).

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 14 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

Desentraliseringen internasjonalt innebærer ulike typer lokalbaserte tiltak, samtidig som kapasiteten og liggetiden i psykiatriske sykehus er bygget ned. Dette er i samsvar med WHO's anbefalinger. Denne utviklingen går i samme retning i de fleste land. Likevel, er det store forskjeller i hvor langt de ulike landene er kommet i denne utviklingen (World Health Organization, 2014).

Globalt blir det årlig brukt 2,0 US \$ per person på mental helse. For lavinntektsland er summen 0,25 US \$ (World Health Organization, 2014). I følge WHO blir 67% av midlene brukt i psykiatriske sykehus, til tross for at behandlingen der har dårligere behandlingsresultater og flere brudd på menneskerettighetene, enn ved desentraliserte tjenester. Et problem er at omfanget av de desentraliserte tjenestene i de forskjellige landene er noe uoversiktlig. I enkelte land er de også lite tilgjengelig (World Health Organization, 2013).

Derfor foreslår WHO i sin Mental Health Action Plan (2013-2020) at mental helsehjelp integreres i generell helsehjelp, og at rettferdig fordeling av antall kompetente helsearbeidere er sentralt for å nå målet om likeverdige og desentraliserte tjenester. Medlemslandene er kulturelt og utviklingsmessig på forskjellige stadier. WHO estimerer et mål på 20% økning i tilgjengelig helsehjelp for de med alvorlige psykiske lidelser innen år 2020. Noen land som blir beskrevet som høyinntektsland har nådd målene i Mental Health action plan allerede. Langtidsplasser i psykiatriske sykehus bygges ned, og akuttpsykiatriske plasser og korttidsplasser i døgntilrettelagt behandling tilstrebes lokalisert sammen med somatiske sykehus (World Health Organization, 2013).

Noen av forskjellene mellom høyinntektsland og lav- og middelinntektsland ligger på befolkningens tilgjengelighet av tjenestene, og antall kompetente helsearbeidere til å yte helsehjelp (World Health Organization, 2013). Det vanligste målet på personellressurser er antall psykiatere per 100 000 innbygger. Disse tallene er tilgjengelige tall på antall psykiatere

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 15 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

som er registrert eller jobber i den offentlige helsetjenesten i et land. I lavinntektsland er antall psykiatere per innbygger grovt estimert til 1 per 200 000 innbygger. I høyinntektsland som Vest Europa varierer antallet fra 4 (Tyrkia) til 45 (Sveits) (Helsedirektoratet, 2015).

De skandinaviske landene har ca. 20 psykiatere per 100 000 innbygger. Når det gjelder psykologer er innrapporteringen internasjonalt for dårlig. Det er store forskjeller i utdanningsforløp, ansvar og rettigheter (OECD, 2013). I Norge er det et krav at det skal være psykolog i institusjoner i det psykiske helsevernet, og tallene for 2013 viser at 64 % av årsverkene for lege og psykolog besto av psykologer. WHO definerer «a mental health nurse» til å være en høyskoleutdannet sykepleier som jobber innen alle områder av den organiserte tjenesten til mennesker med psykiske lidelser (World Health Organization, 2014). Også for sykepleiere er de innrapporterte tallene av varierende kvalitet. Det skilles ikke mellom sykepleier og sykepleier som har egen utdanning rettet mot psykiatri. Den totale andelen sykepleiere innenfor mental helse viser store variasjoner mellom de 194 medlemslandene, men felles for de aller fleste medlemslandene er at sykepleiere utgjør den største gruppen (OECD, 2013). Den nest største gruppen er «other mental health workers». I Storbritannia er det motsatt. Av totalt 318 helsearbeidere per 100 000 innbygger utgjør sykepleiere 67 helsearbeidere, mens «other mental health workers» teller hele 211. Tallene for Norge er totalt 240 helsearbeidere per 100 000, der sykepleiere teller 123 og «other mental health workers» teller 43. Antallet ansatte, hvilken kunnskap og opplæring de ansatte i de forskjellige landene besitter, hvor tjenestene blir tilbudt, og hvem som får behandling varierer sterkt (Helsedirektoratet, 2015).

Organisatoriske trekk og bruk av tvangsmidler i Norge

I Norge er menneskerettighetskonvensjonene tatt inn i grunnlovens §92. I artikkel tre i Den europeiske menneskerettskonvensjonen [EMK] står det at ingen skal utsettes for nedverdiggende behandling eller straff. Konvensjonen gir hvert menneske rett til å bestemme

over eget liv og er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp (Grunnloven, 1814, §92). En rapport laget på oppdrag fra Helsedirektoratet viser at Norge totalt sett har stabile tall om bruk av tvang og tvangsmidler i perioden 2001 til 2007. Bruk av mekaniske tvangsmidler økte likevel med 20% (fra 3347 til 4123) i denne perioden, til tross for nedgang fra 2005 til 2007. Bruk av mekaniske tvangsmidler økte noe til 2009, men sank til 3840 i 2012. Bruk av skjerming har hatt en jevn stigning fra 829 i 2001 til 3318 i 2012 (Helsedirektoratet, 2016).

I lov om helseforetak §2a fremkommer det at regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen (Helseforetaksloven, 2001, §2). For sykehusene gjelder lov om spesialisthelsetjenester. I §3-9 står det at sykehusene skal ha en ansvarlig leder på alle nivåer. I §3-10 i den samme loven står det at det er leders ansvar å sørge for opplæring, etterutdanning og videreutdanning, slik at helsepersonellet skal ha mulighet til å utføre sitt arbeid forsvarlig (Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001, §3).

Hjemmel for tvangsbruk og rettssikkerhet

I det psykiske helsevernet i Norge er bruk av tvang hjemlet i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Lovens formål finner vi i §1-1, der det står at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal foregå på en forsvarlig måte, i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Videre er formålet med reglene i loven å forebygge og begrense bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 2001, §1-1). Loven skiller mellom frivillig og tvungent psykisk helsevern. Tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler krever vedtak etter lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 2001, §1-4). Det forvaltningsrettslige legalitetsprinsippet er grunnlovsfestet og er hjemlet i grunnlovens §113 hvor det står «Myndighetenes inngrep ovenfor den enkelte må ha grunnlag i lov» (Grunnloven, 1814, §113).

Tvangsmidler kan bare brukes i en nødrettslignende situasjon. Hovedbegrunnelsen til helsepersonell som beslutter bruk av tvangsmidler er for å ta kontroll over pasienter med utagerende eller ukontrollert atferd (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), og kan ikke brukes i behandlingsøyemed. I psykisk helsevernlov er bruk av tvangsmidler i institusjon regulert på følgende måte i §4-8:

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienter når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8).

Før tvangsmidler tas i bruk skal lempeligere midler være forsøkt først. Med lempeligere midler siktes det til alternative intervensjoner som medfører at det ikke blir besluttet bruk av tvangsmidler. Lempeligere midler er ikke nærmere beskrevet i loven, men innebærer de ressurser helsepersonellet representerer og de ressurser helsepersonellet har til rådighet for å unngå bruk av tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8).

Tvangsmidlene som kan benyttes for institusjoner som er godkjent for bruk av tvang i det psykiske helsevernet etter §4-8 er mekaniske tvangsmidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede, enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler, og kortvarig fastholdning (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8). I internasjonal litteratur og «guidelines» blir beslutning om bruk av tvangsmidler beskrevet som «last resort». Begrepet er imidlertid ikke nærmere beskrevet i litteraturen (Riahi et al., 2016).

Mekaniske tvangsmidler er bruk av tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær. Ofte brukt er såkalte beltesenger, som er en spesialseng med låsbare remmer som festes rundt pasientens ankler, håndledd og mage. Noen beltesenger er i tillegg utstyrt med mulighet for fiksering av

overarmer. Det finnes også belter som kan beholdes på pasienten og festes til sengen, slik at pasienten kan stå opp å gå (Psykisk helsevernloven, 2001, §4-8).

Kontrollkommisjonen

Vedtak som er truffet med hjemmel i loven kan klages inn til kontrollkommisjonen. Kommisjonens hovedoppgave er å være klageinstans. Pasienter, pårørende og ansatte kan klage. I tillegg skal kontrollkommisjonen føre kontroll over pasientenes velferd i institusjonene som faller inn under loven (Psykisk helsevernloven, 2001, §6-1). Eksempler på slik kontroll ser vi i kontrollkommisjonens velferdskontroll fra 2015, der det framkommer flere meldinger på mangler ved de fysiske forholdene ved institusjonene.

Kontrollkommisjonen Østfold melder at pasientene ved det nye sykehuset på Kalnes opplever oppholdsrommene som trange, sterile og uten dekor. Noe som fører til at flere pasienter trekker seg inn på rommet i ensomhet. Videre melder kontrollkommisjonen Østfold at de har tatt opp med institusjonen at vinduene på pasientrommene ikke lar seg åpne for lufting. Kommisjonen hevder dette forsterker pasientenes opplevelse av å være innesperret. I tillegg meldes det om mangelfulle aktivitetstilbud, og aktivitetstilbud som ikke følges opp med begrunnelse om bemanningssituasjonen og dårlig kapasitet til å følge pasientene.

Husordensregler, restriksjoner uten vedtak og rutiner praktiseres forskjellig.

