



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAKP601

Predefinert informasjon

Startdato:	08-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	15-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	45
SIS-kode:	203 MAKP601 1 MG 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 401

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 17972

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 4

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Hvordan opplever helsepersonell bruk av isolasjon som tvangsmiddel for pasienter innen psykisk helsevern? En systematisk oversikt over kvalitative studier

How do healthcare professionals experience the use of isolation as a coercive measure for patients in mental health care? A systematic review of qualitative studies

Kjersti Valestrand Bjørnstad

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag
Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for
kunnskapsbasert praksis

Veileder: Benedicte Carlsen

Innleveringsdato: 15.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Erklæring

Denne masteroppgaven er en systematisk oversikt basert på en protokoll publisert i det internasjonale PROSPERO-registeret 19.03.18, hvor undertegnede, Anne Kristin Knudsen og Benedicte Carlsen star oppført som forfattere. Selv om protokollen har flere medforfattere erklærer jeg herved at masteroppgaven er et selvstendig arbeid hvor jeg har hatt ansvar for utforming, gjennomføring og rapportering av den systematiske oversikten.

Bergen, 06.05.19

Studentens signatur

A handwritten signature in blue ink, reading "Kjersti V. Bjørnstad", is written over a horizontal line.

Kjersti Valestrand Bjørnstad

Forord

I fire år har jeg vært deltidsstudent ved masterstudiet kunnskapsbasert praksis i helsefag ved Høgskolen på Vestlandet. Tidvis krevende, men også svært berikende. Jeg har vært på jevnlige samlinger og gledet meg til hver samling, hvor jeg har møtt kunnskapsrike og flinke medstudenter og lærere.

Det er mange som skal takkes. Først og fremst er det viktig for meg å takke arbeidsgiver, psykiatrisk klinikk, Helse Bergen. Som har gjort det mulig for meg å kombinere studiene med å være i jobb. Jeg vil takke både Ingvild Bua, Assisterende klinikkdirektør og min tidligere leder Jan Legreid.

En stor takk går også til min veileder Benedicte Carlsen for tydelig og konstruktiv veiledning gjennom hele prosessen. Takk for at du var så tilgjengelig og motiverende underveis.

Mine medstudenter, Anne Kristin og Mona som jeg har jobbet sammen med disse fire årene. Dere har vært to gode motivatorer for meg og uten dere hadde løpet blitt langt mer krevende. Det har vært nyttig og lærerikt å jobbe sammen med dere.

Til slutt vil jeg takke min familie for all hjelp og støtte. Jeg er privilegert fordi jeg har noen som heier på meg, og som har tro på at jeg kan nå de mål jeg setter meg. Mine foreldre som har passet barna, slik at jeg har kunnet sitte uforstyrret å skrive eksamensoppgaver. Mine tre barn Juna, Vilda og Ulrik for deres tålmodighet med en mor som ikke alltid har vært helt tilstede. Min mann Ken for å ha tatt ansvar hjemme og funnet deg i at mye av fritiden min har gått med til studier – uten dere hadde ikke oppgaven blitt til.

Bergen 01.05.19

Kjersti Valestrand Bjørnstad

Sammendrag

Bakgrunn: Isolasjon er et tvangstiltak som over tid har blitt brukt i økende grad innen akuttpsykiatrien. Det er ofte helsepersonell som iverksetter bruk av isolasjon og det er nyttig å undersøke helsepersonells perspektiv og opplevelser med bruk av isolasjon.

Hensikt: Å øke innsikten i hvordan helsepersonell opplever bruk av isolasjon som tvangsmiddel for pasienter innen psykisk helsevern.

Problemstilling: *Hvordan opplever helsepersonell bruk av isolasjon som tvangsmiddel for pasienter innen psykisk helsevern?*

Metode: Systematiske litteratursøk ble gjennomført i databasene PsycINFO, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SweMed+ og Epistemonikos. Systematisk oversikt og Noblit og Hare sin metode metaetnografi er brukt for å gjennomføre metaanalysen. Funn fra de inkluderte studiene er sett på tvers av hverandre og oversatt til hverandre. I en annenordensanalyse er felles tema funnet i de inkluderte primærstudiene. Gjensidig oversettelse er brukt for å oversette studiene til hverandre.

Resultat: Hovedfunn i metaanalysen indikerer at helsepersonell bruker isolering som en siste utvei dersom andre tiltak ikke har vist effekt eller det ikke er forsvarlig å prøve.

Bakgrunnskunnskap om pasienten eller pasient karakteristikk muliggjør helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering. En har større mulighet for å sette inn rett tiltak til rett tidspunkt. Helsepersonell kan føle på en hjelpeløshet opp i det hele fordi de føler at de ikke strekker til.

Konklusjon: Helsepersonell ser på bruk av isolasjon som en siste utvei og lempeligere midler skal være forsøkt. Erfaring og kompetanse hos det enkelte helsepersonell kan påvirke terskelen for iverksetting av isolasjon.

Nøkkelord: isolasjon, psykisk helsevern, tvangstiltak, metaetnografi.

English summary

Background: Isolation is a coercive measure that has been used increasingly in acute psychiatry over time. It is often healthcare personnel who implement the use of isolation and it is useful to examine the health personnel's perspective and experiences when using isolation.

Purpose: To increase insight into how health personnel experience the use of isolation as a coercive measure for patients in mental health care.

Issues: How do health personnel experience the use of isolation as a coercive measure for patients in mental health care?

Method: Systematic literature searches were conducted in the databases PsycINFO, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SweMed + and Epistemonikos. Systematic review and Noblit and Hare's metaethnography is used to carry out the meta-analysis. Findings from the included studies are seen across each other and translated into each other. In a second order analysis, the common theme is found in the included primary studies. Mutual translation is used to translate the studies into one another.

Findings: Main findings in the meta-analysis indicate that health personnel use isolation as a last resort if other measures have not proven effective or it is not appropriate to try. Background knowledge of the patient or patient characteristics enables health professionals to pre-empt and prevent isolation. Because you has the opportunity to set in the right measures at the right time. Healthcare professionals can feel inadequate because they feel they are not reaching the expected goals.

Conclusion: Healthcare professionals look at the use of isolation as a last resort and easier means should be tried. Experience and competence of the individual health personnel can affect the implementation of isolation.

Key words: Isolation, mental health care, coercive measures, meta-ethnography.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Menneskerettigheter i psykisk helsevern	3
2.2 Rettsstilling i andre land	3
2.3 Eksisterende forskning	4
2.4 Formål og forskningsspørsmål	10
2.5 Min forforståelse	10
2.6 Hvorfor er denne studien viktig	10
3.0 Metode.....	12
3.1 Forskningsdesign	12
3.2 Metaetnografi	13
3.3 Litteratursøk og søkeord	14
3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	18
3.5 Utvalgelse av studier	19
3.6 Dataekstraksjon og analyse	19
3.7 Kvalitetsvurdering	22
4.0 Resultat.....	24
4.1 Fellestrekk på tvers av studiene/sammenheng mellom resultatene	26
4.2 Analyse/oversette studiene til hverandre	28
5.0 Diskusjon.....	34
5.1 Diskusjon av metode	34
5.2 Diskusjon av funn	37
5.3 Hvor stor tillit kan en ha til funnene?	48

6.0 Konklusjon..... 52

6.1 Veien videre 52

Referanseliste

Vedlegg

Vedlegg I: Søk PsycINFO

Vedlegg II: Søk i Embase

Vedlegg III: Søk i MEDLINE

Vedlegg IV: Søk i CHINAL

Vedlegg V: Søk i SveMed+

Vedlegg VI: Søk i Epistemonikos

Vedlegg VII: Fagfellevurdering av litteratursøk

Vedlegg VIII: Inkluderte studier

Vedlegg VIII: Matrise (siste utkast)

Tabell 1: SPIDER. Søkestrategi

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier (CASP)

Tabell 4: Metodematrise

Tabell 5: CERQual Evidence Profile

Figur 1: Beslutningsprosessen om å iverksette tvangsmiddel

Figur 2: Flytdiagram for utvelgelse av studier (PRISMA)

1.0 Innledning

Det er gjort mye forskning på ulike tvangstiltak. Isolasjon er et tvangstiltak jeg over tid har erfart har blitt brukt i økende grad innen akuttpsykiatrien hvor jeg jobber. Om dette er fordi vi er blitt mer bevisst og flinkere til å registrere tvangsbruk eller om pasientene er blitt dårligere, er jeg usikker på. Det har vært mye fokus på tvang også i media de siste årene. Pasienter som har vært utsatt for omfattende tvangsbruk i dager og uker og at tvangstallene har steget i helseforetakene i Norge. Det høres dramatisk ut.

Kvalitative studier får frem holdninger, erfaringer og opplevelser. Jeg har gjort søk i medisinskbibliografiskedatabaser for å få overblikk over tema isolasjon. Det er gjort flere primærstudier om hvordan helsepersonell opplever bruk av isolasjon som tvangsmiddel, men jeg har ikke funnet oppsummerte studier på dette tema. En slik studie mangler i litteraturen og jeg tenker det vil være nyttig å tilføre fagfeltet denne oppsummerte kunnskapen. Dette er en masteroppgave med begrenset omfang, med tanke på tid og ressurser. Men det gir meg muligheten til å få et godt overblikk over tema og litteraturen som finnes. Å oppsummere kunnskap om helsepersonells holdninger, kan bidra til flere ting. For det første mener jeg at oppsummert kunnskap kan bidra til bevisstgjøring av personalet, holdningsendring og kulturendring i avdelinger. For det andre kan denne bevisstgjøringen bidra til å heve kvaliteten på tvangsbruk og bidra til å redusere bruk av tvang. For det tredje mener jeg at oppsummert kunnskap kan bidra til å lage en prosedyre for hvordan helsepersonell skal håndtere isolasjon av pasienter. Det er ofte helsepersonell som iverksetter bruk av isolasjon og det er nyttig å undersøke helsepersonells perspektiv og opplevelser med bruk av isolasjon.

Troverdighet og refleksivitet i kvalitativ forskning er viktig. Ved hjelp av ulike refleksivitetsstrategier må en bevisstgjøre forfatterens rolle i arbeidet. Forfatteren tar med seg sin profesjonelle bakgrunn, verdier og holdninger som kan påvirke de ulike prosessene (Polit & Beck, 2012, s. 598). Jeg har jobbet som sykepleier innen psykisk helsevern siden 2005, primært innen akutt- og sikkerhetspsykiatrien. Fokuset rundt bruk av tvang har vært intensivert de siste årene. Ved min arbeidsplass, psykiatrisk klinikk i Helse Bergen har vi flere prosjekter hvor vi jobber med å redusere tvangsbruk.

Jeg ønsker at vi skal bli mer bevisst og reflektert i tvangsbruk og personalets holdninger og egenskaper påvirke i stor grad. Jeg må i denne oppgaven være bevisst mine egne holdninger når jeg skal skrive en kvalitativ metasyntese. Både i utvelgelsen av studier og analysen.

2.0 Bakgrunn

Det er et overordnet mål og det arbeides kontinuerlig innen helseforetakene i Norge med å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern. I oppdragsdokumentet 2017, til helseforetakene, står det at pasientene skal oppleve et psykisk helsevern med fokus på frivillighet og mindre bruk av tvang (Helse og omsorgsdepartementet, 2017, s. 4). Tverrfaglig spesialisert behandling skal tilbys lokalt for å redusere antall tvangsinnleggelses i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene skal ha etablerte system for komplette og kvalitetssikre data om tvangsbehandlingen i psykisk helsevern. Data om tvangsinnleggelses, tvangsbehandling og tvangsmiddel bruk (Helse og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5).

I Norge reguleres tvang gjennom *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* eller psykisk helsevernloven (Psykisk helsevernloven, 1999). Psykisk helsevernloven gir behandlende instanser mulighet til omfattende inngrep overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Pasienter kan tvangsinnlegges og holdes tilbake mot sin egen vilje i institusjoner, utsettes for behandling de ikke ønsker, og helsepersonell kan ta i bruk ulike tvangsmidler og andre inngripende tiltak (NOU, 2011:9, s. 33). Krav om nødvendig helsehjelp og brukermedvirkning i egen behandling reguleres i *Pasient- og brukerrettighetsloven* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, s. § 2-1, § 3-1). Helse og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret i Norge for at brukerne av helsetjenesten får gode helse- og omsorgstjenester.

Fra 1. september 2017, ble det gjort endringer i psykisk helsevernloven. Pasienter med psykiske lidelser får større rettsvern mot bruk av tvang. Det blir større samsvar mellom menneskerettigheter og psykisk helsevernloven. Pasienten må mangle samtykkekompetanse for å kunne underlegges tvungen observasjon (§ 3-2), tvunget psykisk helsevern (§ 3-3), og behandling uten eget samtykke (§ 4-4). Dette vilkåret gjelder ikke dersom pasienten utgjør en nærliggende fare for eget liv eller andres liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999). Samtykkekompetanse betyr at pasienten er i stand til å kunne uttrykke seg, ta valg, forstå informasjonen og konsekvenser og kunne reflektere over alternativene (Lauveng, 2017). Det å avgjøre om folks samtykkekompetanse er til stede når den er varierende både gjennom døgnet, og fra en dag til en annen, er faglig sett vanskelig.

Endringene i loven fra 2017, inkluderte også bruk av skjerming (§4-3). Før kunne en skjerme pasienten inntil 12 timer før en måtte ha gyldig vedtak. Nå må det fattes vedtak om skjerming

før tiltaket settes i verk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette gir pasienten større rettssikkerhet, blant annet ved at tiltaket må begrunnes og pasienten får klagemuligheter. Når pasienten skjermes, er det ikke adgang til å låse døren til rommet der pasienten befinner seg eller på annen måte holde døren fysisk stengt. Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Er pasienten derimot så utagerende at det er behov for å ha stengt dør mellom pasient og helsepersonell må tiltaket regnes som isolasjon.

2.1 Menneskerettigheter i psykisk helsevern

Bruk av tvang og restriksjoner overfor personer med psykiske vansker øker faren for krenkelser, og kan være brudd på menneskerettigheter (T. L. Husum & Hjort, 2009). Internasjonalt og nasjonalt øker oppmerksomheten på menneskerettigheter, demokratisering av psykiske helsetjenester, pasientrettigheter og brukermedvirkning. Alle mennesker har rett til beskyttelse mot ydmykkelser, overgrep, uverdigg behandling, samt rett til likeverdighet, trygghet, respekt for privatliv og ytringsfrihet, Jmf Europarådets menneskerettskonvensjon av 1950 (T. L. Husum & Hjort, 2009). Dette harmonerer med norske lover, klageadgang og rettsapparat. De fleste som arbeider i psykisk helsetjeneste, gjør sitt beste og er oppriktig opptatt av å hjelpe. Likevel bør helsepersonell ta innover seg at handlinger gjort i den beste hensikt kan oppleves negativt av dem som blir utsatt for dem. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 1). Retningslinjene har vært revidert, på bakgrunn av samfunnsutvikling og nye problemstillinger sykepleiere står ovenfor. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskers liv og verdighet og skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

2.2 Rettsstillingen i andre land

Sammenlignet med Norge håndterer andre land behandling av alvorlig psykiske lidelser på andre måter enn Norge, selv om dette er land vi kulturelt sett kan sammenligne oss med (NOU, 2011:9, s. 55). Rammeverk, regulering og styring av tvangsbruk er ulikt mellom de ulike landene i Europa og i Skandinavia (NOU, 2011:9, s. 56).