Kontrollkommisjonen Haukeland har tatt til orde for utkast til standardiserte husordensregler fra sentralt hold (Helsedirektoratet, 2016).

Tiltak for å redusere tvangsbruk

Det har gjennom mange år vært rettet fokus på å få ned tvangsbruken innenfor det psykiske helsevernet. Likevel øker omfanget (Helsedirektoratet, 2010). I tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang konkluderes det med stor spredning i omfanget av bruk av mekaniske tvangsmidler mellom sykehusene i Norge. De syv institusjonene som anvendte mekaniske tvangsmidler oftest i 2001 gjorde det også i 2007. Dette indikerer at

forskjellen i anvendelse av mekaniske tvangsmidler ikke utelukkende har med pasientene å gjøre (Helsedirektoratet, 2016).

Gjennom tiltaksplanen fremkommer et komplekst og sammensatt bilde. Kulturelle, kjønnsmessige og faglige forskjeller hos personalet i synet på pasienter, bruk av tvang, og tvangsmidler oppfattes og praktiseres forskjellig (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler står for mer enn halvparten av alle vedtak etter §4-8 i hele perioden 2001-2014. Tallene for 2014 viser at vedtak om mekaniske tvangsmidler har gått ned, men fortsatt er det tvangsmiddelet som anvendes mest (Helsedirektoratet, 2016).

En medvirkende grunn til bruk av mekaniske tvangsmidler blir oppgitt å være helsepersonellens behov for å føle trygghet gjennom at pasienten blir immobilisert (Telintelo, Kuhlman & Winget, 1983; Klinge, 1994).

Andre studier viser at grensesetting og tilsnakk ved brudd på husordensregler kan føre til truende og voldelig atferd (Bowers, 2014; Espinosa et al., 2015). Dette kan bidra til at helsepersonellet får stereotypiske og negative bilder av pasientene (Norvoll & Husum, 2011). I Meld. St. 19 (2014-2015) blir dette beskrevet som ubevisste holdninger hos helsepersonell. Det er også stor forskjell på hvordan helsepersonell som gjennomfører tvang, og pasienter som erfarer tvang, forstår og opplever tvangsbruken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Denne forskjellen blir definert som en forståelseskluft, og mistillit er en sentral del som viser seg ved behandlerens holdning til pasientene (Norvoll & Husum, 2011). Holdningene kan også ha sitt utspring fra hvordan pasienter beskrives og oppleves gjennom egenskaper som baserer seg på diagnoser og atmosfære på avdelingen (Terkelsen & Larsen, 2016). Opplæringen helsepersonell får om diagnoser og tilnærminger til pasienten kan påvirke helsepersonellens holdninger (Berg, 2008). I Nasjonal strategi for økt frivillighet (2012-2015) vises det til tiltak for å styrke kompetanse, etikk og menneskerettigheter. Dette har enda ikke

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 20 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

gitt ønskede resultater, og departementet vil i samarbeid med bruker-organisasjonene vurdere sterkere virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Forskning viser hvordan endring av de organisatoriske trekkene ved avdelingene der lederskapet er sentralt, fører til redusert bruk av tvang (Norvoll & Husum, 2011). I Tvangsforsks forskningsplan (2014-2019) som er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet deles forskningen inn i tre hovedområder: Tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling, og tvangsmiddelbruk/skjerming. Omfanget av bruk av tvangsmidler varierer fra institusjon til institusjon, og det mangler kunnskap om effekten av alle former for bruk av tvang, hvilke implikasjoner tvangsbruk får for de som utøver tvang, og de som blir utsatt for den samme tvangsbruken (Tvangsforsk, 2014). Det reiser etiske, juridiske, menneskerettslige og behandlingmessige spørsmål (Helsedirektoratet, 2016). Tvangsforsk hevder at forskningen er mangelfull og lite oversiktlig (Tvangsforsk, 2014).

Da Norge skulle ratifisere FNs konvensjon om forbud mot diskriminering av funksjonshemmedes rettigheter ble det satt ned et utvalg med navn Paulsrud-utvalget, som skulle undersøke om behandlingkriteriet i lov om psykisk helsevern var i strid med konvensjonen (NOU 2011:9). Rapporten fra Paulsrud-utvalget danner grunnlag for forskningsplanen i det psykiske helsevernet (Tvangsforsk, 2014). Også i Europa er det fragmentert forskning på valg av intervensjoner, alternative tilnærminger, og rammer for tilnærming forut situasjoner som fører til bruk av tvang. Det er behov for forskningssamarbeid for å komme frem til felles ideologi og «best practice i Europa» (Cowman et al., 2017). Det er avdelingene selv som utarbeider prosedyrer for når og hvordan helsepersonell intervensjoner, men i kommentarene til §4-8 i lov om psykisk helsevern foreslås det mindre inngripende tiltak, som verbal tilnærming, skifte av personale eller å sette inn flere personale (Psykisk helsevernloven & psykisk helsevernforskriften med kommentarer, 2017). Det er fortsatt uklart hvilke faktorer som fører til at det oppstår stor geografisk variasjon mellom sykehusene og

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 21 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

avdelingene i omfang av bruk av tvang og tvangsmidler (Helsetilsynet, 2006). De sykehus, og avdelingene som anvender mest av et tvangsmiddel eller skjerming bruker også mer av andre tvangsmidler eller skjerming (Bremnes, Hatling & Bjørngaard, 2008). Det er døgnvariasjon og økt bruk av tvangsmidler i ferier og når det er færre behandlere på jobb (Riahi et al., 2016).

Foranledningen til tvangsmiddelbruk er oftest begrunnet med vold, og trusler om vold (Knutzen, 2013; Espinosa et al., 2015; Riahi et al., 2016; Raboch et al., 2010). Sykepleiere er den gruppen arbeidstakere som er mest utsatt, ved at de intervensjoner ved agitasjon og gjennomføring av tvangsmiddelbruken. Til tross for opplæring og trening på slike situasjoner medfører tvangsmiddelbruk skader på både pasient og helsearbeidere. Skadene er både fysiske og psykiske, og kan i sin tid føre til en dysfunksjonell omsorgskultur karakterisert av frykt eller maktutøvelse. Konsekvensene av slike hendelser for personalet er økt sykefravær og økt bruk av vikarer (Bjørkedal, Heilig, Palmstierna & Hansebo, 2007). Mange pasienter utvikler negative persepsjoner om helsetjenestene (DE Benedictis et al., 2011).

Metode

Valg av metode

Det er valgt å gjøre en litteraturgjennomgang ved bruk av systematisk litteratursøk. Systematisk litteratursøk er et søk i databaser for å innhente informasjon på en begrunnet og planmessig måte. Søket gjøres i flere databaser, og det brukes en rekke søkeord for å fange opp mest mulig av den litteratur som er relevant innenfor et felt. Søket dokumenteres og skal være etterprøvbart (Universitetet i Oslo, 29.01.18).

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier. Studiene må handle om organisatoriske trekk og «restraint». I tillegg er studier som beskriver organisatoriske trekk og «seclusion» og «restraint» tatt med, fordi disse ofte er undersøkt sammen. Tekstene bør være fagfelleverderte.

Eksklusjonskriterier. Kvalitative studier, studier som kun omtaler «seclusion», og studier som ikke innehar organisatoriske trekk.

Utvalg av databaser

Etter å ha utformet en søkestrategi og foretatt testsøk i ulike databaser ble Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco) og Psycinfo (Ovid) vurdert til å være de mest hensiktsmessige databasene å benytte seg av for å belyse problemstillingen og litteraturen innenfor området.

Søkestrategi

I forkant av det systematiske litteratursøket var det utarbeidet en konkret problemstilling med inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å finne relevante søkeord og bygge en god søkestrategi ble det gjort søk etter litteratur, samt test søk i databaser. Det ble samtidig også benyttet et prismadiagram. Dette resulterte i tre hovedbegreper; «coercion», «mental health», og «psychiatric nursing», som stod alene og deretter i kombinasjon med søkerordene; «behavior control», «restraint*», «physical», «belt*», «physical» immobilization», «psychiatry», «adolescent psychiatry», «community psychiatry», «organization», «administration», «professional competence», «attitude of health personnel», «attitude to health», «inservice training», «ethics», «management», «mandatory review*», «audit», «attitude*», «moral», «supervision», «human rights», «crowd*», «routine*», «guideline*».

Søket ble foretatt i tre databaser (i tidsrommet 1981-2017), Medline (Ovid) med 1678 treff, Cinahl (Ebsco) med 591 treff og Psycinfo (Ovid) med 1600 treff. Tilsammen 3869 treff. Etter at duplikater ble fjernet gjennom bruk av dataprogrammet Endnote ble det endelige og totale antall treffet på 2502. Søket i Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco) og Psycinfo ble foretatt 15.09.2017 og ble avsluttet samme dag.

Resultatene ble gjennomgått manuelt på tittel og abstrakt nivå i forhold til de forhåndsbestemte inklusjon- og eksklusjonskriteriene. I denne seleksjonsprosessen ble 96 artikler selektert ut videre, og lastet ned i fullversjon for gjennomlesning. Det endelige

resultatet ble totalt 10 artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Artikkene som ble inkludert er publisert fra 2007- 2017, og alle er fagfellevurderte tekster.

For å tilpasse og revidere søkestrategien best mulig til problemstillingen, og den enkelte database bistod Regina Küfner Lein. Hun er universitetsbibliotekar for medisin ved Universitetsbiblioteket i Bergen. Det er i tillegg brukt supplerende litteratur (grå litteratur) ved bruk av søkemotoren google og google scholar.

Begrensninger

Oppgaven har begrensninger i tid og omfang. Det ville blitt en uoverkommelig oppgave å utføre et systematisk litteratursøk som er ment å dekke all kompetanse og kunnskap på området. Dette har resultert i en rekke beslutninger og avveininger relatert til hvordan et godt søk kan gjøres, og samtidig være gjennomførbart. Etter å ha utformet søkestrategi og gjennomføring av testsøk ble det vurdert at Medline (Ovid), Cinahl (Ebsco) og Psycinfo (Ovid) ville være de mest hensiktsmessige databasene å benytte seg av. Dette er gode databaser å anvende for å dekke problemstillingen det skrives om i oppgaven. Databasene har også et god grensesnitt. Siden forskning og kunnskap på området er fragmentert kunne det vært søkt i flere databaser. Området er mangelfullt og lite oversiktlig. Det er ikke funnet randomiserte kontrollerte studier [RCT].

Presentasjon av artikler

Søkestrategien i databasene gav treff på 2502 etter filtrering for dublikater. Disse ble gjennomgått manuelt i forhold til inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Etter denne seleksjonsprosessen var det 10 artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Bak et al., (2015)

Hensikt. I Danmark brukes mekaniske tvangsmidler nesten dobbelt så mye som i Norge. Studien sammenligner preventive faktorer på mekaniske tvangsmidler mellom Norge og

Danmark, og forsøker å forklare hvordan de preventive faktorene kan forklare forskjell i anvendelse av mekaniske tvangsmidler mellom de to landene.

Metode. Studien var en cross-sectional survey der lineær regresjon ble anvendt til å vurdere effekten av 22 ikke medisinske preventive faktorer for bruk av mekaniske tvangsmidler, og om det er forskjeller mellom de to landene på hvilken innvirkning de preventive faktorene har på bruk av mekaniske tvangsmidler. Data ble innhentet for en 12 måneders periode for 2008 i Danmark og for 2010 i Norge. Et online spørreskjema ble sendt ut til alle psykiatriske sykehus i Danmark (n=87) og Norge (n=96) med hensikt å finne ut i hvilken grad de preventive faktorene for bruk av mekaniske tvangsmidler var implementert i avdelingene. Gjennom bruk av spørreskjemaene var målet å finne ut om valg av preventive faktorer for bruk av mekaniske tvangsmidler kunne forklare forskjellen i antall episoder med mekaniske tvangsmidler mellom de to landene.

Utvalg. Inklusjonskriteriene var psykiatriske sykehus i de to landene og deltakerne var ansatte mellom 18 og 65 år.

Resultat. Det ble identifisert seks preventive faktorer for bruk av mekaniske tvangsmidler som viser signifikante forskjeller som delvis kan forklare forskjellen i bruk av mekaniske tvangsmidler mellom Danmark og Norge. Faktorene var krise-triggere, økt antall ansatte per pasient, nivå på utdanning, bedre arbeidsmiljø, redusert bruk av vikarer, og separasjon av de mest syke pasientene.

Konklusjon. Til tross for de identifiserte faktorene kan ikke studien konkludere med at implementering av de seks identifiserte preventive faktorene vil redusere bruk av mekaniske tvangsmidler. Under arbeidsmiljø beskriver forfatterne at arbeidsmiljø er en kompleks kategori og består av en miks av organisatoriske faktorer som, lederskap, bemanning, crowding, trening, og arkitektur for å nevne noen.

Bowers, (2014)

Hensikt. Konflikter og forskjellige former for tvangsmidler fører til at pasienter og personale risikerer å bli utsatt for alvorlige skader. Det er stor variasjon i tvangsmiddelbruk mellom sykehusene. Forfatteren ønsker å skissere en forståelse av hvordan forskjellige domener og intervensjoner som kan redusere risikofaktorer for bruk av tvangsmidler i psykiatriske sykehus.

Metode/utvalg. Artikkel. «Safeward modellen» er utviklet for å få en sammenhengende forståelse av hvilke faktorer som kan føre til «flashpoints», som kan trigge konflikter og/eller tvangsmiddelbruk. Forfatteren har identifisert 6 domener av faktorer hvor «flashpoints» kan oppstå. De 6 domene er «the staff team», «the psysical enviroment», «outside hospital», «the patient community», «patient characteristics», og «the regulatory framework».

Resultat. Modellen viser karakteristika ved personalet, ved pasienten, ved det fysiske miljøet, og det organisatoriske rammeverket. I tillegg viser modellen hvilke forhold i og utenfor institusjonen som kan påvirke pasienten. Modellen beskriver hvordan personalet kan regulere hendelser eller stressorer før det eskalerer til «flashpoints», som igjen kan føre til konflikter og bruk av tvangsmidler. Reguleringene innenfor de 6 domene er områder for intervensjon som handler om organisatoriske trekk.

Konklusjon. Modellen åpner for flere ulike intervensjoner for å redusere bruk av tvangsmidler. Modellen er et nytt konsept, og beskriver nye domener med en kausal forklaring på hvordan konflikter og bruk av tvangsmidler oppstår.

Cowman et al., (2017)

Hensikt. I EU er bruk av tvang i det psykiske helsevernet vanlig for å forhindre aggressive pasienter i å skade seg selv eller andre. Det finnes ingen enighet om direktiver eller anbefalinger om hvilke tvangsmidler som bør brukes i EU landene. Det finnes heller ikke en allmenn beste praksis tilnærming. Denne studien hadde til hensikt innlemme en tverrfaglig respons i 17 EU land, for å undersøke hvilken praksis som brukes i å håndtere aggressive

pasienter, og forskning relatert til denne praksisen. I tillegg skulle studien se på prioriteringer i utdanninger i de 17 landene.

Metode. Ekspertgruppen European Violence in Psychiatry Research Group [EViPRG], gjennomførte en eDelphi studie som de iverksatte i 17 europeiske land, hvor Norge, Sverige, og Danmark også deltok. Et medlem av EViPRG fra hvert av landene ble invitert til å være koordinator for sitt land. En eDelphi tilnærming ble valgt, både som studie design, og for å samle inn data. Det ble brukt et standardbrev for introduksjon og informasjon, som ble oversatt til hvert enkelt lands språk. Landets koordinator sendte brevet videre til forskjellige seksjoner og helsearbeidere. Svarene på denne første delen viste de største utfordringene for helsearbeidere i å håndtere aggresjon, og hvilke prioriteringer for utdanning og forskning som er nødvendig. I den andre runden var det 40 spørsmål knyttet til prioriteringer innen utdanning, og 40 spørsmål som omhandlet prioriteringer om forskning.

Utvalg. Totalt deltok 2809 respondenter fra de 17 landene i denne første runden. I neste omgang ble 999 respondenter utvalgt.

Resultat. I første runde var majoriteten av respondentene sykepleiere (n=1598). 19,5% av respondentene rapporterte at de ikke har fått opplæring i å håndtere vold og aggresjon. I utvalget fra Norge svarte 32% at de ikke hadde fått slik opplæring. Norge var et av landene med høyest rater på manglende opplæring. Fra denne første delen fremkommer det at de tre mest vanlige intervensjonene for å håndtere voldelige/aggressive pasienter var «physical restraint» 17%, «seclusion» 15%, og medisinerer 14%. I runde to rangerte respondentene topp prioritet for utdanning og forskning, for å finne best praksis i å håndtere vold.

Konklusjon. Forfatterne konkluderte med at et EU direktiv i opplæring i å håndtere vold og aggresjon kommer til uttrykk gjennom det uakseptabelt høye antall respondenter som ikke har gjennomgått slik opplæring. Dette opprettholder en tilnærming som har vart over generasjoner der «physical restraint», «seclusion», og medisinerer fortsetter å være hovedintervensjonene.

Samtaleterapi ble identifisert å være en vanlig intervensjon også i form av de-
eskaleringsteknikker. Denne intervensjonsteknikken var førstevalg når pasienten ikke var
opprørt, og som oppfølging etter en hendelse. I studien vises det til at håndterings spørsmål er
mer dominante enn kliniske spørsmål. Funnen viser at det er store utfordringer i personal
håndtering og samarbeid innen psykisk helse. Dette reiser bekymringer rundt organisatoriske
trekk som ledelse og klar politikk. Noe som kan indikere et behov for endring i hvordan
tjenestene blir ledet og styrt.

De Benedictis, Alexandre, Sieu, Mailhot & Létourneau, (2011)

Hensikt. Var å identifisere helsepersonellens oppfatninger av faktorer knyttet til
organisatoriske trekk, vold og arbeidsmiljø kunne predikere bruk av «seclusion» og
«restraint».

Metode. Forfatterne brukte bivariat analyse for å undersøke om sosiodemokratiske
variabler, arbeidsmiljø, persepsjon av aggresjon, og organisatoriske faktorer påvirket bruk av
«seclusion» og «restraint». Data ble samlet fra april 2008 til april 2009.