I Europa og mer vestlige land, kan isolasjon og mer restriktiv tvang bare finne sted i psykiatriske sykehus. Isolasjon kan brukes i lukkede poster, for å ivareta sikkerhet. På særskilt

grunnlag og i tilpassede rom. I Nederland er isolasjon det mest brukte tvangstiltaket for å håndtere aggressive pasienter (Janssen, Noorthoorn, van Linge & Lendemeijer, 2007, s. 119). I Danmark, er det ikke adgang til isolering, annet enn for pasienter på sikringsavdeling (NOU, 2011:9, s. 56). I noen land som for eksempel Tyskland fatter ikke helsepersonell vedtak, dette må eventuelt gjøres av tingretten (NOU, 2011:9, s. 57).

Isolasjon brukes bare når det er høyst nødvendig og hensiktsmessig, for å håndtere risikoen for alvorlig overhengende skade, når alternativer har blitt vurdert og prøvd (VanDerNagel, Tuts, Hoekstra & Noorthoorn, 2009). En tillater også isolering av andre grunner, som for eksempel ødeleggelse av inventar eller eiendom. Når det kommer til bruk av isolasjon, er rettsstillingen stort sett den samme, i land vi kulturelt sett kan sammenligne oss med. De inkluderte studiene i denne oversikten, er fra England, Tyskland, Canada og Australia.

Det å skaffe sikker kunnskap om utenlandsk rett – for ikke å si forholdet mellom rett og praksis innenfor psykisk helsevern – er en omfattende oppgave som ikke har vært mulig å prioritere innenfor rammene av denne oppgaven.

2.3 Eksisterende forskning

Isolasjon eller kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, er underlagt § 4-8 b. *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold* (Psykisk helsevernloven, 1999). Med kortvarig menes så kort som mulig, helst ikke mer enn noen minutter. I noen tilfeller vare lenger, dersom behovet tilsier det. Isolasjon er et alvorligere tvangstiltak enn skjerming, fordi pasienten blir frarøvet mer av sin frihet og fratatt all kontakt med omverden. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige og bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på andre ting (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Med lempeligere midler menes intervensjoner en iverksetter som sees på som lite- eller middels restriktive. Med *lite* menes at en gir pasienten litt friere tøyler. Pasienten kan få gå ut eller gjøre ulike aktiviteter som kan dempe uro. Helsepersonell kan tilby samtaler med pasienten, tilby medisiner, eller tilby en samtale med en annen kollega eller lege. *Middels* restriktive intervensjoner, er tett oppfølging, en til en kontakt eller at pasienten skjermes på rom. *Maks* restriktive tiltak er tvangsmedisinering, mekanisk tvang eller isolering (Wynn, 2003b, s. 157).

En primærstudier gjennomført ved et norsk psykiatrisk sykehus undersøker hvilke intervensjoner ansatte bruker når de ivaretar voldelige eller selvskadende pasienter. Spørreskjema fra 267 respondenter viser at personalet velger de minst restriktive inngrepene, og at mer restriktive tiltak som isolasjon og mekanisk tvang var reservert for situasjoner der pasientene faktisk er voldelige og farlige (Wynn, 2003b, s. 157).

Når en snakker om isolasjon av psykisk syke mennesker på grunn av deres tilstand, kommer man ikke utenom skjerming. Med skjerming menes at pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten (NOU, 2011:9, s. 44). Skjerming er hjemlet i psykisk helsevernloven § 4.3 *Skjerming*.

Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Det forutsettes derfor at det skal vurderes om skjerming vil være tilstrekkelig i en konkret situasjon, også i situasjoner med et visst element av fare. Sentrale momenter for om tiltaket anses som skjerming eller isolasjon vil være begrunnelsen for tiltaket og hvilket innhold det har. Som eksempel nevnes at en pasient utviser utagerende og aggressiv oppførsel i fellesarealet. Helsepersonell leder pasienten til dens rom i den hensikt å skjerme pasienten fra andre pasienter og å hindre at situasjonen utarter seg. Hvis dette tiltaket viser seg tilstrekkelig i den konkrete situasjonen, må det regnes som skjerming. Er pasienten derimot så utagerende at det er behov for å ha stengt dør mellom pasient og helsepersonell må tiltaket regnes som isolasjon.

Føring i protokoll er i henhold til kravet fra helse og omsorgsdepartementet om at helseforetakene skal ha etablerte system for komplette og kvalitetssikre data. Vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten selv eller hans eller hennes nærmeste pårørende (Psykisk helsevernloven, 1999, § 6-1). Kontrollkommisjonen er et organ oppnevnt av departementet for å føre den kontroll den finner nødvendig for å sikre pasientens velferd. Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og består ellers av en lege og to andre medlemmer, alle med personlige varamedlemmer (Psykisk helsevernloven, 1999, § 6-2). Av de to sistnevnte faste medlemmer skal det være en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i tidligere stilling eller verv.

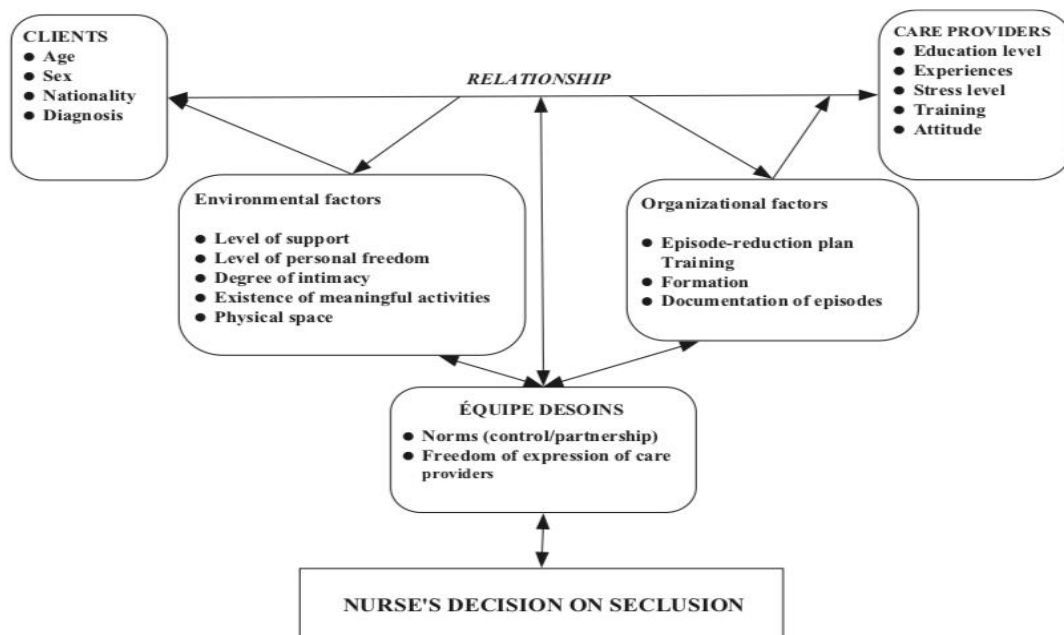
I Norge er skjerming et behandlingstiltak i døgnavdelinger innen psykisk helsevern. Isolasjon er mer brukt som et tiltak i spesielle situasjoner, for eksempel dersom pasienten viser aggressive utfall, hvor pasienten er til fare for seg selv eller andre.

De Hert mfl. skriver at *isolasjon defineres vanligvis som en pasient i et spesielt utformet rom, i den hensikt å få kontroll på pasientens atferd og sikre fysisk sikkerhet* (De Hert, Dirix, Demunter & Correll, 2011, s. 222).

Til tross for den brede bruken av isolasjon rundt om kring i verden, blir isolasjon fortsatt sett på som en kontroversiell metode (Kontio et al., 2010). Fordi restriksjonene blir knyttet til spørsmål om individets rett til selvbestemmelse, menneskerettigheter og helsepersonells etiske ansvar. En kvalitativ primærstudie påpeker at bruk av isolering representerer et etisk dilemma for helsepersonell, fordi dobbeltrollen som omsorgsgiver og gjennomfører av tvangsmessige tiltak gir særlig utfordringer for sykepleiere (Gustafsson & Salzman-Erikson, 2016). Det teoretiske grunnlaget for skjerming og isolasjon er mye diskutert i litteraturen og effekten av om isolasjon påvirker frekvensen av aggresjon er ikke kjent (Mason, 1993; Nijman, Merckelbach, Allertz & a Compo, 1997). Diskusjonene er basert på om isolasjon er en gyldig terapeutisk intervensjon eller en metode for å begrense en psykisk krise eller en form for straff (Sailas & Fenton, 2000, s. 2).

Aggressiv atferd som er potensielt skadelig for pasientene eller andre er den mest aksepterte grunnen til bruk av tvangstiltak (Kontio et al., 2010; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim & Mailhot, 2009). Selv om beslutningen om disse restriktive tiltakene er basert på rasjonelle behov, er de imidlertid også påvirket av helsepersonens oppfatninger av klienten og av egenskapene til teamet og miljøet (Larue et al., 2009). Både pasient egenskaper og ulike egenskaper hos personalet påvirker. Ifølge en artikkel fra Canada publisert i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* er ansatte med lavere utdanning og mindre erfaring mer tilbøyelige å bruke restriktive metoder og de som er overarbeidet og stresset bruker mer tvang (Larue et al., 2009, s. 442). Artikkelen har som formål å identifisere og kategorisere faktorer som er involvert i håndtering av aggressive pasienter og oppsummerer ulike faktorer som påvirker beslutningen om å iverksette isolasjon (Larue et al., 2009, s. 444). Modellen viser ulike faktorer som påvirker beslutningsprosessen om å iverksette tvangsmiddel (figur 1) Modellen fokuserer på forholdet mellom pasient og helsepersonell. Forholdet er tosidig og dermed formet av egenskapene til hver av aktørene. Helsepersonells egenskaper er avgjørende for hvilken beslutning som tas. Det er to ulike forholdet som påvirker disse, det er

miljøfaktorer og organisatoriske faktorer. Begge typer faktorer kan påvirke helsepersonellets beslutning, akkurat som helsepersonellet kan påvirke endringer i dem. Ledere kan forsøke å redusere antall og varighet av isoleringsepisoder, ved hjelp av god opplæring, kvalitetssikre dokumentasjon og oppfølging av de ansatte. Modellen oppfordrer helsepersonell til å være oppmerksomme på risikoen i en beslutningsprosess, at det ikke blir en automatisk refleks, men en selvstendig og individuell vurdering.



Figur 1: Ulike faktorer som påvirker beslutningsprosessen om å iverksette tvangstiltak (Larue et al., 2009, s. 444).

En primærstudie gjennomført ved et psykiatrisk sykehus i Tyskland undersøker fire sykepleiersteam ved fire ulike avdelinger og fant at teamrefleksivitet synes å ha forebyggende effekt på isolering. Dersom kollega reflekterer og kommuniserer om deres mål, strategier og hvilke tiltak en skal prøve, synes det å ha en forebyggende effekt på isolering fremfor viktigheten av å ha kjennskap til pasienthistorikk (Boumans, Egger, Souren, Mann-Poll & Hutschemaekers, 2012, s. 265). Det vil si at når en sykepleier skal beslutte isolering ut ifra bakgrunnskunnskap om pasientegenskaper er effekten mindre sammenlignet med effekten av teamrefleksivitet. De mellommenneskelige og kontekstuelle faktorene kan hindre bruk av isolering.

Det ble nylig publiserte en kvalitativ systematisk oversikt om pasientopplevelser ved bruk av isolasjon (Mellow, Tickle & Rennoldson, 2017). 11 studier er inkludert og et av hovedfunnene er at isolasjon har potensiale til å forårsake iatrogene skader, som stress og økende angst, spesielt hvor interaksjoner med helsepersonell ikke oppleves som medfølende (Mellow et al., 2017, s. 2). Pasientene beskrev isolasjon som for det meste negativt. Mer positive erfaringer, ses ofte i sammenheng med medfølende samspill med personalet. De mener at ett forbedringstiltak vil være å ha en prosedyre for hvordan helsepersonell handterer og gjennomfører isolering av pasienter (Mellow et al., 2017, s. 2).

Det er gjort flere studier om hvordan pasienter opplever tvangsbruk (Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Kuštner & Mayoral-Cleries, 2017; Ezeobebe, Malecha, Mock, Mackey-Godine & Hughes, 2014; Olofsson & Norberg, 2001). Pasienter opplever tvangstiltak forskjellig. Opplevelsene kan være komplekse og sammensatte ut ifra hvordan de føler seg møtt og ivaretatt. Det er også skrevet mange studier om helsepersonells opplevelse med bruk av tvang (T. Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud, 2010; Kuosmanen, Makkonen, Lehtila & Salminen, 2015; Wynn, 2003a). En primærstudie publisert i 2010, undersøker personalets holdninger og tanker om bruk av ulike tvangstiltak. Studien inkludere 650 ansatte ved 33 ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Norge og var en del av en multisenterstudie av akuttpsykiatrien. Studien fant betydelige forskjeller i holdninger til tvangsbruk blant personell. De fastslo dermed at holdninger blant hver enkelt personell påvirker hvordan de ulike avdelingene fremstod (T. Husum et al., 2010). Det er langt færre studier som bare ser på opplevelser knytte til bruk av isolasjon som tvangsmiddel og det er ikke publisert en oversiktsartikkel om hvordan helsepersonell opplever bruk av isolasjon.

Det kan være en belastning for helsepersonell å arbeide med pasienter innlagt ved psykiatriske avdelinger, på grunn av deres krevende oppførsel. Mange helsepersonell er utsatt for vold på arbeidsplassen, og i noen tilfeller kan de bli alvorlig skadet (Edward, Ousey, Warelow & Lui, 2014; Edward et al., 2016). Det er en mengde forskning på dette tema. I en systematisk oversikt fra 2014 påpekes det at personlige erfaringer med aggresjon eller vold på arbeidsplassen fører til alvorlige konsekvenser for sykepleiere, pasienter, pasientomsorg og organisasjonen som helhet (Edward et al., 2014).

Etter anbefaling fra NICE guideline, skal det gjennomføres debriefing etter bruk av en restriktiv intervensjon som for eksempel isolasjon (NICE Guideline, 2015, 1.4.53). Ledelsen og avdelingen skal legge til rette for debriefing i etterkant av hendelser for å forebygge

traumatisering av helsepersonell (Mangaoil, Cleverley & Peter, 2018). Umiddelbart etter en hendelse skal ansvarlig på vakt identifisere fysisk skade for pasient og personal. Dersom hendelsen hadde en følelsesmessig innvirkning på pasienten og personell, skal de får anledning til å diskutere hendelsen (Mangaoil et al., 2018). Dersom andre pasienter har vært vitne, skal de også få mulighet til å diskutere hendelsen i et støttende miljø. En skal sikre at alle ansatte involvert i hendelsen har mulighet til å diskutere deres erfaring med ansatte som ikke var involvert (NICE Guideline, 2015, 1.4.60).