Utvalg. De 309 respondentene ble rekruttert fra 8 forskjellige psykiatriske sykehus i
Quebeck. 59 av respondentene fra General Psychiatric Hospital, 67 fra Forensic Hospital, 114
fra tre forskjellige general teaching hospitals, og 69 fra tre suburban hospitals.

Resultat. Studien viser at type sykehus, arbeidsmiljø, persepsjon av aggresjon, og
organisatoriske faktorer var assosiert med mer bruk av «seclusion» og «restraint». Det var en
signifikant sammenheng mellom bruk av «seclusion» og «restraint», der et arbeidsmiljø med
god organisering var assosiert med lav forekomst av «seclusion» og «restraint». Arbeidsmiljø
preget av sinne og aggresjon mellom personale viste høyere bruk av «seclusion» og
«restraint».

Konklusjon. Forfatterne understreker at det er flere organisatoriske faktorer som
påvirker bruk av «seclusion» og «restraint». Personalets persepsjon av «safety measures»,

type sykehus, arbeidsmiljø, og organisatoriske faktorer har større innvirkning på bruk av «seclusion» og «restraint» enn individuelle karakteristikk.

Espinosa et al., (2015)

Hensikt. Var å forbedre miljøet i avdelingene for å redusere bruk av tvang og tvangsmidler ved hjelp av evidensbasert praksis for å få bedre behandlingsresultater.

Metode. Gjennom et litteraturstudie fant forfatterne 18 grunnleggende prinsipper for å bedre behandlingsresultater. Noen av prinsippene fremkommer som organisatoriske trekk, som har innvirkning på episoder med vold og aggresjon. Et av prinsippene handler om at sterke ledere og veldefinerte roller med dagsplaner og planlagte aktiviteter. Et annet av de 18 prinsippene er at personalets interaksjon med pasientene er en hovedfaktor til aggresjon på psykiatriske avdelinger. Autoritære og lite fleksible holdninger sammen med en konfronterende tilnærming øker fare for vold. Prinsippene ble tilpasset og implementert i alle 15 avdelinger med tilsammen ca. 350 pasienter i 4 forskjellige psykiatriske sykehus i New York. Implementeringen foregikk i etapper, der arbeidsgrupper som inkluderte personale på alle nivåer ble involvert. Det ble etablert utdanning- og treningsgrupper som skulle omsette funnene fra litteraturstudie til praksis. Gruppene møttes hver måned og drøftet fremgang og utfordringer for videre forløp.

Utvalg. 4 psykiatriske sykehus i New York som hadde høye tall på bruk av «seclusion» og «mechanical restraints». Alle sykehusene hadde utfordringer med nedbemanning av sykepleiere og psykiatere. Sykehusene hadde også press til å redusere kostnader og varighet på innleggelsestid.

Resultat. I perioden 2005-2014 ble bruk av «mechanical restraints» redusert fra 383 til 16 per år. Tilsvarende reduksjon ble registrert for «seclusion». Fra 435 i 2006 til 53 i 2014. Et annet resultat var at holdningen til «mechanical restraint» og «seclusion» ble sett som «last

resort» i stedet for førstevalg som intervensjon ved vold og aggresjon. Tilfredsheten blant personalet og pasientene har økt gradvis gjennom hele perioden.

Konklusjon. Prosjektet var så stort og hadde så mange forskjellige intervensjoner at det er vanskelig å konkludere med hvilke intervensjoner som har hatt størst innvirkning på resultatene. Prosjektet varte også over en så lang tidsperiode at andre variabler kan ha hatt innvirkning. Likevel, antas korrelasjonen mellom de implementerte intervensjonene og det forbedrede utkommet å være tilstede.

Pollard, Yanasak, Rogers & Tapp, (2007)

Hensikt. Studien undersøker om organisatoriske og avdelingsfaktorer bidrar til reduksjon i bruk av «seclusion» og «restraint» prosedyrer i en akutt psykiatrisk avdeling. Videre undersøker forfatterne bruk av «seclusion» og «restraint» før og etter implementering av JCAHO 2000 standarder.

Metode. Forfatterne tar i bruk deskriptiv statistikk for å undersøke alle variable av interesse. T-test ble anvendt for å undersøke forskjellene i antall timer «seclusion» og «restraint» ble anvendt i månedene før og etter innføring av JCAHO 2000 standarder. T-test ble også brukt til å undersøke implementering av andre karakteristikker ved avdelingen i den samme perioden. Variabler som ble undersøkt var «patient acuity», «patient census», «number of admits», «number of discharges», «length of stay», «number of nursing staff on duty», «critical incidents», og «seclusion and restraint use hours per month».

Utvalg. Dataene for implementeringen av JCAHO 2000 standardene ble hentet fra en database fra den administrative koordinatoren ved den psykiatriske enheten ved VA hospital. Dataene var samlet over en 46 måneders periode. Fra Oktober 1998 til ut juli 2002. Implementeringen av JCAHO 2000 standardene for bruk av «seclusion» og «restraint» startet i måned 28. Denne implementeringen ble startet av lederne. Først gjennom en serie av informasjons intervensjoner, samt diskusjoner om hva som kan være alternativer til bruk av

«seclusion» og «restraint». Videoer ble også brukt som et stimuli for diskusjon. Ledernes forpliktelse til et tvangsfritt miljø og implementeringen av JCAHO 2000 standardene førte til endringer i prosedyrer og rutiner for bruk av «seclusion» og «restraint».

Resultat. Gjennom studie viste det seg at bruk av «seclusion» og «restraint» ble redusert allerede når lederne begynte diskusjonen rundt de nye JCAHO 2000 standardene. Denne reduksjonen forhold seg statistisk signifikant også etter implementering av de nye JCAHO 2000 standardene.

Konklusjon. Resultatene fra denne studien viser at enighet om implementering av nye retningslinjer og tydelig ledelse over tid kan ha en sterk effekt på organisasjonens praksis, til tross for kunnskap om motstand i personalet mot endringer.

Raboch et al., (2010)

Hensikt. Forfatterne ønsket å sammenligne bruk av tvangsmidler på tvangsinnlagte pasienter i 10 europeiske land ved å se på pasientfaktorer og organisatoriske faktorer. I tillegg er denne studien en del av et prosjekt om best klinisk praksis.

Metode. Studien bruker en multicenteret prospektive metode. Det ble samlet inn data fra tvangsinnlagte pasienter og bruk av «seclusion», «restraint», og «forced medication». Dataene ble samlet inn mellom juli 2003 og desember 2005. Målingene ble gjort en gang i løpet av de første 7 dagene og etter 4 uker. Et spørreskjema med 16 temaer ble brukt i studien.

Utvalg. 2030 tvangsinnlagte pasienter (18 til 65 år) fra 10 europeiske land. Landene som deltok var Tyskland, Bulgaria, Tsjekkia, Spania, Hellas, Italia, Litauen, Polen, Sverige og Storbritannia.

Resultat. Tilsammen ble det registrert 1462 tvangstiltak ovenfor 770 pasienter. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de pasientene hvor det ble tatt i bruk tvangsmidler og pasienter som ikke opplevde tvangsmidler. Tvangsmedisinering var intervensjonen som oftest ble brukt (56%), fulgt av «restraint» (36%), og «seclusion» (8%). Hovedbegrunnelsen for

bruk av tvangsmidler var aggresjon mot andre (59%), trussel mot egen helse (27%), autoaggresjon (22%) og aggresjon mot eiendom (24%). Studien fant ingen signifikant korrelasjon i bruk av tvangsmidler og karakteristikk knyttet til forskjeller ved sykehusene når det gjaldt antall senger per 100 000, antall ansatte per pasient, og antall senger per rom.

Konklusjon. Bruk av tvangsmidler ser ut til å ha sammenheng med diagnose. Det var sterk variasjon mellom landene. Dette kan reflektere holdninger og kliniske tradisjoner.

Riahi et al., (2016)

Hensikt. Forfatterne ønsket å utforske hvilke faktorer som påvirker psykiatriske sykepleieres beslutninger i bruk av mekaniske tvangsmidler og holding (restraint). Det mangler forskning på å utforske hva uomgjengelig nødvendig (last resort) er, og hvordan kunnskap om uomgjengelig nødvendig kan endre strategier både på et klinisk og et organisatorisk nivå.

Metode. Integrativ review av litteratur.

Utvalg. Det ble søkt i 5 databaser (Medline, Cochrane, Cinahl (Ebsco), Psycinfo, Embase). Studier fram til mars 2014 ble inkludert. Søket gav 3240 treff. Forfatterne gikk gjennom 71 fulltekst artikler, og 16 av disse ble inkludert.

Resultat. Det fremkom 8 temaer som påvirket sykepleierens beslutninger om bruk av mekaniske tvangsmidler og holding som uomgjengelig nødvendig. Temaene som fremkom var «safety for all», «restraint as a necessary intervention», «restraint as a last resort», «role conflict», «maintaining control», «staff composition», «nurses knowledge and perception of the patient», og «psychological impact». Det kommer frem gjennom studien at det ikke finnes litteratur på hva uomgjengelig nødvendig faktisk innebærer.

Konklusjon. Beslutninger om bruk av mekaniske tvangsmidler og holding er influert av interrelaterte forhold av etiske og sikkerhetsmessige spørsmål. I tillegg er interpersonlige og personalrelaterte faktorer av betydning i beslutningsprosessen.

Scanlan, (2010)

Hensikt. Systematiske reviews av programmer for å redusere «seclusion» og «restraint» rapporterer ingen evidens for eller i mot slike programmer. Forfatterne hevder at det ikke er mulig å etablere evidensbaserte retningslinjer. Gjennom dette litteratur review ønsker forfatterne derfor å finne elementer i programmene som har vært virksomme i andre situasjoner hvor spesifikke resultater assosieres med programmet. Disse detaljene har tidligere ikke vært tilgjengelige i litteraturen.

Metode. Forfatterne gjorde et litteratur review, hvor de utarbeidet en søkestrategi og foretok søk i totalt fem databaser (Cinahl, Medline, Psycinfo, Embase og Journals). Totalt fikk de 727 treff som ble gjennomgått på abstract nivå på bakgrunn av eksklusjon og inklusjonskriterier. 144 artikler ble lest i fulltekst, før forfatterne satt igjen med et endelig resultat på 26 studier, hvorav 8 var litteratur reviews. I tillegg ble 3 forskningsartikler lagt til underveis i prosessen.

Utvalg. De 29 artiklene forfatterne hadde selektert ut inneholdt 23 programmer som ble analysert for å determinere spesifikke elementer i reduksjonsprogrammene.

Resultat. Av analysene fant forfatterne 7 typer faktorer som blir ansett til å være nøkkelfaktorer i programmene. Faktorene er følgende: Organisatoriske endringer/lederskap, ekstern gjennomgang av hendelser/debrifing, databruk, trening, bruker/familie involvering, økning av personale/kriseteam, programelementer/endringer, og effekt.

Konklusjon. De 7 nøkkelfaktorene ser ut til å kunne redusere bruk av «seclusion» og «restraint», og har størst effekt på systemnivå der det er forankret i den lokale ledelsen.

Taylor et al., (2009)

Hensikt. Identifisere nøkkelfaktorer i behandling i psykiatriske sykehus, og effekten av disse faktorene i behandling av pasienter med langvarige psykiske helseproblemer.

Metode. Det ble gjennomført et systematisk litteratur review.

Utvalg. Forfatterne gjorde søk i 11 elektroniske databaser og fikk 12182 treff. De leste 550 abstrakter og 223 studier i fulltekst. 110 studier ble inkludert.

Resultat. Det ble funnet 8 nøkkelfaktorer som ble knyttet til «living conditions», «interventions for schizophrenia», «psysical health», «restraint and seclusion», «staff training and support», «therapeutic relationship», «autonomy and service user involvement», og «clinical governance».

Konklusjon. Studien viser at behandling ideelt sett bør foregå i institusjoner i lokalsamfunnet. «Seclusion» og «restraint» bør unngås om mulig, og personalet bør få regelmessig opplæring i de-eskaleringsteknikker. Klare retningslinjer som sikrer at praksis i institusjon er i overenstemmelse med evidensbaserte guidelines er et ledelsesansvar.

Tabell 1:

Resultat av litteraturgjennomgang

Papers	Populations problems	Interventions or exposure	Comparison	Outcome
Bak et al., 2015, Danmark.	Preventive faktorer til mekaniske tvangsmidler.	Comparative study. Sammenligning mellom enheter i Norge og Danmark.	Undersøker 6 faktorer som har innvirkning på bruk av mekaniske tvangsmidler.	Faktorene gir en delvis forklaring på forskjellen i bruk av mekanisk tvangsmidler i Norge og Danmark.
Bowers, 2014, Storbritannia.	Organisatoriske faktorer som kan være triggere til konflikter og/eller bruk av tvang.	Artikkel. Gjennom intervensjon redusere konflikt og bryte konflikten for å forhindre bruk av tvangsmidler.	Modellen viser hvordan personalet kan velge å ikke bruke tvangsmidler.	Modellen fører til et tryggere miljø for pasienter og personale.
Cowman et al., 2017, Europa (10 land).	Voldshåndtering i psykisk helsevern i 17 ulike land.	eDelphi survey. Hvor mange ansatte som får opplæring i håndtering av vold.	19% av respondentene hadde ikke fått opplæring.	Alarmerende mangel på opplæring, prosedyrer og rutiner i å håndtere vold.
DE Benedictis et al., 2011, Canada.	Organisatoriske trekk med fokus på helsepersonell og samarbeid.	Bivariat analyse. Faktorer knyttet til helsearbeidere og deres team som kunne predikere bruk av tvangsmidler.	Identifiserer organisatoriske trekk som predikerer bruk av tvangsmidler.	Organisatoriske trekk har innvirkning på bruk av tvangsmidler.

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 34
FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

Espinosa et al., 2015, USA.	Hvordan forbedre miljøet for pasienter gjennom å bruke evidensbasert praksis.	Litteratur review. Finne faktorer som kan forbedre pasientens tilfriskning.	Kulturforandring mot et mer terapeutisk miljø gjennom bruk av evidensbasert praksis.	Mindre bruk av tvangsmidler gjennom bruk av evidensbasert praksis, og mer tilfredse pasienter og personale.
Pollard et al., 2007, USA.	Bruk av tvangsmidler.	Deskriptiv statistikk. Ser etter endringer i bruk av tvangsmidler etter innføring av JCAHO 2000 standarder.	Før og etter innføring av JCAHO 2000 standarder.	Redusert bruk av tvangsmidler etter innføring av JCAHO 2000 standarder.
Raboch et al., 2010, Tjekkia.	Nasjonale variabler og tvangsmiddelbruk i 10 europeiske land.	Multicentre prospective cohort study. Analyserer nasjonale variasjoner i bruk av tvang og tvangsmidler i psykiatrisk behandling.	Sammenligner variabler mellom landene.	Variasjon mellom landene kan handle om forskjeller i holdninger og klinisk kultur.
Riahi, et al., 2016, Storbritannia, Australia, & Canada.	Utforsker faktorer som påvirker sykepleieres beslutninger om bruk av tvangsmidler.	Integrative review. Ser på tidligere empirisk og teoretisk litteratur for å belyse fenomenet beslutningstaking.	Finner 8 temaer som belyser hvordan beslutningen er influert av etikk og sikkerhetsansvar.	Er behov for mer forskning for å utvikle strategier for å unngå bruk av tvangsmidler.
Scanlan, 2010, Australia.	Programmer som handler om reduksjon av bruk av tvangsmidler i psykiatrien.	Litteratur review. Analyserer 23 utvalgte programmer for å finne spesifikke elementer i hvert av programmene som fører til reduksjon i bruk av tvangsmidler.	7 forskjellige strategier utvikles fra analysen.	Utviklingen av nye programmer bør inneholde 7 spesifikke faktorer.
Taylor et al., 2009, Storbritannia.	Faktorer ved institusjoner som påvirker pasientens tilfriskning.	Systematisk review. 8 institusjonskarakteristikker som var nøkkelfaktorer i pasientens tilfriskning.	Unngåelse av bruk av tvangsmidler gjennom adekvat trening i de- eskaleringsteknikker.	Raskere tilfriskning.

Diskusjon

Gjennom litteraturgjennomgangen fremkommer det noen organisatoriske faktorer som må være tilstede på psykiatriske avdelinger for å utvikle helhetlige metoder for å redusere bruk av tvangsmidler. Lovverk, kultur, helsepolitiske mål, ressurser, og organisering av helsetjenestene er noe forskjellig mellom ulike land (Cowman et al., 2017). Sammenligninger

kan gi lokale utfordringer som ikke nødvendigvis kan tilskrives organisatoriske trekk, som kan forstås globalt.

Felles for de inkluderte studiene er at de tar utgangspunkt i faktorer som bidrar til å redusere risiko for bruk av tvangsmidler. Faktorer som fører til at helsearbeiderne (som oftest sykepleiere) tar beslutningen om bruk av tvangsmidler blir belyst gjennom de organisatoriske trekkene. Det ser ut som at de mest studerte trekkene for å redusere bruk av tvangsmidler er lederskapets betydning for implementering av programmer, kultur, arbeidsmiljø, bemanning, utdanningsnivå og opplæring. Det er ingen studier som viser funn på hva lempeligere midler faktisk innebærer.

Aggresjon, vold, og trusler fra pasienter er den vanligste begrunnelsen sykepleiere oppgir som årsak til tvangsmiddelbruk (Knutzen, 2013; Espinosa et al., 2015; Riahi et al., 2016; Raboch et al., 2010). Trusler om vold og opplevelser av voldsepisoder påvirker den enkelte arbeidstaker og arbeidsmiljøet, og medfører stort sykefravær, mistrivsel og frykt (Riahi et al., 2016). En forutsetning for å ta i bruk tvangsmidler er at det har oppstått en situasjon hvor det er nødvendig å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre (Pollard et al., 2007). I Norge gir loven også mulighet for å bruke tvangsmidler for å hindre skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting (Psykisk helsevernloven, 2001, § 4-8). Forutsetningen er at det har oppstått en nødrettslignende situasjon der lempeligere midler har vist seg å være forgjeves eller utilstrekkelig. Hensikten med lempeligere midler er som ved tvangsmidler å hjelpe pasienten til og gjenvinne kontroll over seg selv (Pollard et al., 2007). Den vanligste intervensjonsmetoden består av de-eskalerende teknikker for å roe den aggressive pasienten, og samtidig ivareta sikkerhet for andre pasienter og personale på avdelingen (Riahi et al., 2016). Likevel, viser studier at de-eskalerende teknikker oftest blir brukt som førstevalg når pasienten ikke er opprørt, og som oppfølging etter en hendelse (Cowman et al., 2017).