Også i fagprosedyren, mekaniske tvangsmidler -bruk i psykisk helsevern står det at en strukturert gruppesamtale skal finne sted 2-3 dager etter bruk av tvangsmidler (Helse Bergen, 2017). Det skal gjennomføres minst én ettersamtale med pasienten, og minst én defusing og/eller debriefingsamtale med personalet etter bruk av tvangsmidler (Helse Bergen, 2017). Denne bygger også blant annet på litteratur fra NICE. Hovedstrukturen i samtalene er, kronologisk gjennomgang av hendelsesforløpet, kartlegge utløsende faktorer (triggere), den enkeltes rolle i hendelsesforløpet, hvordan den enkelte opplevde situasjonen, om noe kunne vært gjort annerledes, inkludert alternativer til tvangsbruk, behov for videre oppfølging som gruppe eller enkeltperson (Helse Bergen, 2017).

Flere studier ser på tiltak for å redusere bruk av isolasjon (Hallett & Dickens, 2015; Kuivalainen et al., 2017). Gaskin mfl. har i en oversiktsartikkel oppsummert ulike intervensjoner for å redusere bruken av isolasjon, konklusjonen er at dette er meget utfordrende og de ansatte vanligvis bruker en kombinasjon av ulike intervensjoner (Gaskin, Elsom & Happell, 2007). Nasjonalt og internasjonalt er det stort fokus på deeskalerende teknikker for å forebygge hendelser med voldelig utfall (NICE Guideline, 2015). I Norge finnes de mange ulike opplæringsprogram for hvordan en kan håndtere aggressive og voldelige pasienter. MAP (møte med aggresjonsproblematikk) er ett nytt opplæringsprogram for forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk innen psykisk helsevern (SIFER, 2011). Det nye opplæringsprogrammet skal være evidensbasert. MAP har vært et samarbeidsprosjekt mellom SIFER-nettverket, de tre regionale sikkerhetsavdelingene, Helse Stavanger og Helse Fonna. (SIFER, 2011). Implementering iverksettes høsten 2019.

2.4 Formål og forskningsspørsmål

Formålet med denne oppgaven er å lage en kvalitativ systematisk oversikt over publiserte studier, ved å oppsummere det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget og få ny kunnskap omkring helsepersonells opplevelser med isolering av pasienter innen psykisk helsevern.

Motivasjonen min for å gjennomføre studien er å øke forståelsen av hvordan helsepersonell opplever situasjonen. Få innsikt i hvordan helsepersonell vurderer lempeligere midler, iverksettingen av isolasjon og oppfølging underveis og i ettertid. Samtidig kan en slik studie føre til økt bevissthet og endret praksis for helsepersonell. Knyttet til pasientene sine opplevelser kan det medføre endringer i forhold til hvordan de blir møtt og ivaretatt.

Mitt forskningsspørsmål er:

”Hvordan opplever helsepersonell bruk av isolasjon som tvangsmiddel for pasienter innen psykisk helsevern?”

2.5 Min forforståelse

Jeg har de siste tre årene jobbet som assisterende seksjonsleder ved en akuttpost og en av arbeidsoppgavene mine er å gjennomgå vedtak fra tvangsepisoder ved avdelingen. Jeg ønsker at vi skal bli mer bevisst og reflektert i tvangsbruken vår og jeg mener at personalets holdninger og egenskaper påvirker dette i stor grad. Fokuset rundt bruk av tvang har vært intensivert de siste årene. Ved min arbeidsplass, psykiatrisk klinikk i Helse Bergen har vi flere prosjekter hvor vi jobber med å redusere tvangsbruk. Vi gjennomfører kartleggingssamtaler med pasienter ved innkomst, oppretter behandlingsplaner, gjennomfører ettersamtale etter bruk av tvangstiltak og så videre. Slik at vi kan innhente kunnskap om pasienten og bruke denne i den individuelle behandlingen.

2.6 Hvorfor er denne studien viktig

Kvalitative studier får frem holdninger, erfaringer og opplevelser. Den systematiske oversikten om pasientopplevelser til Mellow mfl. gir en oppsummerende kunnskap om hvordan pasientene blir møtt og ønsker å bli møtt av helsepersonell (Mellow et al., 2017). Jeg mener at for å kunne kvalitetssikre tvangsbruken eller redusere tvangstallene, må en også undersøke helsepersonells holdninger. Som jeg skrev innledningsvis er dette nyttig kunnskap for mitt fagfelt.

Sivilombudsmannen besøkte Helse Bergen, Psykiatrisk klinikk, 14-16 august 2018, og i ettertid ble det skrevet en rapport for besøket. Rapporten påpeker at ulike forhold knyttet til tvangsbruk må utbedres (Sivilombudsmannen, 2018). Bedre fysiske forhold for skjermingspasienter, mer fysisk aktivitet og bedre dokumentasjon av tvangsbruken er noen av tingene som nevnes.

Ifølge rapporten hadde psykiatrisk klinikk uvanlig høyt antall vedtak om bruk av isolering, sammenliknet med hva de fleste andre sykehus sivilombudsmannen har besøkt. I 2017 ble det fattet 158 isolasjonsvedtak på de syv sengepostene ved psykiatrisk klinikk, sammenlignet med 86 vedtak i 2016 (Sivilombudsmannen, 2018, s. 32). I rapporten står det at omfanget synes å reflektere en oppfatning av at isolasjon er et mindre inngripende tiltak en belteseng og ble derfor brukt i stede for belter og det fremkom at noen ansatte ikke oppfattet isolering som et spesielt inngripende tiltak (Sivilombudsmannen, 2018, s. 33). Videre skal en påse at de ansatte er kjent med lovens vilkår for bruk av isolering og at tiltak blir registrert som vedtak (Sivilombudsmannen, 2018, s. 33). Det er nyttig å kartlegge holdninger blant helsepersonell som utøver og iverksetter tvangstiltak. Dette er viktig for det videre arbeidet med å bedre og kvalitetssikre bruk av tvang.

3.0 Metode

Når jeg startet denne prosessen hadde jeg også et ønske om å finne studier om skjerming. Skjerming er et adskilt begrep i Norge som også reguleres gjennom lov om psykisk helsevern. Siden det engelske ordet for skjerming er *seclusion*, som i internasjonal sammenheng omhandler isolasjon, ble dette svært utfordrende. Det finnes ikke noen internasjonale studier om skjerming, heller ingen fra skandinaviske land. I de internasjonale studiene om *seclusion*, gjelder dette studier ved bruk av isolasjon bak lukket eller låst dør i et tilpasset rom. Derfor endte jeg opp med et forskningsspørsmål som bare omhandler isolasjon. Norvoll skriver at Norge og Danmark er de eneste landene som bruker skjerming som et begrep atskilt fra *isolasjon* (Norvoll, 2006, s. 19). Det er vanskelig å finne internasjonale studier eller litteratur som samsvarer med det vi i Norge anser som skjerming (Haugom, 2013, s. 10). En av de inkluderte studiene i denne metasyntesen trakk frem bruk av *intensiv nursing suite* (INS), et område eller en skjermet del av enheten hvor en kan skjerme pasienten og gi tettere oppfølging (S. Green, Fletcher, Tham & Jain, 2018, s. 3). Ingen studier fra Norge er inkludert i denne systematiske oversikten, litteraturen er fra England, Tyskland, Canada og Australia.

Før jeg gikk i gang med litteratursøkene gjorde jeg søk i PROSPERO (International Prospective, Register of Systematic Reviews), som er en database for registrering av påbegynte systematiske oversikter. Det er ingen pågående kvalitativ metasyntese på dette temaet. Så det ble naturlig for meg å registrere denne påbegynte systematiske oversikten i PROSPERO før jeg gikk i gang.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet jeg har brukt i denne studien, er kvalitativ systematisk oversikt og metasyntese, som bygger på kvalitative primærstudier. I følge Malterud kan kvalitativ metasyntese brukes til sammenfatning av alle typer kvalitative primærstudier (Malterud, 2017, s. 37). En metasyntese kan gi informasjon om menneskers erfaringer, opplevelser og holdninger. Kvalitativ metasyntese er en egnet metode for å besvare mitt forskningsspørsmål, fordi jeg ønsker å få mer innsikt i hvordan helsepersonells opplever bruk av isolasjon.

I systematiske oversikter søker en etter, vurdere og velger ut studier som handler om et konkret forskningsspørsmål. En systematisk oversikt kjennetegnes ved at forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere undersøkelser eller primærstudier om samme emne (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt,

Nordheim & Reinart, 2012, s. 198). Systematiske oversikter bruker metoder som er verifiserbare og transparente, slik at leserne kan gå inn og etterprøve funnene (Polit & Beck, 2012, s. 653).

Jeg ønsker på denne måten å få frem ny kunnskap om hvordan helsepersonell opplever bruk av isolasjon som tvangsmiddel. Jeg skal videre gjennomføre en fortolkende analyse, hvor funnene i primærstudiene blir systematisert og oppsummert i en overordnet teoretisk struktur, ved hjelp av metaetnografisk metode.

3.2 Metaetnografi

Jeg vil bruke Noblit og Hare (1988) sin metaetnografiske metode for syntese av kvalitative studier. Noblit og Hare var de første som utviklet og presenterte en metode for syntese av kvalitative studie, og metoden dannet i sin tid utgangspunkt for kvalitativ forskning. Jeg vil bruke metoden fordi den har en systematisk fremgangsmåte som er fin å følge, drøfte og forklare. I følge Malterud er dette en av de mest anvendte metodene innen helseforskning og de fleste metodene som er utviklet for kvalitativ forskning bærer preg av Noblit og Hare sin metaetnografi (Malterud, 2017, s. 76). Jeg vil ved hjelp av metoden lage en syntese eller fortolkende fremstilling av funn fra de ulike primærstudiene jeg inkluderer.

De finnes ulike metoder for å syntetisere kvalitativ forskning, som for eksempel thematic synthesis, grounded theory og critical interpretive synthesis, for å nevne noen. I og med at Noblit og Hare sin metaetnografi dannet grunnlaget for kvalitativ forskning finner vi tydelige spor i de fleste metoder som har kommet i ettertid. I følge Malterud er metaetnografi en induktiv metode som innebærer tolkning fremfor beskrivelse (Malterud, 2017, s. 76). Syntese er å sette ting sammen eller en forbindelse av enkeltheter til en helhet. Analysen i metasynthesen skal gi ny kunnskap og forståelse og ikke være en oppsummering. Noblit og Hare sin metode består av en analysestrategi i syv trinn.

De tre første trinnene i syvtrinnsmodellen til Noblit og Hare er å komme i gang med å sette en problemstilling, lage en søkestrategi, finne litteraturen og lese studiene. Trinn 4-6 er selv analysedelen. I trinn 4 går en dypere inn i de utvalgte studiene og lager en matrise med relevante tema og metaforer fra primærstudiene. I følge Malterud kan en metafor være en tekstbit eller ord og uttrykk forfatteren av primærstudien har trukket ut fordi det er en god fremstilling av funnene (Malterud, 2017, s. 80). I trinn 5 ser en på studiene på tvers av hverandre, metaforer fra de ulike studiene kan sammenstilles. I matrisen vil en systemisere

og organisere, slik at en systematisk kan utforske ulikheter og fellestrekk mellom de ulike studiene. Jeg synes at oversiktlige matriser er en kunst, så her måtte jeg prøve meg frem med ulike oppsett. I trinn 6, syntetiserer en oversettelsene. En utvikler gjerne flere nye overordnede begreper, med utfall i nye uttrykk i en selvstendig forståelse av funnene. Til slutt i trinn 7, må en utdype, begrunne og gjengi syntesen i den nye teksten. Jeg kommer nærmer inn på gjennomføringen av den metaetnografiske tilnærmingen til studiene under punkt 3.7.

3.3 Litteratursøk og søkeord

For å identifisere relevante primærstudier som kan besvare mitt forskningsspørsmål, må jeg strukturere et litteratursøk. Det finnes ulike verktøy for å strukturere søk. Innen kvantitativ forskning brukes PICO (populasjon, intervensjon, sammenligning og utfallsmål), mens det innen kvalitativ forskning er mer vanlig å bruke PSS (populasjon, situasjon og studiedesign) (Polit & Beck, 2012). Et annet evidensbasert verktøy innen kvalitativ forskning er akronymet SPIDER. Jeg har brukt SPIDER, (S) utvalg, (PI) fenomen av interesse, (D) design, (E) evaluering og (R) type forskning, for å identifisere søkeord og bygge opp min søkestrategi (tabell 1) (Cooke, Smith & Booth, 2012). Søkestrategien skal utformes i samsvar med forskningsspørsmålet.

S P I D E R	Søkeord
S- Sample (<i>Utvalg</i>)	Helsepersonell, psykisk helse
PI- Phenomen of interest (<i>Fenomen av interesse</i>)	Skjerming, isolasjon
D- Design (<i>Design</i>)	Intervju, spørreskjema, fokusgruppe, observasjon,
E- Evaluation (<i>Evaluering</i>)	Erfaringer, opplevelser
R- Research type (<i>Type forskning</i>)	Kvalitative studier, studier av mikset metode

Tabell 1: SPIDER.

Det finnes ulike metoder for å gjennomføre litteratursøk. En kan leter etter studier frem til en opplever at materialet er mettet (Noyes, Popay, Pearson, Hannes & Booth, 2011). Et annet eksempel er en teoretisk tilnærming med *snøballsøk* eller *referansesøk*, hvor en følger referansene videre, via primærstudier, oppsummerte oversikter eller annen litteratur. Det kan gi større bredde på søket men er mindre transparent og etterprøvbart i etterkant. Polit og Beck anbefaler at strategien skal være systematisk, transparent og etterprøvbar (Polit & Beck, 2012,

s. 96-97). Barroso mfl. argumenterer for at en i kvalitative systematiske oversikter skal finne alle studier som er relevant og som belyser forskningsspørsmålet og ikke bare et utvalg (Barroso et al., 2003). Det vil si at en søker mest mulig bredt.

I tillegg til å søke i databaser er det ulike andre måter å søke etter studier på. Håndsök i tidsskrift, søk etter forfattere, kontakte ressurspersoner på området. Men disse metodene gjør søket mindre transparent og etterprøvbart.

Det er flere årsaker til at det er mer omfattende å søke etter kvalitative studier enn kvantitative studier. En grunn er at det i bibliografiske databaser ikke er indeksering av kvalitative studier (Malterud, 2011, s. 166). For å hjelpe søkeprosessen er metodologiske søkefiltre utviklet, disse filtrerer ut studiene ved hjelp av forskningsmetoden av interesse. Dette har vist seg og være nyttig innen kvantitativ forskning for å finne RCT studier. Noen av egenskapene ved kvalitativ forskning begrenser den enkle overføringen av disse søkestrategiene (Evans, 2002). På grunn av at titler på kvalitativ forskning ikke beskriver metode, er det vanskelig å få treff ved hjelp av standard søkemotor. Tittel til kvalitativ forskning er ikke like presis som ved kvantitativ forskning, selv om tittelen gir en god beskrivelse av fokuset ved studien, er det vanskelig å velge ut søkeord. Innholdet i abstraktene varierer betydelig, og ikke alle abstrakt angir forskningsmetode, øker dette vanskeligheter med å finne kvalitative studier (Evans, 2002). For å bedre sannsynligheten for å identifisere alle relevante studier har det vært en betydelig utvikling og diskusjon rundt tilnærminger og strategier. De siste årene har det vært mer fokus på kvalitativ forskning og indeksering av metode er blitt mye bedre i de sentrale databasene (Noyes et al., 2011).

Treffsikre søkeord og gode kombinasjoner av disse er nødvendig for å gjøre et litteratursøk som finne de mest relevante primærstudiene (Malterud, 2017, s. 50). Litteraturen er i hovedsak engelsk og derfor skal søkeordene være på engelsk. Når en i forkant har søkt etter litteratur om tema, er det nyttig å se etter hvilke nøkkelord som brukes i de ulike studiene. Disse ordene kan være aktuelle tekstord i søkeoppsettet.

Det er to typer søkeord: emneord og tekstord. Tekstord, er et fritekstsøk etter ord i tittel, sammendrag, eller fulltekst. Emneord, også kalt *thesaurus* eller *Subject terms* er standardiserte ord som beskriver innholdet i artikler, bøker, og andre publikasjoner. Mange databaser har sin egen thesaurus eller emneord system. Medical Subject Headings (MeSH) er en thesaurus utviklet for MEDLINE men brukes også i andre baser. Dersom en skal finne alle relevante

artikler, anbefales det å gjøre søk med både emne- og tekstord også i baser med tesaurus (Jenuwine & Floyd, 2004). Både fordi indekseringen ikke alltid er presis og det kan ta noe tid fra en artikkel blir publisert til den får tildelt emneord. Noen standardiserte emneord kan gi lav treffsikkerhet. Fordi indekseringen ofte er mangelfull i kvalitative studier, derfor kan velvalgte ord i fritext ofte være bedre.

Søkestrategien i denne systematiske oversikten er å gjennomføre et bredt og systematisk litteratursøk. Jeg har søkt etter kvalitative primærstudier i de bibliografiske databasene EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, alle via Ovid og CINAHL via Ebsco. Samt SweMed+ for å kunne fange opp skandinaviske artikler og Episteminikos. SweMed+ dekker skandinaviske studier og er naturlig å ta med i tillegg til de fem internasjonale databasene. I tillegg har jeg gått igjennom referanselister i studier som er aktuell for inkludering. I følge Cochrane håndbok kapittel 6, kreves det grundige og transparente søk i mange ulike ressurser eller databaser, med færrest mulig begrensninger (Lefebvre, Manheimer & Glanville, 2011). De fire utvalgt internasjonale databasene er relevante å søke i innenfor mitt emne.

Litteratursøkene i alle databasene ligger som vedlegg (vedlegg I-VI). Søkeoppsettet i MEDLINE er vedlagt, men det står ikke antall treff per søkelinje i dette søket, søket har vært lagret på konto via helsebiblioteket og antall treff per søkelinje er ikke lagret bare oppsettet (vedlegg III). I søkene fra de andre databasene er både søkeoppsett og antall treff vedlagt.

Jeg brukte lang tid på å utvikle en god søkestrategi. Jeg har fått veiledning fra bibliotekar ved HVL med å bygge opp en god søkestrategi. Dette har vært nyttig for å kunne evaluere bruk av *operatorer* med AND og OR, og bruk av *trunkering* for å fange opp både entalls- og flertallsform av søkeordet (Malterud, 2017, s. 51).

Søket er gjennomført med utgangspunkt i SPIDER og strukturen på oppsettet gjenspeiler det. Jeg har med S) utvalg, *Psykisk helse, helsepersonell* (PI) fenomen av interesse, *isolasjon og skjerming*. Og (E) evaluering, *holdninger, opplevelser og erfaringer*. Med disse operatorene mellom, psykisk helse/psykiatri AND isolasjon/skjerming AND helsepersonells holdninger. For å sile ut kvalitative studier bruker jeg helsepersonells holdninger. Jeg har valgt å ekskludere (D) design og (R) type forskning / forskningsmetode i søkestrategien, fordi dette var forstyrrende og gav mye støy. Selv om indeksering av kvalitative studier er i utvikling, er det ikke like godt utviklet innen alle fagområder.

Emneordene er noe ulik i de ulike databasene, mens noen er like også. PsycINFO som er min hoveddatabase er det gode emneord for utvalget, mens for fenomen av interesse er det begrenset med emneord. Dette er gjennomgående i flere databaser. Også under evaluering er det utfordrende å finne gode emneord. Dette medfører at en må bruke gode og utfyllende tekstord, slik at man fanger opp studiene via tekstord.

Forskningsbibliotekaren som fagfellevurderte litteratursøket mitt påpekte at jeg får få treff når jeg inkluderer helsepersonell og deres holdninger. Etter tilbakemeldingen jobbet jeg videre med denne delen av søket. Jeg og bibliotekar testet ut ulike varianter, og tilslutt ble vi enige om og kombinerer først alle søkeord for helsepersonell og deretter en AND med holdningsordene. Dette gav langt flere treff, men langt flere relevante treff. Det medfører noe støy fra studier om pasienter, men ofte er pasient og helsepersonell sine opplevelser undersøkt sammen og dermed kan det være relevant.

Jeg har underveis oppdaget at ulike søkeord kan ha ulik betydning innen psykiatri og somatikk, som for eksempel isolasjon. Dette søkeordet gjorde det utfordrende fordi det gav mange treff på studier som ikke er av interesse. Men ved å knytte det til psykisk helse reduserer dette treffene noe, men jeg ser i ettertid at det har allikevel sneket seg med studier som omhandler somatiske spørsmål. Jeg diskuterte med bibliotekar om seclusion var tilstrekkelig, men vi ble enige om at isolasjon også måtte være med, selv om det inkluderte flere positive-falske studier.

Treff kan avgrensnes ved å bruke filter i de ulike databasene. Jeg har forsøkt å bruke filteret *Clinical Queries*. I dette tilfellet gav det ikke mer treffsikkerhet. Det førte til at jeg mistet aktuelle studier. Har også forsøkt å begrense søk til ulike terminologer. DeJean mfl. har i sin artikkel oppgitt et søkefilter for å minimerte falske positive (DeJean, Giacomini, Simeonov & Smith, 2016). Sammenlignet med eksisterende søkefiltre, viser deres hybridfilter en konsekvent høy følsomhet. Men jeg erfarte innledningsvis at dette førte til at jeg kunne miste for mange studier. I samråd med bibliotekar ble vi enige om å ikke bruke filter, men emneord og tekstord for helsepersonells holdninger.

Litteratursøket i Ovid PsycINFO, er fagfellevurdert av forskningsbibliotekar ved Høyskole på Vestlandet (vedlegg VII). Dette ble gjort etter prosedyre fra Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS), som er et evidensbasert verktøy for gjennomgang av elektroniske søkestrategier (McGowan et al., 2016). Søket er noe justert etter hennes anbefalinger og det

endelige litteratursøket ble utført i Ovid PsycINFO, 25. august 2018, etter nøye vurderinger om hvordan fange opp aktuelle studier som kunne belyse forskningsspørsmålet.

Samme litteratursøk ble gjennomført i alle de fire bibliografiske databasene, emneordene ble tilpasset de ulike databasene, mens tekstordene er identiske. I SveMed+ måtte jeg ekskludere siste del av søkeoppsettet. Her inkluderte jeg utvalg og fenomen av interesse, med operatoren AND (vedlegg V). Det ble en grei mengde treff, hadde jeg avgrenset mer kunne jeg nok mistet relevante studier, og det var ønskelig å finne studier fra Norden. I epistemonikos, gjennomførte jeg innledningsvis enkle søk med ulike søkeord. Jeg endte opp med å bruke søkeordet, seclusion. Dette gav et treff på 35 primærstudier (vedlegg VI).

Alle referansene fra litteratursøkene importeres til referansehåndteringsprogrammet EndNote, versjon X9 (Thomson Reuters). Der organiserte jeg og arkiverte jeg studiene. Duplikat ble fjernet og de resterende studiene ble overført til screeningverktøyet og programvaren Rayyan (<http://rayyan.qcri.org/>) (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz & Elmagarmid, 2016). Rayyan er en gratis programvare som hjelper forskere som skriver systematiske oversikter, slik at både screening og utvelgelsen av studier blir mer systematisk og går raskere (Ouzzani et al., 2016).

3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2):

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Studier som omhandler helsepersonells opplevelser og erfaring med bruk av isolasjon som tvangsmiddel for voksne pasient innen psykisk helsevern.	Studier som ikke er engelsk- eller skandinaviskspråklige.
Empiriske kvalitative primærstudier. Studier som har brukt kvalitativ metode både i datainnsamlingen og i analysen.	
Både data og analysen må være kvalitativt gjennomført.	

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Dersom studier ser på ulike tvangsmidler og/eller både helsepersonells- og pasient opplevelser, har jeg undersøkt disse og sett om det er mulig å hente ut data som er relevant for forskningsspørsmålet. Jeg har inkludert en studie som både ser på pasient- og

personalopplevelser (Holmes, Murray & Knack, 2015). I denne studien er resultatdelen delt opp slik at det er mulig å hente ut aktuelle data.

3.5 Utvelgelse av studier

Studier med mikset metode ble ekskludert da det ikke var mulig å få rike data fra disse studiene. Studiene ble ekskludert både fordi kvaliteten på de kvalitative dataene var dårlig og i noen studier var det også vanskelig å skille de ulike dataene fordi de så på forskjellige tiltak.

I de fleste studiene med mikset metode var det brukt anonymt spørreskjema, som ikke gav en utfyllende beskrivelse. Disse studiene har ikke samme utfyllende datamateriale som en kvalitativ studie som har kvalitativ metode i både datainnsamlingen og i analysen.

Rayyan er utviklet for bruk i arbeid med systematiske oversikter, som en hjelp til å velge ut studier etter inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg fulgt Higgins og Deeks sin anbefaling ved at jeg og en medstudent gikk igjennom de ti første referansene sammen for å være sikker på at begge hadde fortolket inklusjon og eksklusjonskriteriene likt (Higgins & Deeks, 2011, s. 3). Deretter selekterte vi studier via Rayyan hver for oss. Studiene ble sortert etter *inkludert*, *usikker* eller *ekskludert*. I første omgang ble studiene lest ut fra tittel og/eller sammendrag. Eventuelle uenigheter ble diskuterte og løste ved konsensus, eller med hjelp av veileder (Higgins & Deeks, 2011, s. 3). Alle studiene ble gått igjennom to uavhengig av hverandre. Ved ytterligere usikkerhet om studien skulle inkluderes eller ikke, ble studiene lest i fulltekst. Deretter ble alle de inkluderte studiene lest i fulltekst.

Prosessen med søk og utvelgelse av studier er presentert i Prisma flytdiagram (figur 2) (Liberati et al., 2009) under 4.0 resultat.

3.6 Dataekstraksjon og dataanalyse

Det er ulike metoder en kan gjøre seg nytte av for å oppsummere kvalitativ forskning. I forbindelse med denne kvalitative oppsummeringen ønsker jeg en metode som i stor grad sikrer meg en forsvarlig gjennomføring av analysen etter vitenskapelige krav. Metoden jeg har tatt utgangspunkt i er Noblit og Hare sin metaetnografi (Noblit & Hare, 1988). I tillegg til å oppsummere funn fra de inkluderte studiene beskriver metoden hvordan en gjennomfører en prosedyre som til slutt ender opp med en analyse. De tre første trinnene i syvtrinnsmodellen til Noblit og Hare, omhandler disse trinnene: utvelgelse av tema, lage en søkestrategi samt

finne litteratur og grundig gjennomlesing av studiene. Noblit og Hare anbefaler en grundig lesing av de inkluderte studiene for å få en god nok forståelse av innholdet før en kan gå i gang med en analyseprosess (Noblit & Hare, 1988, s. 28).

Etter at litteratursøket var gjennomført og aktuelle studier ble lest i fulltekst, laget jeg en tabell (tabell 4) over de inkluderte studiene. Det var nyttig for å hente ut viktige data om de ulike studiene, samtidig fikk jeg god oversikt over innholdet i hver enkelt studie. Lesingen av de inkluderte studiene startet i fase tre, men pågikk kontinuerlig gjennom hele prosessen (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Reiner og Jamtvedt anbefaler å sette opp et dataekstraksjonsskjema, hvor viktige kjennetegn ved studiene systematiseres (Reinar & Jamtvedt, 2010, s. 242-243). Dette dataekstraksjonsskjema har jeg brukt flittig underveis for å se likheter og ulikheter. En kan selv velge hvilken informasjon en vil føre opp i et slikt skjema. Jeg har valgt ut bakgrunnsdata som forfatter/publikasjonsår, land, formålet med studien, rekrutering, antall deltakere (N), hvem er deltakerne, teori og i den siste kolonnen analyse.

Jeg har jobbet med skjema i Microsoft Word. Dataekstraksjonen ble gjort av meg, men jeg har brukt medstudenter og veileder underveis for å avveie hvilken informasjon som er nyttig avhengig av hvor en er i prosessen. I starten erfarte jeg at det var nyttig med mange kolonner slik at jeg fikk hentet ut nyttig informasjon om de ulike studiene. Etterhvert som en fikk overblikk og bedre kjennskap til materialet kunne noen data tas bort og en satt igjen med langt mindre data og mer spisset data.

Trinn 4-6 er selv analysedelen. I trinn 4. går jeg dypere inn i de utvalgte studiene og lager en matrise med relevante tema og metaforer fra primærstudiene. I denne fasen handler det om å identifisere tema og hvordan studiene er relatert til hverandre. Jeg har jobbet med matriser i Microsoft Excel. Det er ingen oppskrift, så jeg har prøvd meg litt frem og fant et oppsett som var nyttig for meg, slik at jeg fikk systematisert studiene. Jeg laget først en matrise for å systematisere tekstbitene fra de ulike primærstudiene. Her hadde jeg studie/forfatter i venstre rad, mens i kolonnene laget jeg overskrifter over hovedfunn eller metaforer og funnene under hver overskrift. Jeg var raus og tok med veldig mye av tekst som besvarte problemstillingen. Sitater og oppsummeringer fra forfatterne. Jeg satt igjen med en matrise over en stor mengde data. I forkant hadde jeg markert sitert tekst med tusj, slik at det var lettere å trekke ut funn. For å redusere mengden tekst skilte jeg relevant tekst fra irrelevant tekst, med å sortere ut den delen av teksten som belyser problemstillingen, hvordan helsepersonell opplever bruk av

isolasjon som tvangsmiddel for pasienter inne psykisk helse. Det i henhold til Noblit & Hare sin anbefaling om å lage en liste over tema og begreper fra alle studier, sette dem sammen og se hvordan de er relatert til hverandre (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Selv om jeg satt igjen med en stor mengde data, gav prosessen med matrisen meg en veldig god og grundig gjennomgang av funn fra de ulike primærstudiene. Men den første matrisen ble for stor og omfattende til å trekke gode paralleller. Jeg måtte redusere datamengden ved å oppsummere funnene mer. Jeg laget deretter en ny matrise med samme oppsett som den første, hvor jeg oppsummerte funnene mer og kortet ned datamengden ytterligere.