Studien til Cowman et al., (2017) viser at 19,5% av respondentene rapporterte at de ikke har fått opplæring i å håndtere vold og aggresjon. I utvalget fra Norge svarte 32% at de ikke hadde fått slik opplæring de siste fem år, til tross for at opplæring skal gis av virksomheten for at det enkelte helsepersonellet skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999, §3-10). Kanskje er det en sammenheng mellom manglende opplæring og at tiltakene foreslått i Nasjonal strategi for økt frivillighet (2012-2015) ikke har gitt ønskede resultater. Cowman et al., (2017) viser at det er behov for et direktiv om slik opplæring. Til tross for lovverk og helsepolitikk om reduksjon i bruk av tvangsmidler er det sterke oppfatninger i klinisk praksis at «seclusion» og «restraint» er nødvendige og virksomme intervensjoner for å ivareta sikkerheten på avdelingen (Scanlan, 2010). Dette kan sees som et paradoks til andre studier som viser at bruk av tvangsmidler kan være brudd på menneskerettigheter, og er en intervensjon som ofte fører til skade på pasienter og helsepersonell (Cowman et al., 2017).

Det er lite systematisert, men fragmentert forskning på hvilke faktorer som påvirker og fører til den aggressive atferden. Studier fra EU-land viser at det er et kunnskapshull i forskningen for å utarbeide «guidelines» og «best practise» for å håndtere aggressive pasienter og ivareta sikkerhet på avdelingene (Cowman et al., 2017). «Safewards-modellen» utviklet av Bowers, (2014) er systematisert i seks domener som til sammen utgjør det som foregår inne på en sykehusavdeling, og hva som påvirker avdelingen utenfra. Hver for seg kan domenene forklare hva som kan føre til konflikter, og hvordan helsepersonell kan intervensjonere for å regulere situasjoner som oppstår.

Tre av domenene er organisatoriske faktorer som spenner fra lovverk, nasjonal helsepolitikk og lokale tilpasninger til hvordan regler, rutiner og ideologier praktiseres og formidles. Sammensetting av helsepersonellet, deres arbeidsmiljø, dialog seg imellom og med pasientene innenfor daglige og ukentlige rutiner utgjør den indre strukturen og atmosfæren på

avdelingen. Det fysiske miljøets utforming, kvalitet og kompleksitet, med varierende grad av tilgang til fasiliteter, tilgang på personale og låste dører utgjør rammene for behandlingsmiljøet (Bowers, 2014).

De tre andre domeneene i «safewards-modellen» er pasientkarakteristikker og hvordan pasienten påvirkes av forhold ved seg selv og interaksjon med andre pasienter og helsearbeidere innenfor dette behandlingsmiljøet. I tillegg vil pasientene i varierende grad være påvirket av stressorer fra det som foregår utenfor avdelingen. Modellen er formet som en sekskant. Den kan brukes til å identifisere hvilket domene for triggerer for pasienten som fordrer nødvendig regulering. Reguleringen kan tilpasses en spesifikk situasjon før den eskaleres, og fører til konflikt, som kan føre til beslutning om bruk av tvangsmidler. Konflikten kan oppstå som følge av pasientens persepsjon og reaksjon på enhver trigger innenfor dette behandlingsmiljøet. Helsepersonell som er tilstede, vil kunne fange opp pasientens utfordringer, og kan iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt og dermed forhindre eskalering (Bowers, 2014).

Alternative intervensjonsmetoder kan baseres på hvilket område i organiseringen av pasientens liv og hverdag på avdelingen som krever tiltak. Dette handler om organisatoriske faktorer. Personalets interaksjon med pasientene var en hovedfaktor til aggresjon i psykiatriske avdelinger, der en autoritær og konfronterende tilnærming øker sannsynligheten for vold (Espinosa et al., 2015). Dette støttes av funn i flere studier. DE Benedictis et al., (2011) fant at personalets persepsjon av aggresjon, og et arbeidsmiljø der det var sinne og aggresjon mellom personalet var forbundet med høyere rater i bruk av tvangsmidler. Studien til Bak et al., (2015) viser lignende resultater om arbeidsmiljø, antall ansatte per pasient, nivå på utdanning og redusert bruk av vikarer delvis kan forklare forskjellen i bruk av mekaniske tvangsmidler mellom Danmark og Norge. Denne forskjellen vises ved at avdelinger der personale hadde mer enn 3 1/2 år utdanning sammenlignet med avdelinger der personale

hadde mindre enn 3 1/2 år utdanning gav en signifikant forskjell i bruk av tvangsmidler. Dette tyder på at høyere nivå på utdanning sannsynligvis øker personalets evne til å analysere situasjoner, og øker deres handlingskompetanse, spesielt i krisesituasjoner (Bak et., 2015).

Å analysere situasjoner handler også om hva som påvirker helsearbeideren i retning av den handlingen helsearbeideren fatter beslutning om. Riahi et al., (2016) fant åtte områder som påvirker sykepleiers beslutning om bruk av tvangsmidler. Områdene var «safety for all», «restraint as a necessary intervention», «restraint as a last resort», «role conflict», «maintaining control», «staff composition», «knowledge and perception of patient behaviors», og «psychological impact». Om «staff composition» fant han at 48% av respondentene oppgav at antall personale tilstede hadde innvirkning på deres beslutning om tvangsmidler (Riahi et al., 2016). Hvis det var få ansatte bidro det til frykt hos de ansatte for interaksjon i vanskelige situasjoner, og tilbøyelighet til å bruke tvangsmidler økte. Det kommer ikke fram av denne studien om denne frykten kunne ha sammenheng med utdanningsnivå, opplæring eller om få ansatte på jobb påvirket hele behandlingsmiljøet.

Flere studier viser imidlertid at det er en rekke forhold ved den ansatte som beslutter bruk av tvangsmidler som siste utvei er et organisatorisk spørsmål. Først og fremst spiller det enkelte helsepersonellets persepsjon av aggresjon og vold, og holdninger til tvangsmidler inn på hvilke alternative intervensjoner helsearbeideren vurderer. For det andre spiller kjønn, alder, erfaring, profesjon og hvilke forventninger som ligger i behandlingskultur en vesentlig rolle i helsearbeiderens beslutning om bruk av tvangsmidler. Dersom pasienten har en historie med voldsepisoder er det større sannsynlighet for at helsearbeideren beslutter bruk av tvangsmidler (Raboch et al., 2010; Riahi et al., 2016).

Forholdet mellom bemanning og antall pasienter i seg selv binder opp ansatte i krisesituasjoner med dertil følgende risiko for vold og aggresjon. Andre aktiviteter på avdelingen kan bli vanskelig å gjennomføre. Espinosa et al., (2015) fant at redusert bruk av en

til en observasjoner medførte at det var flere ansatte tilgjengelig for alle pasienter. Dette hadde positiv effekt på det terapeutiske miljøet, og for å få gjennomført aktiviteter (Espinosa et al., 2015). Slik det også framkommer i kontrollkommisjonens rapport om klager på miljøfaktorer og velferd. Hovedbegrunnelsen i tilsvaret var begrunnet med få ansatte på jobb (Helsedirektoratet, 2015).

Å forebygge bruk av tvangsmidler innebærer at helseinstitusjonene må ha et sterkt lederskap med en klar politikk. Denne politikken bør ta hensyn til at avdelingen må organiseres slik at risiko for at aggresjon, vold og trusler oppstår minimaliseres. Espinosa et al., (2015) fant at i avdelinger hvor det var mange voldsepisoder oppholdt personale seg nesten utelukkende på vaktrommet. Mens avdelinger med få voldsepisoder var kjennetegnet av at personalet hele tiden var sammen med pasientene. I avdelingene hvor personalet stadig ble minnet om å være sammen med pasienten så de en gradvis endring av personalets holdninger til bruk av tvangsmidler. Holdningen som vokste fram var å se tvangsmidler som siste utvei. Dette var en prosess der opplæring i tidlig intervensjon der kommunikasjonen skulle være ikke-konfronterende. Personalet skulle unngå alle former for kritikk og trusler ved grensesetting av pasientene. Opplæringen i tidlig intervensjon ble gitt til alle ansatte (Espinosa et al., 2015).

Bowers, (2014) beskriver om «internal structure» at det handler om at personalet kontrollerer regler og rutiner. Personalet kan utøve makt gjennom måten regler og rutiner håndheves i avdelingen. Mestring av situasjoner hvor pasienter utfordrer disse reglene avhenger av personalets sosiale og interpersonlige ferdigheter, og hvilke resurser som er tilgjengelige i situasjonen. Måten personalet formidler et krav om å gjøre noe, eller avslutte noe, avslår et ønske fra pasienten eller formidler dårlige nyheter er eksempler på slike situasjoner, som kan føre til konflikt og risiko for bruk av tvangsmidler (Bowers, 2014).

Resursene i en slik situasjon er dels de ferdigheter personalet selv har, men også de resursene som ligger i arbeidsmiljøet. Et arbeidsmiljø som er preget av sinne og aggresjon mellom personale har større tendens til å bruke tvangsmidler enn der arbeidsmiljøet var preget av god organisering og tydelig ledelse (DE Bendedictis et al., 2011).