Etter den andre matrisen ble det enklere å se funn på tvers av studiene tross ulik metodologi, ulik tilnærming og oppsummering av hovedfunn. Flere av primærstudiene har ulik metodologi. På forhånd var jeg usikker om jeg kunne syntetisere disse, men tross ulik metodologi har jeg syntetisert data. I den ideelle verden hadde alle studiene hatt lik metodologi og tilnærming, men jeg har erfart at dette ofte ikke er realiteten. Det var lærerikt og nyttig for meg å se studienes ulikheter og systematisere funnene på tvers av dette. Alle studiene kunne jeg analysere sammen, selv om jeg kunne trekke sterkere paralleller mellom noen av studiene, var det ikke aktuelt å analysere noen hver for seg. Avslutningsvis i trinn 4., kunne jeg allerede se sammenheng mellom de ulike studiene.

Trinn 5. ser jeg studiene på tvers av hverandre, metaforer fra de ulike studiene kan sammenstilles. En utforsker forbindelser og ulikheter mellom tema og begreper. I den andre matrisen har jeg systematisert og organisert, slik at jeg systematisk kan utforske ulikheter og fellestrekk mellom de ulike studiene. Noblit og Hare beskriver tre forskjellige måter studiene kan oversettes til hverandre på, gjensidig oversettelse, motstridende oversettelse og logisk argumentasjonsanalyse (Noblit & Hare, 1988, s. 38, 47 og 62). Gjensidig oversettelse er når studiene i stor grad kan sammenlignes direkte. Motstridende oversettelse innebærer å se nærmere på hva som er ulikheter mellom de forskjellige inkluderte studiene. Logisk argumentasjonsanalyse handler om logiske slutninger som bygger opp et bilde av helheten. I denne oppgaven har valgt å ta utgangspunkt i gjensidig oversettelse, fordi jeg har vurdert at de inkluderte studiene til å omhandle samme tema tross ulik tilnærming og metodologi.

På trinn 5, 6 og 7., arbeidet jeg litt frem og tilbake. Flere av trinnene henger sammen og en går litt frem og tilbake mellom trinnene. Jeg brukte mye tid på å reflektere over min egen forforståelse, opp mot fellestrekkene som etterhvert ble mer og mer synlig. I denne perioden brukte jeg medstudenter og veileder for å høre deres synspunkt. Drøfte og belyste funnene

mine, tolkningene mine, hvordan jeg oppsummerte litteraturen og hvorfor jeg endte opp med de ulike temaene. Jeg laget en ny matrise for å for å kunne identifisere og underbygge overordnede begreper i Microsoft Word (vedlegg VIII). Det var også krevende å gjøre denne analysen alene. Det ville vært en kvalitativ betydning å gjøre det sammen med flere, slik at en i større grad kunne ha analysert og drøftet funnene.

Trinn 6. omfatter tredjeordensanalysen. En skal utvikle ett eller flere nye overordnede begreper, med utfall i nye uttrykk i en selvstendig forståelse av funnene. Noblit og Hare beskriver dette som, *hva kan vi si om det hele basert på deler av de utvalgte studiene* (Noblit & Hare, 1988, s. 62). En skal bygge opp en tolkning med utgangspunkt i resultat fra hver enkelt av de inkluderte studiene.

Til slutt og siste nivået, trinn 7. Her skal en utdype, begrunne og gjengi syntesen i den nye teksten. Det handler om å formulere funnene på en måte som gjengir tilstrekkelig informasjon. En skal få frem at en har brukt en transparent og etterprøvbart måte og språket må også gi mening slik at dem som leser kan dra nytte av å lese oversikten.

3.7 Kvalitetsvurdering av utvalgte primærstudier

Når jeg i denne systematiske oversikten velger å bruke en sjekklister for å kvalitetsvurdere studiene som er inkludert, er det for å bruke en systematisk og transparent prosedyre som er etterprøvbart. Dette vil styrke validiteten i metaanalysen. Studiene som har kommet gjennom nåløye for relevans, etter inklusjons- og eksklusjonskriterier må vurderes for metodisk kvalitet. For å vurdere kvaliteten på de inkluderte studiene vil jeg bruke Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (CASP, 2006). Det er mange ulike sjekklister for vurdering av kvalitative studier, i følge Malterud er noen sjekklister utarbeidet for ulike metodologier, som intervjustudier eller fokusgruppetudier (Malterud, 2017, s. 59). Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet sin sjekklister for kvalitativ forskning er en norsk utgave som bygger på CASP (Folkehelseinstituttet, 2014). Jeg har derfor valgt å bruke den engelske utgaven som er den originale og den er brukt i mange andre systematiske oversikter over kvalitative studier.

Det er ulike meninger om bruk av sjekklister for vurdering av metodisk kvalitet. Noen hevder at kvalitetsvurdering ikke er nødvendig når det gjelder kvalitative metasynteser (Carroll, Booth & Lloyd-Jones, 2012). Når jeg skal bruke data fra disse empiriske studiene i min

analyse, er det viktig at resultatene stammer fra en prosess som dokumenterer at vitenskapelig krav er ivaretatt.

Det er noen sentrale punkter jeg mener er viktig å ta stilling til dersom en skal vurdere om resultatene fra metaanalysen er overførbare til praksis. Er det kongruens mellom teoretisk perspektiv og forskningsmetodikk. Er metode, datainnsamling, fremstillingen av data og analysen tilpasset forskningsspørsmålet. En må belyse hvor vidt funnene en rimelig tolkning av fremstilling av data. Er refleksivitet oppgitt og har forfatterne noe innvirkning på forskningsprosessen. Sjekklisten fra CASP dekker de fleste av de nevnte punktene. Sjekklisten består av 10 spørsmål for å sjekke studiens metodiske kvalitet, og skåres med «ja», «nei» eller «uklart». Under hvert punkt gis en klar beskrivelse over hva som skal vurderes. I og med at den gir en god beskrivelse av hva som skal vurderes under hvert punkt, gjør den spesielt nyttig for forskere som har liten erfaring med kvalitetsvurdering av kvalitative primærstudier. Sjekklisten tar innledningsvis for seg om formålet med studien er klart formulert og om metoden er hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet. Videre påfølger flere spørsmål om datainnsamling, dataanalyse og bakgrunnsforhold for å vurdere om man kan stole på resultatene av studien. Avslutningsvis, om resultatet en rimelig tolkning av data og om resultatet kan brukes i min praksis.

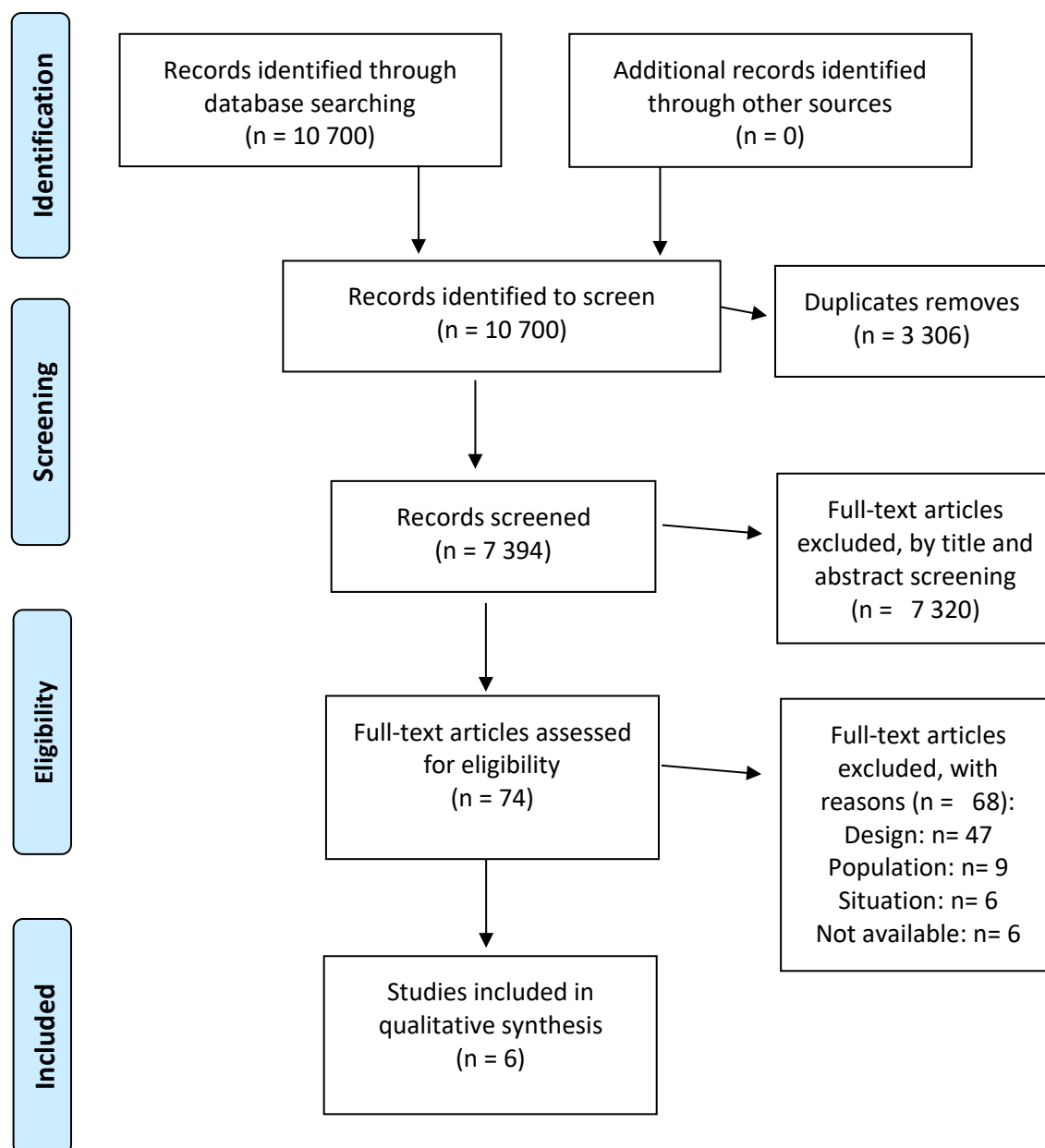
4.0 Resultater

Proessen med søk og utvelgelse av studier er presentert i Prisma flytdiagram (Liberati et al., 2009). Flytdiagrammet angir hvor mange artikler som ble identifisert ved litteratursøket, antall referanser etter at duplikat er fjernet, hvor mange som ble inkludert og ekskludert ved henholdsvis vurdering av titler/sammendrag og vurdering av artikler i fulltekst (figur 2). Siden jeg ikke har gjennomført en utvelgelse av studier til en systematisk oversikt tidligere, kan det ha bidratt til at jeg valgte å *inkluder* flere studier. Fordi det kan være utfordrende å finne metode i tittel og sammendrag.

Jeg satt igjen med 74 studier, som jeg måtte lese i fulltekst mer eller mindre. Det er ofte ikke like innlysende i tittel og sammendrag hva studien handler om. En må ofte se på både metode- og resultatdelen for å kunne finne svaret. I kvalitative studier kan funnene bli presentert både i resultatdelen og i kapittelet der resultatene diskuteres (Sandelowski & Barroso, 2002).

Selv om tittel og sammendrag virket interessant, hadde 47 av disse studiene feil design. Ofte kvantitativ eller mikset metode, samt at noen var artikler eller bokkapittel. 9 av studiene hadde feil populasjon. Disse studiene så på annet tvangsmiddel eller en blanding av ulike tvangsmiddel hvor data om isolasjon ikke kunne trekkes ut. 6 studier ble ekskludert fordi de både så på personal og pasient, her kunne jeg heller ikke skille ut aktuelle data. 6 av studiene kom fra land som Frankrike, Tyskland og Japan. Disse studiene var ikke oversatt til engelsk. På grunn av begrensede ressurser ble jeg i samråd med bibliotekar enig om å ikke bestille disse for å få de oversatt, men heller ekskludere disse.

Seks studier er inkludert i denne oversikten etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene (vedlegg VIII). Alle studiene er fra vestlige land som Australia, Canada, England og Tyskland. Primærstudiene er publisert mellom 1996-2018. Alle studiene brukte intervju som metode for datainnsamling. Studiene har brukt ulike analysemetoder, som Grounded Theory, fenomenologi, tematisk analyse og innholdsanalyse. Funnene fra de seks inkluderte studiene, var i noen studier bedre beskrevet enn i andre. Noen var mer rik på data enn andre. Den ene studien (Larue, Piat, Racine, Ménard & Goulet, 2010), er ikke like «rik» på data, da det er få siteringer fra informantene, heller antall informanter per utsagn. Men på grunn av få antall studier for inkludering, valgte jeg å inkludere denne fordi den svarer på problemstillingen.



Figur 2: Flytdiagram (PRISMA 2009 Flow Diagram (Liberati et al., 2009).

Fordi det er et få antall studier inkludert i denne metaanalysen. Kan det redusere tilliten til funnene. Forfatterne i de ulike primærstudiene stiller også spørsmål med utvalg av informanter. Det kan tenkes at de som melder seg som deltakere til en studie er de med gode holdninger og interesse for faget. Deltakerne ser nytten av å delta i studien og muligheten for

å bidra til bedre praksis. I så tilfelle er det de gode holdningene og refleksjonene som kommer frem i denne analysen. Dette kan en ikke si med sikkerhet men det er viktig å ta det med i betraktningen.

Studiene som er inkludert i denne metaanalysen er studier av ulik metodisk kvalitet. I følge Malterud bør en ekskludere studier av lav metodisk kvalitet (Malterud, 2017). I denne oversikten har det ikke vært aktuelt å ekskludere studier på bakgrunn av kvalitet, fordi jeg har et lavt antall studier som er aktuell for inkludering. Noe som i seg selv er med på å trekke ned. En av studiene mine ble inkludert på bakgrunn av lite antall studier. Denne studien er ikke like «rik» på data og er med på å trekke ned når jeg avslutningsvis ved hjelp av CERQual skal se hvor mye tillit en kan ha til hvert funn. Mens noen av studiene skårer «ja» på alle punkter, er andre studier mer «uklart». Dette gjør det vanskelig å vektlegge funn fra de ulike studiene.

4.1 Fellestrekk på tvers av studiene / sammenheng mellom resultatene

Gjennom å kritisk vurdere studiene med hjelp av CASP`s sjekklister fikk jeg god kjennskap til innholdet i studiene når jeg skal identifisere tema og begreper i studiene. Jeg har inkludert alle studiene som oppfyller inklusjonskriteriene. Tabell 3 illustrerer kvalitetskriterier og resultat etter Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2006; Shikov, Pozharitskaya & Makarov, 2016).

Screening questions:	Yes	Can't Tell	No
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	5		1
2. Is a qualitative methodology appropriate?	6		
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	6		
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	5	1	
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	6		
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	2	3	1
7. Have ethical issues been taken into consideration?	4	2	
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	6		

9. Is there a clear statement of findings?	6		
10. How valuable is the research?	6		

Tabell 3: Kvalitetskriterier og resultat. Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Studiene har ulike tilnærminger til problemstillingen. Alle har ulike vinklinger og har kategorisert informasjon fra informantene i ulike kategorier og tema. Noen har delt funnene inn i mange kategorier med få undergrupper, mens andre har få undergrupper med mer utfyllende svar. En studie har tatt utgangspunkt i ulike følelser og reaksjoner hos deltakerne i beslutningsprosessen, mens en annen har sett på ulike faktorer som påvirker beslutningen i prosessene underveis. Det kan i noen sammenhenger være vanskelig å trekke paralleller når forfatterne har ulike tilnærminger og sorterer stoffet så ulikt. Men når en får ett godt overblikk, er det enklere å se ulike sammenhenger på tvers.

For å se hvordan studiene passer sammen henter jeg ut publikasjonsår, nasjonalitet, formålet med studien, relevant informasjon om studiepopulasjonen, antall informanter samt metodologi og design (tabell 4).

FORFATTER/ PUBLIKASJONSÅR	LAND	FORMÅL MED STUDIEN	REKRUTERING	N	POPULASJON	TEORETISK PERSPEKTIV	DATA- INNSAMLING	ANALYSE
GREEN, R 2018 Implementing seclusion in forensic mental health care: A qualitative study of staff decision making.	England	Utforsker sykepleiers holdninger og faktorer brukt i beslutningsprose ssen om bruk av skjerming/isolasj on	Sykepleiere som hadde brukt isolasjon siste 12 mnd ble fanget opp av første forfatter. 24 ble invitert til å delta, pr e-post.	12	3 menn 9 kvinner 9 Teamledere 2 Avd ledere 1 Ansatt spl		To fokusgrupper på fire og åtte deltakere Semistrukturert fintervju med 9 spørsmål. Varighet ca 30 min Innspilt og transkribering	Tematisk analyse
HOLMES, D 2015 Experiencing seclusion in a forensic psychiatric setting: A phenomenological study.	Canada	Ser på hvordan helsepersonell opplever bruk av isolering.	Ansikt til ansikt etter en presentasjon av prosjektet	13	Psykiatriske sykepleiere	Fenomenologi sk teori IPA metoden	Semistrukturerte dybdeintervju	Fenomenologisk analyse Dobbel hermeneutikk
LARUE, C 2010 The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility.	Eastern Canada	Beskriver og utforsker sykepleieinterven sjoner gjeonnmført før, under og etter episoder med isolering. I henhold til lokale og nasjonale retningslinjer.		24	Sykepleiere ved to psykiatriske akuttavdelinger. 18 v/sykehus 1 6 v/sykehus 2 Overvekt kvinner med mer en 18 år erfaring.		Individuelle intervju på ca 60 min v/forsker og assistent. Innspilt og transkribert. Strukturen i intervjuet har til formål å fremkalle sykepleiers beskrivelser av deres praksis	Kvalitativ dataanalyse ved hjelp av innholdsanalyse

MUIR-COCHRANE, E 1996 An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards	Australia	Undersøke sykepleiers oppfatninger av formålet med bruk av isolasjo. Under hvilke omstendigheter brukes isolasjon	Fikk informasjon om studien via et møte og fikk tilbud om å delta dersom minimum 1 års arbeidserfaring, og ansatt mer enn 6 mnd v/avd.	7	Sykepleiere og psykiatrisk spl ved to lukkede akutt avd		Reflektert skrivning og semistrukturerte intervju.	Grounded Theory
VANDERNAGEL, J 2009 Seclusion: The perspective of nurses	Tyskland	Sykepleiers følelser før, under og etter bruk av isolasjon. Sykepleiere ved flere lukkede avdelinger på et nederlandsk psykiatriske sykehus		8	Sykepleier og sosialarbeidere. 4 menn og 4 kvinner med 3-27 års erfaring. Minimum 1 års klinisk erfaring		Halvstrukturert intervju. 50-85 min. Innspilt, transkribert og analysert ved hjelp av MaxQDA programvare (Corbin, 2008).	Grounded Theory
WYNADEN, D. 2002 Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude	Australia	undersøke beslutningsprosessen hos ansatte som iverksetter bruk av isolasjon. Ved en avdeling.		8	7 sykepleiere 1 lege 1 kvinne 7 menn		intervjuet innen 48 timer etter at det ble avgjort at en pasient skulle bli isolert. Intervjuer varierte fra 30 til 45 min. Innspilt og transkribert.	Beskrivende eksplorativ studie Kvalitativ dataanalyseprosedyre

Tabell 4: Metodematrise.

4.2 Analyse /oversette studiene til hverandre

Formålet mitt er å bidra til å utvide forståelsen av hvordan helsepersonell opplever bruk av isolasjon som tvangsmiddel for pasienter inne psykisk helse. Analysemetoden jeg har valgt å bruke er Noblit og Hare sin metaetnografi. Jeg mener at dette er en prosedyre som ivaretar det. Metaetnografi brukes for å syntetisere data. Metoden beskriver hvordan en kan syntetisere data fra ulike primærstudier. Den handler ikke om å gjennomføre trinn for trinn, men prosessen underveis går frem og tilbake og har en glidende overgang mellom de ulike fasene.

For å finne en andreordensanalyse valgte jeg å oversette studiene inn i hverandre. Jeg organiserte stoffet i en ny matrise, jeg kodet stoffet ved å legge vekt på likheter mellom de ulike primærstudiene, slik at jeg fikk delt stoffet inn i kategorier som besvarer min problemstilling. Samtidig var det viktig å få med seg data som beskriver ytterpunktene, så en får et godt bilde av informantenes svar. Jeg har med utvalg av «sitater» for å beskrive forfatternes hovedpoeng med deres egne ord. Utvalget av siteringer er temaer som er sett på tvers av de ulike studiene og ved å oppsummere disse har jeg funnet fire ulike hovedtema.

1) Rettferdiggjøring. 2) Pasienten. 3) Rammebetingelser og 4) Debriefing.

Rettferdiggjøring

Gjennomgående i de fleste studiene er at helsepersonell mener at isolasjon er siste utvei for å handtere risiko for voldelig atferd og at lempeligere midler skal være forsøkt først dersom det er mulig (R. Green, Shelly, Gibb & Walker, 2018; Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; Wynaden et al., 2002). Videre utdypes det i disse studiene at det ofte er en avgjørende faktor for å iverksette isolering, dersom det er en potensiell risiko for at pasienten utøver aggresjon og vold mot andre (R. Green et al., 2018; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; Wynaden et al., 2002). Beslutningsprosessen hvor helsepersonell bestemmer seg for å iverksette isolering eller ikke, er kompleks og flere ulike faktorer kan påvirke. I tre av studiene rettferdiggjør helsepersonell bruken av isolasjon som et sikkerhetsmål for å kontrollere aggressiv atferd (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Dersom det er en risiko for sikkerheten til personal, pasienten eller andre pasienter, er beslutningen ofte enklere å ta. Dersom personalet er usikker på pasientens tilstand og potensiale er dette en gråsone hvor personalet har ulike grenser.

I fire av studiene kom det frem at et lempeligere middel kan være å ta pasientene på rommet eller til ett roligere sted, slik at en kan skjerme de fra steder med mye stimuli (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Informantene i begge fokusgruppene i studien til Green mfl. trekker frem *intensiv Nursing Suite* (INS). Et tiltak hvor en kan gi tettere og strukturert støtte inntil pasienten er klar for å gå tilbake til fellesområdet (R. Green et al., 2018).

I noen av studiene kommer det frem at helsepersonell ser på mekaniske belter som en mer alvorligere intervensjon enn isolasjon. Det er ulike risikoer ved bruk av mekaniske belter fremfor isolasjon, som for eksempel sikre god respirasjon og det å være fysisk festet, uten mulighet for å bevege seg (R. Green et al., 2018; Holmes et al., 2015). En studie foretrekker isolering frem for tvangsmedisinering (Wynaden et al., 2002). Noe som strider mot litteraturen om å prøve lempeligere midler.

I en studie fra Australia oppgir informantene at pasientatferd assosiert med isolasjon er: selvsykdom (skjære seg/slå/hodedunking), kasting av inventar, upassende seksualiserende atferd, dersom andre tiltak som medikasjon eller samtaler mislykkes (Muir-Cochrane, 1996). Også selvsykdom er gyldig grunn for isolering (Muir-Cochrane, 1996). Videre sier

informantene at pasientkarakteristikk påvirker iverksettingen. Erfaring med pasient fra tidligere, avgjør iverksetting og hvor mange personell som behøves (Muir-Cochrane, 1996).

I tre av studiene kommer det frem at isolering kan være et terapeutisk virkemiddel for å stabilisere en akutt tilstand og noen ganger ønsker pasienten selv å bli isolert. Isolering gir pasienten en mulighet til å hente seg inn igjen, bli skjermet fra noen eller noe de var redd for. (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Informantene i disse studiene mener at isolering kan ha en positiv innvirkning.

I studien fra England legges det vekt på at personlige verdier er viktig i beslutningsprosessen. Helsepersonell er ulike, noen har stor lidenskap for jobben, noen har ikke så mye å gi og noen vil gjøre det på sin måte uten å diskutere det med kollegaer (R. Green et al., 2018). Videre utdypes det at helsepersonell må være reflektert i beslutningen og sikker på sin avgjørelse. Gode holdninger og verdier skal ligge til grunn. Spesielt som ny sykepleier kan en møte motstand på sine beslutninger fra erfarne sykepleier assistenter. Ulike krav og faktorer fra kollega påvirket sykepleiere og deres beslutningstaking. I denne studien ble også nevnt at noen sykepleiere bruker isolering mer enn andre (R. Green et al., 2018).

Flere faktorer kan spille inn i en prosess hvor en vurderer isolering som tiltak. Informantene i to av studiene var bekymret for at de andre pasientene og miljøet ville eskalere, slik at de ikke kunne kontrollere pasientens oppførsel, eller en potensielt flyktig situasjon som involverer andre pasienter kunne utvikle seg (Larue et al., 2010; Wynaden et al., 2002).

I studien fra Tyskland som har fokus på følelser og reaksjoner før, under og etter en isoleringsepisode, oppgir informantene at helsepersonell kjenner i ettertid av en isoleringsepisode en lettelse, faren er over og de har kontroll (VanDerNagel et al., 2009). En kan slappe av og senke skuldrene, ingen ble skadet og pasienten er ivaretatt (Holmes et al., 2015; VanDerNagel et al., 2009). I en av studiene gjennomført ved en rettspsykiatrisk avdeling på et Canadisk sykehus, er informantene tydelig på at isolat er et nødvendig verktøy og at de ikke kunne jobbet med en slik pasientgruppe uten å kunne bruke isolering (Holmes et al., 2015). Det kan være en belastning for helsepersonell å arbeide med pasienter innlagt ved psykiatriske avdelinger, på grunn av deres krevende oppførsel.

Pasienten

Det er gjennomgående i de fleste studier at bakgrunnskunnskap om pasienten eller pasientkarakteristikk muliggjør helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering. Fordi en gjerne vet hvilke tiltak som kan iverksettes og når. Relasjonell sikkerhet handler om å bruke kunnskap om pasienten til å iverksette riktige intervensjoner (R. Green et al., 2018; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). Forfatterne av artikkelen til Larue mfl. skriver at informantene sier at det er viktig med bakgrunnskunnskap, men det virker ikke som de jobber aktivt på denne måten.

I to av studiene står det at helsepersonell må være proaktive, å se etter tegn på at pasienter er i ferd med å bli dårlig, slik at en eventuelt kan unngå eskalering av uønsket atferd (Holmes et al., 2015; Muir-Cochrane, 1996). Dette kan redusere bruk av isolering. Viktig å fange opp det bakenforliggende, forstå årsaken, slik at en kan gå inn med riktige tiltak. Eventuelt forhandle med pasienten, ved å informere om at dersom du ikke roer deg eller går på rommet, må du isoleres (Holmes et al., 2015; Muir-Cochrane, 1996).

I en av studiene er det delte meninger blant informantene om pasienten fikk bedre oppfølging i avdelingen eller på isolatet. Noen mente at omsorgen og ivaretagelsen av pasienten er bedre når vedkommende er isolert, mens andre mente at de fikk bedre oppfølging ute i avdelingen (Holmes et al., 2015).

I tre av studiene fremkommer det at det er viktig at pasienten vet hvorfor de isoleres. Helsepersonell opplever at pasienter reagerer ulikt ut ifra hvorfor de blir isolert. Pasienten som opplever en akutt psykose, kan blir voldelig og sint, mens pasienter med mani som er overstimulert er mer likegyldig til å roe seg ned på et isolat når de ikke blir eksponert av for mye stimuli (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Ofte blir spørsmålet om hvorfor de er urolig eller sinte utelatt. En god relasjon mellom pasient og pleier er viktig og kan forebygge at pasienten blir dårlig. Noen har dårlig erfaring med relasjoner som gjør det vanskelig, mens noen får en god kontakt med og kan oppnå en terapeutisk relasjon. Det kan da være ekstra vanskelig å iverksette isolering av en pasient hvor relasjonen er god, det gjør det utfordrende for sykepleieren å trække over den grensen og i ettertid bygge opp igjen tilliten (Holmes et al., 2015).

Oppfølgingen av pasienten i etterkant er viktig, i tre av studiene mener informantene at helsepersonell må snakke med pasient i etterkant av isoleringen om hva som skjedde og hvorfor det skjedde (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; VanDerNagel et al., 2009).

Rammebetingelser

I tre av studiene sier informantene noe om at organisatoriske faktorer som hvor pasienten befinner seg i avdelingen og hvordan situasjonen er i avdelingen, påvirker helsepersonell i deres avgjørelse om å iverksette isolering (R. Green et al., 2018; Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009). Det er også ulike kontekstuelle forhold som påvirker iverksetting av isolering, som hvilken personalsammensetning som er tilgjengelig (Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). Antall personal på jobb, hvilken erfaring har de, er det overvekt av mann eller kvinner. Dersom det er for mange nye med mindre erfaring, for få tilgjengelig i post eller for mange kvinner på jobb, kan det være utfordrende og iverksette isolering. Eller er det tilstrekkelig antall personell på jobb for å kunne følge opp dårlige pasienter (Muir-Cochrane, 1996). Informantene i den ene studien oppgir at det trengs vanligvis 6. personell for å gjennomføre isolering og en planlegger ofte i forkant hvem som plasseres hvor i forhold til armer, ben og hodet (Muir-Cochrane, 1996). I en studie blir kveld og helg ble trukket frem som tidspunkt der pasientene er mer urolig fordi det er mindre aktivitetstilbud. Kjedsomhet resulterer i mer spenning og aggresjon (R. Green et al., 2018). Avdelingen klarer ikke etterkomme forespørselene, avslag kan resultere i irritasjon. Helsepersonell bruker isolering fordi de er for få ansatte til å følge opp og ivareta pasienten (Muir-Cochrane, 1996). Et resultat av at man ikke gir tilstrekkelig oppfølging.