Raboch et al., (2010) fant store forskjeller i bruk av tvangsmidler og type tvangsmiddel mellom landene i Europa. Denne variasjonen kunne reflektere forskjellige kliniske tradisjoner og holdninger til psykiske lidelser og tvang i samfunnet. De sosiokulturelle tradisjonene og behandlingstradisjoner sammen med individuelle forskjeller mellom psykiatriske avdelinger har avgjørende betydning for bruk av tvangsmidler. Likevel, er det slik at spesifikke faktorer ved pasientene og spesifikke faktorer ved helsehjelpen kan predikere bruk av tvangsmidler. Mer enn 1/3 av de tvangsinnlagte pasientene ble utsatt for bruk av tvangsmidler i løpet av de første fire ukene av oppholdet. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom landene i karakteristikk knyttet til antall sengeplasser per 100.000 innbygger eller ansatte per pasient (Raboch et al., 2010).

Dette står i kontrast til andre studier som viser at antall ansatte per pasient er en preventiv faktor for bruk av mekaniske tvangsmidler (Bak et al., 2015). Av de 23 analyserte programmene for reduksjon av bruk av tvangsmidler fant Scanlan, (2010) syv nøkkelfaktorene der en av faktorene er antall ansatte per pasient. Riahi et al., (2016) fant lignende resultater. Antall ansatte tilstede, bruk av vikarer og uerfarne helsearbeidere var en viktig organisatorisk faktor i beslutninger om bruk av tvangsmidler. Til tross for at sykepleierne hadde etiske betenkeligheter ved bruk av tvangsmidler og at de av den grunn opplevde en rollekonflikt, anså de tvangsmidler som en nødvendig intervensjon for å ivareta et trygt miljø for ansatte og pasienter. Erfarne sykepleiere og psykiatriske sykepleiere var mer tilbøyelig til å beslutte tvangsmidler som førstevalg for intervensjon. Tilbøyeligheten til å beslutte bruk av tvangsmidler viste positiv korrelasjon mellom tiden sykepleiere hadde vært

ansatt på en avdeling, og gjennomsnittet av episoder de var involvert i. Uerfarne helsearbeidere besluttet bruk av tvangsmidler nesten tre ganger så ofte som de erfarne (Riahi et al., 2016)

Pollard et al., (2007) fant at når antallet helsearbeidere på jobb minker, øker bruk av tvangsmidler. Sammenhengen er likevel noe uklar. Det antydes at det kan ha med størrelsen på avdelinger å gjøre, eller fulle avdelinger og bruk av vikarer. Taylor et al., (2009) fant at type avdeling, arkitektur, bemanning og behandlingskultur assosieres med rater av tvangsmiddelbruk. Det mest effektive for reduksjon av tvangsmidler ble funnet å være gjennomgang og endring av rutiner på avdelingen, og tilføre ressurser i form av opplæring av personalet. En annen metode var å ta med pasienter på beslutninger som hadde med organisering av tjenestene og utarbeiding av nye rutiner. Et annet funn var at svak ledelse og få retningslinjer i avdelingen var assosiert med dårligere behandlingsresultater enn avdelinger som innførte flere metoder for å forbedre praksis. Scanlan, (2010) beskriver metoder som handler om å utvikle ferdigheter som essensielle, og viser til at det finnes treningsprogrammer både for personale og pasienter i å håndtere sinne og aggresjon. Noen programmer er utviklet for å redusere bruk av tvangsmidler gjennom å forandre det terapeutiske miljøet i avdelingene (Scanlan, 2010).

Andre programmer søker å redusere faktorer som skaper uro, og innføre opplæring i hvordan de ansatte skal tilnærme seg pasienter på en respektfull ikke-konfronterende måte, og tidlig intervensjon. Felles for programmene er at de blir målt etter effekt på en eller to parametere som er reduksjon av tvangsmidler og sikkerhet på avdelingen. Sikkerheten på avdelingen har blitt målt på rater av skader på personalet og pasienter. Noen programmer har i tillegg mål på behandlingsresultat eller pasienttilfredshet (Scanlan, 2010). Cowman et al., (2017) konkluderer med at det på det nåværende tidspunkt er urealistisk å helt unngå bruk av tvangsmidler i klinisk praksis. Det er behov for å identifisere faktorer i lovverk og klinisk

praksis med fokus på interaksjoner mellom personale og pasienter for å utvikle programmer og «guidelines» som rasjonelt kan minimere bruk av tvangsmidler. Dette fordrer sterkt lederskap lokalt, og opplæring i nye programmer. Cowman et al., (2017) konkluderer med at det er behov for EU standarder for volds håndtering i psykisk helsevern i Europa, og hevder at dette bare kan oppnås gjennom politisk initiativ (Cowman et al., 2017). Et direktiv på risiko analyser og opplæringsprogram for å håndtere vold i psykiatriske avdelinger bør initieres.

I de 17 landene i Europa var «physical restraint» den mest brukte intervensjonen for å håndtere vold, etterfulgt av «seclusion» og medikamenter. Deretter fulgte samtaleterapi og de- eskaleringsteknikker. Helsearbeiderne oppgir at den største utfordringen i å håndtere vold er ledelse, bemanning og «team work», etterfulgt av kompetanse og sikkerhet for å beskytte pasienter og personale. Det er behov for mer og prioritert forskning på hvordan voldelig atferd kan ha sammenheng med miljø og helsepersonellens holdninger og kunnskaper om å forebygge vold. Kun gjennom slik forskning kan utvikling av direktiver for hvordan helsetjenester skal organiseres og ledes danne utgangspunkt for å finne fram til en felles forståelse av «best practice» i å håndtere vold og trusler. Et slikt fokus vil bidra til reduksjon av bruk av tvangsmidler (Cowman et al., 2017).

Konklusjon

Litteraturgjennomgangen har gitt noen svar på problemstillingen, men har også medført at det er grunn til å stille flere spørsmål. De mest studerte trekkene for å redusere bruk av tvangsmidler er lederskapets betydning for implementering av programmer, kultur, arbeidsmiljø, bemanning, utdanningsnivå og opplæring. Organisatoriske trekk handler om mer enn ledelse og hvilke tiltak helsearbeidere iverksetter ved aggresjon, og hvorfor. Lovverk og helsepolitikk pålegger helsearbeidere å handle i tråd med menneskerettighetene og å forebygge og begrense bruk av tvangsmidler. Lempeligere midler skal være forsøkt først.

Litteraturgjennomgangen viser at helsearbeidere beslutter bruk av tvangsmidler av hensyn til sikkerhet for pasienter og personale på avdelingen uten hensyn til ovenstående. Det er mangelfull kunnskap om hvordan helsepersonells samarbeid og dialog seg imellom, og med pasientene påvirker behandlingsmiljøet. Et hovedspørsmål som krever mer forskning er hvordan aggresjon og voldelig atferd kan ha sammenheng med miljø og helsepersonells holdninger og kunnskaper om å forebygge aggresjon og vold.

Referanser

- Aasebø, W., Halvorsen, C. E., & Staff, S. (2018). Dialyse i belter – etisk forsvarlig behandling eller et overgrep? *Tidsskriftet for den norske legeforening (utg. 1)*. doi: 10.4045/tidsskr.17.0791
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., Siersma, V. D., & Brandt-Christensen, M. (2015). Comparing the effect on non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69:6, 1715-1725, doi: 10.3109/08039488.2014.996600
- Berg, J. E. (2008). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Hertervig forlag.
- Björkdahl, A., Heilig, M., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2007). Changes in the occurrences of coercive interventions and staff injuries on a psychiatric intensive care unit. *Archives of psychiatric nursing*, 21(5), 270 – 277.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24, 435 – 442.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129
- Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. SINTEF A8231. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/sintef_rapport_a8231_bruk_av_tvangsmidler_i_psykisk_hv_2001-2003-2005-2007.pdf
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J., & European Violence in Psychiatry Resarch Group. (2017). A descriptive survey study of violence

management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research* 17:59. doi:

10.1186/s12913-017-1988-7

De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Maillhot, M.P., & Létourneau, G. (2011). Psychiatric services. *Psychiatric Services, Arlington* 62(5), 484-91.

Eckhoff, T., & Smith, E. (2014). *Forvaltningsrett*. 10 utgave 2014. Universitetsforlaget.

Espinosa, L., Harris, B., Armstrong-Muth, J., Brous, E., Moran, J., & Giorgi-Cipriano, J. (2015). Milieu Improvement in Psychiatry Using Evidence-Based Practices: The Long and Winding Road of Culture Change. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 202-207. doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.004

Flood, C., Bowers, L., & Parkin, D. (2008). Estimating the cost of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*, 26(5), 325-330.

Flo, Å. (2016). Da sinnsykeloven var 86 år. *Tidsskriftet for den norske legeforening* 136(12), 1127. doi: 10.4045/tidsskr.16.0492

Grøtte, M., & Johannessen, N. (2017). *VG vant skup-prisen*. VG.

Helsedirektoratet (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014(2010-2014)*. Rapport-IS2452. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009*. Rapport-IS1861. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/467/Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2009-IS-1861.pdf>

Helsedirektoratet (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (2015)*. Rapport-IS2314. Hentet fra

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 46 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet. (2016). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015 (2015)*.