Tre av de inkluderte studiene oppgir at retningslinjer og prosedyrer sørger for at helsepersonell gir pasienten den oppfølgingen vedkommende trenger under isolering og at den opphører når den skal (Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; Wynaden et al., 2002). Samt sikrer det at pasienten får samtale med personalet i etterkant. Videre sikrer det at pasienten får tilsyn gjennom vindu hvert 15. min (Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). At en åpner døren hvert 30. min for å vurdere tilstanden til pasienten (Larue et al., 2010).

Debriefing

I tre av studiene mener informantene at sykepleierne noen ganger sitte igjen med en usikkerhet i etterkant av en isoleringsepisode der de tok beslutningen. Noen ganger blir det stilt spørsmål om beslutningsgrunnlaget i ettertid. Noen kan i ettertid kjenne på ubehag og usikkerhet, så det ville være nyttig med en tilbakemelding (R. Green et al., 2018; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). I en av studiene kommer det frem at det er viktig å reflektere over egen beslutningsprosess, effekten av tiltaket, kunne evaluere og forbedre praksis (Wynaden et al., 2002). På den andre siden sier noen av informantene i samme studie at helsepersonell med lang erfaring ikke behøver debriefing (Wynaden et al., 2002). I to av studiene sier de at for å støtte sykepleierne om kompleksiteten rundt isolering og beslutningen, identifiseres ett behov for delingspraksis og et fora der en kan snakke om delte erfaringer (R. Green et al., 2018; VanDerNagel et al., 2009). Nyansatte sykepleiere bør delta i en eller annen form for refleksjon som en del av deres utvikling.

Som helsepersonell står en i mange utfordringer. Dersom en blir truet på livet kan det være utfordrende å starte på nytt etter en episode (Holmes et al., 2015). En må ha evnen til og et ønske om å kunne se bak utfordrende oppførsel, se sykdommen og mennesket.

5.0 Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å få økt kunnskap om hvordan helsepersonell *opplever* bruk av isolering som tvangsmiddel innen psykisk helsevern. Seks studier er inkludert i denne metaanalysen, totalt 72 informanter har delt sine opplevelser, alle fra vestlige land.

Jeg skal under dette kapittelet først drøfte metoden. Hva sier metodelitteraturen og hva er styrker og svakheter i denne studien. Deretter vil jeg drøfte funnene fra studien opp mot empirisk forskning og annen litteratur. Avslutter kapitelet med å vurdere tilliten til funnene ved hjelp av CERQual.

5.1 Diskusjon av metode

Med et kritisk blikk skal jeg nå gjennomgå metodiske valg som er gjort i denne metaanalysen. Jeg skal vurdere min egen posisjon og holdninger til systematisk og selvkritisk håndtering av vitenskapelig kunnskap. Det er ikke et spørsmål om forfatteren har påvirket resultatet, men hvordan og i hvilken grad (Malterud, 2017, s. 110). Vi leser tekst med utgangspunkt i vår forforståelse og våre teoretiske referanserammer, ofte med blikket rettet mot tekst som bekrefter egne synspunkter og antagelser (Malterud, 2017, s. 24). Forfatteren skal vise vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2011, s. 18).

Er anvendt metode riktig instrument for å måle det vi vil studere. Det finnes ulike metoder for å oppsummere og analysere kvalitative studier. Metaetnografi er den metoden som dannet utgangspunktet for kvalitativ metasyntese og er fortsatt den mest anvendte fremgangsmåten (Malterud, 2017, s. 76). Mange av elementene i fremgangsmåten til Noblit og Hare ser vi igjen i andre nyere metoder. Mange av trinnene i metoden er mindre utdypende og gir rom for egen tolkning. Jeg har fulgt Noblit og Hare sine syv trinn i metaetnografi. Det handler om å bruke riktig kartleggingsmetode for å studere det fenomenet vi skal se på (Malterud, 2011, s. 22). Intern validering handler om systematikk i innsamling og håndtering av materialet. Selv om metoden er trinnvis, er det noen ganger nødvendig å stoppe opp og gå ett trinn tilbake og prøve på nytt, slik at en ikke overser noen data.

En styrke ved denne metaanalysen er litteratursøket og utvelgelsen av de inkluderte studiene. Litteratursøket er fagfellevurdert av bibliotekar. Etter at duplikat ble fjernet ble søket overført til referansehåndteringsprogrammet Rayyan. Vi har to personer uavhengig av hverandre

gjennomgått studiene. Begge har brukt referansehåndteringsprogrammet, noe som gjør gjennomgangen strukturert og enklere. Det var mange studier å gå igjennom, noe som i seg selv kan øke faren for å gjøre feil. Faren for dette ble minimalisert når vi gikk igjennom studiene uavhengig av hverandre. Ved tvilstilfeller har vi diskutert oss frem til konsensus og jeg har også brukt veileder i tvilstilfeller.

Refleksivitet handler om forfatterens forutsetninger og tolkningsramme. Mine perspektiv og erfaringer fra klinisk arbeid med bruk av isolering som tvangsmiddel innen psykisk helse, har påvirket hva jeg ser etter, hva jeg har vektlagt som relevante funn og hvordan jeg har brukt disse funnene i analysen. Det blir naturlig for meg å gjenkjenne utsagn og konklusjoner fra de ulike studiene, fordi jeg selv i ulike settinger og på ulike avdelinger har stått i situasjoner hvor jeg har vurdert bruk av isolering. Dette har påvirket hvordan jeg har valgt ut litteratur og sett funn på tvers av hverandre. Jeg vet at tvang reguleres gjennom psykisk helsevernloven og at tvang bare skal brukes når det er gjennomskuelig nødvendig. For eksempel dersom pasienten mangler samtykkekompetanse og det er fare for liv og helse (Psykisk helsevernloven, 1999). På sykepleierstudiet fikk jeg for første gang kjennskap til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleie skal bygges på respekt for den enkelte pasient og en skal vise omsorg og medmenneskelighet i møtet med pasienten. Dette er på en måte motstridende målsettinger, men samtidig ikke. Jeg tenker at når tvang brukes på riktig måte viser en omsorg for pasienten, fordi de ikke er i stand til å gjøre det selv. Jeg har jobbet innen psykisk helsevern i 14 år, i over 10 år har jeg jobbet klinisk. Jeg har stått i ulike problemstillinger og denne erfaringsbaserte kunnskapen har vært nyttig når jeg har gjort denne studien. At jeg har erfaring selv, gjør at jeg lettere kan se for meg hva informantene i de ulike primærstudiene forteller om. Jeg kan dra kjennskap på ting de tar opp og jeg drar lettere konklusjoner fordi jeg kjenner litteraturen. Dette kan være både positivt og negativt. Positivt fordi jeg kan sile ut informasjon som belyser problemstillingen og negativt dersom jeg misbruker mine forutsetninger og plukker ut informasjon om det som underbygger mine antagelser eller min forforståelse. På forhånd tenkte jeg at isolasjon handler om siste inngripende tiltak og andre lempeligere midler skal være forsøkt. Det var spennende å lese litteraturen og gjenkjenne de ulike elementene i isoleringsprosessen. Hadde de ulike retningslinjer de fulgte og ble isoleringen avsluttet på grunnlag av retningslinjer eller individuelle antagelser og observasjoner.

En svakhet ved denne metaanalysen er gjennomlesning, kritisk vurdering og analyseprosessen av de inkluderte primærstudiene. Jeg har brukt mye tid i løpet av denne prosessen på å reflektere over dette. Da jeg hadde lest alle studiene og hentet ut data til den første matrisen, hadde jeg tenkt ut noen relevante tema. Jeg valgte da å diskutere med veileder og medstudenter for å ikke henge meg opp i disse temaene. Jeg følte meg usikker på utvelgelsen av tema på bakgrunn av mine forutsetninger og tolkningsramme. Jeg gikk derfor i gang med å jobbe mer med stoffet og laget en ny matrise med utgangspunkt i dette. To av temaene opprettholdt jeg, mens to av temaene ble justert. Gjennomlesningen av studiene, den kritiske vurderingen av de inkluderte studiene og analyseprosessen, har bare vært gjennomført av en person. For å bedre denne prosessen har jeg brukt medstudenter og veileder og diskutert med disse gjennom hele prosessen og spesielt dersom jeg har vært usikker. Et bedre alternativ er at to eller flere gjennomfører analysen sammen slik at en får gode faglige diskusjoner rundt funnene i analysen. Grunnen til at dette ikke er gjort er mangel på tid og ressurser.

En annen ting som kan svekke den interne validiteten i denne metaanalysen er språkforståelsen. Alle de inkluderte studiene er på engelsk. Dette kan bidra til at jeg ikke oppfatter alle nyanser i studiene. Selv om jeg behersker språket godt, har jeg brukt mine medstudenter og veileder dersom jeg har vært usikker.

Seks studier ble ekskludert fra denne metaanalysen på grunn av at studiene ikke er tilgjengelige på engelsk. Dette var studier fra Tyskland, Japan og Frankrike. Jeg er usikker på om dette er studier som eventuelt falt inn under denne studiens inklusjon- og eksklusjonskriterier og om studiene i det hele tatt kunne tilført denne oversikten ny kunnskap eller underbygget funnene i denne metaanalysen.

En annen svakhet ved denne metaanalysen er at det er manglende kunnskap om kontekst, særlig med tanke på lovverket. Jeg henviser til *psykisk helsevernloven* som er norsk og empirien min, de inkluderte studiene kommer fra andre land. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke hatt mulighet for å innhente kunnskap om utenlandske lover eller rettsstilling i de aktuelle landene de inkluderte studiene kommer fra. Noe jeg også nevner innledningsvis.

Det er anbefalt i metodelitteraturen å gjøre et oppdateringssøk, hvis datoen fra litteratursøk til publisering av oversikten er mer enn 6-8 måneder (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Noe det i dette tilfellet er siden søk er gjennomført august 2018. På

bakgrunn av oppgavens omfang og i dialog med veileder ble vi enig om å ikke gjennomføre oppdateringssøk.

5.2 Diskusjon av funn

Funnene som synes å komme tydeligst frem i denne analysen har jeg oppsummert i fire tema. Det første er *rettferdiggjøring*. Funnene kan tyde på at helsepersonell forsøker å rettferdiggjøre hvorfor de må iverksette bruk av isolasjon. Mange informanter synes det er utfordrende og vanskelig og ta en slik beslutning. Alt annet skal være forsøkt før man iverksetter isolering av en pasient. Dersom man opplever pasienten som aggressiv og voldelig er det gjennomgående enighet blant informantene om at isolering er nødvendig, og et verktøy en ikke klare seg uten. Det andre tema er *pasienten*. God relasjon til pasienten eller god bakgrunnskunnskap om pasientens historikk muliggjør informantene å komme i forkjøpet og avverge en eventuell isoleringsepisode. En god relasjon kan gjøre at noen kommer i posisjon til å trygge eller forhandle på et tidligere tidspunkt. Tydelig og god kommunikasjon med pasienten underveis er viktig for å ivareta og inkludere pasienten om hvordan vi opplever vedkommende. Det tredje tema er, *rammebetingelser*. Informantene mener at ulike faktorer kan påvirke hvorfor helsepersonell iverksetter isolering eller ikke, hvordan de opprettholder bruken og oppfølgingen av pasienten i ettertid av en episode. Mange ulike kontekstuelle forhold påvirker om det er forsvarlig å gå i gang med å isolere en pasient. Informantene sier at retningslinjer og prosedyrer kan bidra til at helsepersonell gir pasienten den oppfølgingen han trenger under isoleringen og at den opphører når den skal. Det siste tema er *debriefing*. Noen av informantene sier at det er nyttig og viktig at helsepersonell gjør en evaluering i etterkant av en isoleringsepisode. Både for å lære av situasjonen og bli trygg på egne beslutninger. Dersom en kjenner på usikkerhet og ubehag i ettertid av en episode er det viktig å kunne snakke ut om dette og får tilbakemeldinger på vurderingen en tok.

Rettferdiggjøring

Informantene i nesten alle de inkluderte studiene i denne metaanalysen underbygger at bruk av isolasjon er siste utvei for å handtere risiko for voldelig atferd og at andre lempeligere midler skal være forsøkt (R. Green et al., 2018; Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; Wynaden et al., 2002). Dersom det er en potensiell risiko for at pasienten utøver aggresjon og vold mot andre er dette ofte en avgjørende faktor. Dette er i tråd med primærstudien til Kontio mfl. og norsk lov. I tilfeller hvor pasientene er aggressive og voldelige, må helsepersonell forebygge potensiell skade, ved å beskytte pasienten,

medpasienter og personell (Kontio et al., 2010). Bruk av isolasjon er regulert gjennom norsk lov og det ligger klare føringer for når en kan iverksette bruk (Psykisk helsevernloven, 1999).

Det er ofte et etisk dilemma for helsepersonell om de kan bruke andre tilnærminger til isolasjon enn tvang. Informantene i tre av de inkluderte studiene trekker frem at et lempeligere middel kan være å ta pasientene på rommet eller til ett roligere sted, slik at en kan skjermes fra steder med mye stimuli (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). I psykisk helsevernloven § 4-8 står det at lempeligere midler skal være forsøkt (Psykisk helsevernloven, 1999). Det fremkommer i primærstudien til Wynn at helsepersonell foretrekker bruk av lempeligere midler som er lite eller middels restriktive så langt det lar seg gjøre (Wynn, 2003b). Informantene i begge fokusgruppene i studien til Green mfl. trekker frem *intensiv Nursing Suite* (INS). Et skjermet avsnitt hvor personalet kan gi tettere og strukturert støtte inntil pasienten er klar for å gå tilbake til fellesområdet (R. Green et al., 2018). Dette krever så klart ressurser og at en har opparbeidet seg klinisk kunnskap slik at en kan fange opp pasienten. Det kommer også an på hvordan avdelingen er organisert. Er det mulig for pasientene å trekke seg tilbake slik at stimuli reduseres. Mange avdelinger har ikke egne skjermede avsnitt, noe som kan gjøre det mer utfordrende å skjerme en pasient. Det fremkommer i oversiktsartikkelen til Gaskin mfl. at det ofte brukes en kombinasjon av ulike intervensjoner (Gaskin et al., 2007). Det er utfordrende å vite hvilke intervensjoner som passer til hva og hvem. Det Gaskin mfl. sin studie får frem er at selv om pasienten skjermes, så krever ivaretagelsen gjerne både samtale og medisiner i tillegg. Informanten i de inkluderte studiene utdyper ikke hvilke konkrete intervensjoner de bruker i slike episoder.