Rapport-IS2452. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/omfang-og-kontroll-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-i-2015>

Helsedirektoratet. (2016). *Psykisk helsevernloven § 4-8 – bruk av mekaniske tvangsmidler – gjennomføring og kontroll*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk%20helsevernloven/Presiseringer%20av%20%24-8%20-%20Bruk%20av%20mekaniske%20tvangsmidler.pdf>

Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. 1 juni 2001 nr. 71. Hentet fra

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93#KAPITTEL_2

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet og økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Offentlig dokument. Hentet

fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. nr. 19 2014-2015).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse og sykehusplan*. (Meld. St. nr. 11 2015-2016). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 47 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsetilsynet. (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern (4/2006)*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport4_2006.pdf
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hermundstad, G. (2005b). Herman Wedel Major og bygningen av Gaustad asyl. Del 2: Ariktektur. *Tidsskriftet for Norsk psykologforening*, 42(1): 9 – 13.
- Human Rights Committee. (2018). *Concluding observations on the seventh periodic report of Norway (CCPR/C/NOR/CO/7)*. Hentet fra http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fNOR%2fCO%2f7&Lang=en
- Høyer, G. (2008). Involuntary hospitalization in contermprary mental health care. Some (still) unanswered questions. *Journal of mental health*, 17(3), 281 – 292.
- Johnson, M. E. (2004). Violence on inpatient psychiatric units: State of the science. *Journal of american psychiatric nurses association*, 10(3), 113 – 121.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2000). *Restraint and Seclusion Standars for Behavioral Health*. Hentet fra https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx?ProgramId=0&ChapterId=0&IsFeatured=False&IsNew=False&Keyword=
- Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Hospital and community psychiatry*, 45, 138 – 141.
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A. & Sandvik, L. (2015). *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske*

- helsevernet for voksne i 2012*. Oslo: Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri og Helseregion Sør-Øst (rapport 2014 2).
- Knutzen, M. (2013). *Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger: Hvordan brukes de og hva er kjenneteger på pasientene?* Universitetet i Oslo, Oslo.
- LeBel, J., & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, 56(9), 1109-14.
- Lov om spesialisthelsetjenesten. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 7. februar 1999 nr 61*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_5#
- Méndez, J.E. (2013). *Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. A.HRC.22.53. Hentet fra http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- Mental Health America. (2018). *Position Statement 24: Seclusion and Restraint*. Hentet fra <http://www.mentalhealthamerica.net/positions/seclusion-restraints>
- Norvoll, R. Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. Arbeidsforskningsinstituttets notatserie (n2011:9). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/2245/Som-natt-og-dag-3.pdf>
- Norwegian NGO-forum for Human Rights. (2012). *Alternative repport to the un committe against torture*. Hentet fra <http://www.nhc.no/filestore/Publikasjoner/Rapporter/2012/NorwegianNGO-forumALTRAPPCATsent.pdf>
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECDLibrary [Online]. Hentet fra: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Pollard, R., Yanasak, E.V., Rogers, S. A., & Tapp, A. (2007). Organizational and Unit Factor Contributing to Reduction in the Use of Seclusion and Restraint Procedures on Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatr Q*, 78:73-81. doi: 10.1007/s11126-006-9028-5
- Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., . . . Kallert, T. (2010). Patients views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry*, 196 (3), s. 179-85.
- Psykisk helsevernloven (2001). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 2. Juli 2001 nr. 62. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_4
- Psykisk helsevernloven, & psykisk helsevernforskriften med kommentarer. (2017). *Psykisk helsevernlov med kommentarer*. (Rundskriv IS – 1/2017). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykiisk%20helsevernforskriften%20med%20kommentarer.pdf>
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., & Onchev, G. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services, Arlington*, 61(10), 1012-7.
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 116-128. doi: 10.1111/jpm.12285
- Scalan, J.N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423. doi: 10.1177/0020764009106630

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 50 FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

Sinnsykeloven. (1848). *Lov om sindsykes behandling og forplejning 17. august 1848*.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/tiltaksplan-for-reduisert-og-kvalitetssikret-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern%281%29>

Taylor, T.L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T.W., Schuster, M., . . . King, M.B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 9:55. doi: 10.1186/1471-244X-9-55

Telintelo, S., Kuhlman, T.L., & Winget, C. (1983). A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room. *Hospital and community psychiatry*, 34, 164 – 165.

Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B.(2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Sage* 23(3), 308-317. doi: 10.1177/0969733914564104

Tvangsforsk. (2014). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (2014-2019)*. Hentet fra: http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Forskningsplan_2014-2019.pdf

Universitetet i Oslo. (29.01.18). Systematisk litteratursøk. Hentet fra <https://www.ub.uio.no/om/for-forskere/systematisk-litteratursok.html>.

World Health Organization. (2005). *Human rights and legislation*. Hentet fra https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan (2013-2020)*. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

World Health Organization. (2014). *Mental health atlas country profiles*. Hentet fra

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/

World Health Organization. (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Hentet fra:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf

Åsebø, S., Norman, M. G., Nymo, J. (2016). *Pasienter bindes fast ulovlig*. VG.

Åsebø, S., & Norman (2017). *Strammer inn på beltebruk etter VG-avsløring*. VG.

Appendiks

Søke i databasen Medline (Ovid)

Fra 1946 til 15 september, 2017.

- 1 Coercion/ (4340)
- 2 behavior control/ or restraint, physical/ (13032)
- 3 (restraint* or belt* or "physical immobilization" or coercion).ti,ab,kw. (37987)
- 4 1 or 2 or 3 (48074)
- 5 Mental Health/ (30508)
- 6 psychiatry/ or adolescent psychiatry/ or exp community psychiatry/ (43300)
- 7 (mental health or psychiatr*).ti,ab,kw. (315646)
- 8 5 or 6 or 7 (338628)
- 9 4 and 8 (2811)
- 10 Psychiatric Nursing/ (16915)
- 11 exp "Organization and Administration"/ (1286577)
- 12 exp Professional Competence/ (105563)
- 13 exp "attitude of health personnel"/ or exp attitude to health/ (491554)
- 14 exp Inservice Training/ (28255)
- 15 exp Ethics/ (141392)
- 16 (management or Mandatory review* or audit or organi#ational or organi#ing or attitude* or ethic* or moral or supervision or human rights or crowd* or routine* or guideline*).ti,ab,kw. (1774630)
- 17 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (3188963)
- 18 9 and 17 (1678)

Søk i databasen Cinahl (Ebsco)

Fra 1981 til 15 september, 2017

HVILKE ORGANISATORISKE TREKK ER FORBUNDET MED REDUSERT RISIKO 53
FOR BRUK AV MEKANISKE TVANGSMIDLER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

- S1 (MH "Coercion") 1,127
- S2 (MH "Restraint, Physical") 3,190
- S3 TI (restraint* or belt* or "physical immobilization" or coercion) OR AB (restraint* or belt* or "physical immobilization" or coercion) 6,517
- S4 S1 OR S2 OR S3 8,561
- S5 (MH "Mental Health") 15,247
- S6 (MH "Psychiatry") OR (MH "Adolescent Psychiatry") 5,209
- S7 TI (mental health OR psychiatr*) OR AB (mental health OR psychiatr*)
85,198
- S8 S5 OR S6 OR S7 93,781
- S9 S4 AND S8 1,016
- S10 (MH "Psychiatric Nursing+") 16,448
- S11 (MH "Management+") 702,556
- S12 (MH "Professional Competence+") 40,056
- S13 (MH "Attitude of Health Personnel") 22,032
- S14 (MH "Staff Development") 21,374
- S15 (MH "Ethics+") 78,626
- S16 (MH "Clinical Supervision, Mental Health") 234
- S17 TI (management or Mandatory review* or audit or organi#ational or organi#ing or attitude* or ethic* or moral or supervision or "human rights" or crowd* or routine* or guideline*) OR AB (management or Mandatory review* or audit or organi#ational or organi#ing or attitude* or ethic* or moral or supervision or "human rights" or crowd* or routine* or guideline*) 381,258
- S18 S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 1,031,618
- S19 S9 AND S18 591

Søk i databasen Psycinfo (Ovid)

Fra 1981 til 20 januar, 2018

1. coercion.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
2. coercion.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
3. limit 2 to yr="1981 - 2018"
4. behavior control/ or restraint, physical/
5. limit 4 to yr="1981 - 2018"
6. (Restraint* or belt* or "physical immobilization" or coercion).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
7. limit 6 to yr="1981 - 2018"
8. 2 or 4 or 6
9. mental health.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
10. limit 9 to yr="1981 - 2018"
11. (psychiatry or adolescent psychiatry).mp. or exp community psychiatry/ [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
12. limit 11 to yr="1981 - 2018"
13. (mental health or psychiatry*).ti,ab.
14. 9 or 11 or 13
15. 8 and 14
16. psychiatric nursing.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]
17. limit 16 to yr="1981 - 2018"

18. "organization and administration".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

19. Professional competence.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

20. ("attitude of health personnel" or attitude to health).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

21. Inservice training.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

22. ethics.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

23. (management or mandatory review* or audit or organ#ational or organ#ing or attitude* or ethic* or moral or supervision or human rights or crowd* or routine* or guideline*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

24. 16 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23

25. 15 and 24

Prisma 2009 flow diagram