Informantene fra to av de inkluderte studiene ser på mekaniske belter som en mer alvorligere intervensjon en isolasjon (R. Green et al., 2018; Holmes et al., 2015). Fordi pasienten er spent fast og har ingen mulighet for å bevege seg. I rapporten fra Sivilombudsmannens besøk ved Helse Bergen, står det blant annet også at de ansatte ved Sandviken sykehus har en oppfatning av at isolasjon er et mindre inngripende tiltak en belteseng og at det derfor ble brukt i stede for belter (Sivilombudsmannen, 2018, s. 33). Videre fremkom det at noen ansatte ikke oppfattet isolering som et spesielt inngripende tiltak (Sivilombudsmannen, 2018, s. 33). Det kan tenkes at slike holdninger kan påvirke bruken av tvang og om vi utøver tvang på riktig grunnlag. Samtidig skal en ikke trekke for kjappe konklusjoner ut ifra korte kommentarer fra de ansatte. For noen pasienter oppleves det kanskje tryggere å ligge i remer enn å være innestengt men for andre kan det oppleves bedre å være innestengt enn å bli holdt fast og lagt

i remer. Det er pasienten som skal ivaretas opp i det hele. Dersom mekaniske tvangsmidler er en strengere form for tvang, men pasienten foretrekker å bli låst inne fremfor å ligge i belter er dette en viktig ting å få avklart med pasienten. En ser nytte av å ha kunnskap om pasienten og vite hva pasienten ønsker, dette henger sammen med pasientens historikk, erfaring, diagnose og symptombilde. Ifølge den systematiske oversikten til Mellow mfl. er det viktig å ha god dialog med pasienten underveis. Dette kan bidra til at pasienten sitter igjen med en bedre opplevelse av isoleringen (Mellow et al., 2017). At mer positive erfaringer ofte ses i sammenheng med medfølelse og samspill med personalet.

I en av de inkluderte studiene sier noen av informantene at pasientatferd assosiert med isolasjon er selvskading (skjære seg/slå/hodedunking), kasting av inventar (Muir-Cochrane, 1996). Informantene påpeker at dersom pasienten kaster på inventar og er aggressiv, skal en velge å isolere for å begrense skade (Muir-Cochrane, 1996). I primærstudien til Wynn står det at helsepersonell benytter hensiktsmessige intervensjoner for å ta vare på pasienter som er voldelige eller selvskadende, men dersom lempeligere midler er forgjeves og en ikke kan løse situasjon på annen måte, er det akseptabelt å bruke isolasjon eller mekanisk tvang (Wynn, 2003a). Dersom pasienten selvskader i form av å slå seg eller hodedunking hjelper det ikke å stenge vedkommende inne, da vil de fortsette å skade seg selv.

I tre av studiene rettferdiggjør informantene bruken av isolasjon som et sikkerhetsmål for å kontrollere aggressiv atferd og dersom det er en risiko for sikkerheten til personalet, pasienten eller andre pasienter, er beslutningen ofte enklere å ta (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Ifølge informantene fra de inkluderte studiene er selve beslutningsprosessen hvor helsepersonell bestemmer seg for å iverksette isolering eller ikke, kompleks og flere ulike faktorer kan påvirke. Ifølge en kvalitativ primærstudie representerer bruk av isolering et etisk dilemma for helsepersonell, fordi de både skal være omsorgspersoner og skal gjennomføre tvang som tiltak (Gustafsson & Salzman-Erikson, 2016). Kan det være derfor informantene i studiene ordlegger seg slik, for å rettferdiggjøre bruk av makt. Helsepersonell ønsker å hjelpe og ivareta pasientene på best mulig måte. Alle mennesker har rett til beskyttelse mot uverdigg behandling, og rett til likeverdighet, trygghet, respekt for privatliv og ytringsfrihet (T. L. Husum & Hjort, 2009). Noe denne behandlingen står i sterk kontrast til.

På en annen side kan en se på isolasjon som en time-out. Ifølge primærstudien til Wynn kan et middels inngripende tiltak være å skjerme pasienten eller gi en time-out (Wynn, 2003b). Noen

av informantene i de inkluderte studiene påpeker at noen ganger ønsker pasienten selv å bli isolert, at isolering gir pasienten en mulighet til å hente seg inn igjen, bli skjermet fra noen eller noe de er redde for (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Noen av informantene mener at isolering kan ha en positiv innvirkning, fordi mange pasienter trenger en time-out for å samle seg og roe seg ned.

Figuren hentet fra artikkelen til Larue mfl. (figur 1) synliggjør at isoleringsprosessen er dynamisk og at det er mange ulike faktorer som påvirker (Larue et al., 2009, s. 444). Ulike egenskaper hos alle de involverte, samt både miljøfaktorer og organisatoriske faktorer. Noe som underbygger at kanskje noen bruker isolasjon mer enn andre (R. Green et al., 2018). Eller at helsepersonells holdninger påvirker frekvensen (T. Husum et al., 2010).

Informantene i studien fra England forteller at helsepersonell har ulike grenser og tolker ting ulikt, noe som gjør at hver enkelt opplever episoder forskjellig (R. Green et al., 2018). Dette er i tråd med en primærstudie gjennomført ved ulike akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, som finner at det er forskjell i holdninger til tvangsbruk blant helsepersonell (T. Husum et al., 2010). En tenker at *ikke skade* prinsippet ligger som en verdi i all helsehjelp. En sykepleier skal arbeide for å utvikle en helhetlig praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2011). Selv om det finnes klare rammer og ulike instanser som skal sikre forsvarlig bruk av tvang, er det vanskelig å gradere seg for individuelle tolkninger.

Ut ifra hvordan informantene beskriver beslutningsprosessen rundt iverksetting av isolering, får man inntrykk av at de ofte står alene i slike situasjoner (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Ifølge flere systematiske oversikter er personalets og behandlers rolle viktig for hvordan pasienten opplever tvangsbruken. Tilstedeværelse, samspill og tilstrekkelig kommunikasjon med fagfolk påvirker den subjektive erfaringen til pasientene (Aguilera-Serrano et al., 2017; Mellow et al., 2017). Det kommer ikke godt nok frem i de inkluderte studiene i denne metaanalysen hvordan eller om helsepersonell jobber tverrfaglig med behandlingsplaner som de ansatte kan bruke aktivt når en opplever at pasienter blir dårligere.

Det kan være en belastning for helsepersonell å arbeide med pasienter innlagt ved psykiatriske avdelinger, på grunn av deres krevende oppførsel. Personlige erfaringer med aggresjon eller vold på arbeidsplassen fører til alvorlige konsekvenser for sykepleiere, pasienter, pasientomsorg og organisasjonen som helhet (Edward et al., 2014). Det er

belastende å arbeide med denne type pasientproblematikk over tid, hvor en blir truet eller føler seg truet. Informantene i studien fra Canada er tydelige på at isolasjon er et nødvendig verktøy og at de ikke kunne jobbe med en slik pasientgruppe uten å bruke isolering (Holmes et al., 2015). Med slike uttalelser kan en anta at helsepersonell isolerer kanskje en gang for mye enn en for lite og de rettferdiggjør deres forestilling eller forventning om hva som kommer til å skje.

I to av studiene kommer det frem at antall personell på jobb påvirker oppfølgingen av en pasient (R. Green et al., 2018; Muir-Cochrane, 1996). Er det ikke tilstrekkelig med personell på jobb kan en måtte ty til isolering. Dette kan være fordi en ikke rakk å fange opp at pasienten ble dårligere og en ikke fikk iverksatt lempeligere midler tidlig. God disponering av tilgjengelige ressurser kan være utfordrende, spesielt dersom det er en ny sykepleier som skal fordele ansvar og arbeidsoppgaver. Fordi pasientene kan endre seg i løpet av et vaktlag, skal en som ansatt plutselig kunne bli omdirigert og overta en ny oppgave dersom det er behov for det.

Pasienten

Det ble tatt opp av informantene i fem av de inkluderte studiene, at relasjonell sikkerhet handler om å bruke kunnskap om pasienten til å iverksette riktige intervensjoner (R. Green et al., 2018; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). Helsepersonell må være proaktive, å se etter tegn på at pasienter er i ferd med å bli dårlig, slik at en eventuelt kan unngå eskalering av uønsket atferd (Holmes et al., 2015; Muir-Cochrane, 1996). Litteraturen på tema er todelt, ifølge artikkelen til Larue mfl. muliggjør bakgrunnskunnskap om pasienten helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering, samtidig sier de at mange ulike faktorer påvirker denne beslutningen (Larue et al., 2009). En studie fra Tyskland fant at teamrefleksivitet synes å ha forebyggende effekt fremfor viktigheten av å ha kjennskap til pasienthistorikk (Boumans et al., 2012, s. 265). Det vil si at når en sykepleier skal beslutte isolering ut ifra bakgrunnskunnskap om pasientegenskaper er effekten mindre sammenlignet med effekten av teamrefleksivitet. De mellommenneskelige og kontekstuelle faktorene kan hindre bruk av isolering.

Ifølge artikkelen til Larue mfl. har avdelingen gode rutiner på opplæring og forebyggende tiltak har helsepersonalet et bedre utgangspunkt i sin refleksjon (Larue et al., 2009). Det kan tenkes at i en hektisk hverdag kan det være vanskelig å sette av nok tid til dette. Det er viktig

at avdelingene har gode rutiner for hvilken informasjon de innhenter om pasienten og hvordan denne informasjonen distribueres til de ansatte. Dersom avdelingen har gode rutiner på å oppdatere pasientdokumentasjon og helsepersonell bruker denne i daglig praksis, kan en lykkes med et felles behandlingsopplegg.

I en av de inkluderte studiene var det delte meninger blant informantene om pasienten fikk bedre oppfølging i avdelingen eller på isolatet. Noen mener at omsorgen og ivaretagelsen av pasienten er bedre når vedkommende er isolert, mens andre mener at pasienten får bedre oppfølging ute i avdelingen (Holmes et al., 2015). Flere informanter i studien til Holmes mfl. mener at det er utfordrende å gi god omsorg til isolerte pasienter, bakgrunn for dette kom ikke frem. Det kan ha vært redsel og usikkerhet. I studiene til Muir-Cochrane og Larue oppgav informantene at pasienter på isolat blir tilsett gjennom vinduet i døren minimum hvert 15. minutt, i henhold til retningslinjer. I studien til Larue skal helsepersonell åpne opp døren hvert 30. minutt for å se tilstanden til pasienten. 3 av informantene foretrekker å stå i døren, mens 12 oppgir at de går inn for å kunne foreta en bedre evaluering av tilstanden (Larue et al., 2010). I henhold til *Pasient- og brukerrettighetsloven* skal vi sørge for at brukerne av helsetjenesten får nødvendig helsehjelp og gode helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Isolasjon skal ikke være straff, men et behandlingstiltak. Som nevnt tidligere i denne diskusjonsdelen er det utfordrende å ivareta alle aspekter når problemstillingen er kompleks. For å sikre dette skal all tvang føres i protokoll (Psykisk helsevernloven, 1999). Samt skal pasienten gis mulighet til å klage på tvangsbruken. Vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten selv eller hans eller hennes nærmeste pårørende (Psykisk helsevernloven, 1999). Jeg er usikker på om dette er registrert i gjeldende lovverk i andre land. Dette er ikke kommentert i noen av de inkluderte studiene.

I to av de inkluderte studiene sier informantene at det er viktig å prøve å ha en god dialog med pasienten. Personalet må være tydelig på at, - «nå opplever vi deg veldig urolig», ved å informere pasienten om at dersom du ikke roer deg eller går på rommet, må du isoleres (Holmes et al., 2015; Muir-Cochrane, 1996). Da gis pasienten en mulighet for å kunne ta kontrollen over seg selv. Vi gir pasienten en tilbakemelding på hvordan vi opplever han. Norsk lov er klar på at brukermedvirkning i egen behandling er viktig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En god dialog med pasienten undervis er viktig for å ivareta pasienten. Vise interesse og søke svar om det bakenforliggende, forstå årsaken, slik at en kan gå inn med riktige tiltak. Den systematiske oversikten til Mellow, er tydelig på at medfølende

samspill mellom pasient og personal kan bedre forståelsen og opplevelsen av isolering (Mellow et al., 2017). Dette er selvfølgelig et resursspørsmål. Er det nok personal på jobb, er det tid til samtaler med pasienten. Er det kvalifisert personale tilstede slik at pasienter fanges opp tidlig. Er det noen på jobb som har en god relasjon til pasienten som kan gå inn og forhandle med pasienten.

I en av de inkluderte studiene tok informantene opp at det kan være ekstra vanskelig å iverksette isolering av en pasient hvor relasjonen er god, det gjør det utfordrende for sykepleieren å trække over den grensen og i ettertid bygge opp igjen tilliten (Holmes et al., 2015). Dersom en pasient isoleres, er det viktig at pasienten vet hvorfor han isoleres. Ofte blir kanskje spørsmålet om hvorfor de er urolig eller sinte utelatt. En god relasjon mellom pasient og pleier er viktig og kan forebygge at pasienten blir dårlig. Noen pasienter har dårlig erfaring med relasjoner som gjør det vanskelig, mens noen pasienter får en god kontakt med og kan oppnå en terapeutisk relasjon.

I halvparten av de inkluderte studiene sier informantene at de opplever at pasienter reagerer ulikt ut ifra hvorfor de isoleres. Pasienter som opplever en akutt psykose, kan blir voldelig og sint, mens pasienter i manisk fase som er overstimulert er mer likegyldig til å roe seg ned på et isolat når de ikke blir eksponert for mye stimuli (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). En maniker kan være enklere å overtale til å gå på romme, mens en med psykose kan være mer utfordrende. En pasient som er psykotisk kan kanskje ha forestillinger om at dersom han går på rommet blir han drept eller torturert, det er klart at pasienten ikke ønsker å oppholde seg på rommet da. Får pasienten formidlet disse tankene til personalet, kan en velge å bruke et annet rom eller at personalet blir med og er sammen med pasienten. Det handler ofte om å se muligheter, et ønske om å hjelpe og å bruke tid på å fange opp det bakenforliggende.

Ifølge informantene i tre av de inkluderte studiene er det viktig at helsepersonell snakker med pasient i etterkant av isoleringen om hva som skjedde og hvorfor det skjedde, for å kvalitetssikre isoleringsprosessen (Holmes et al., 2015; Larue et al., 2010; VanDerNagel et al., 2009). Samtidig påpeker informantene at det er viktig at en ikke tenker at prosessen er over før en har gjennomført en samtale med pasienten. Viktig at pasienten får mulighet til å uttale seg om hendelsen. Litteraturen underbygger det. Etter anbefaling fra NICE guideline, skal det gjennomføres debriefing etter bruk av en restriktiv intervensjon som for eksempel isolasjon (NICE Guideline, 2015). Vaktansvarlig har ansvar for at både personal og pasient

skal få anledning til å diskutere hendelsen. Også i en fagprosedyre utarbeidet av Helse Bergen står det at det skal gjennomføres minst én ettersamtale med pasienten etter bruk av tvangsmidler (Helse Bergen, 2017). Målsettingen er at pasienten skal få mulighet til å uttale seg og ha muligheten for å fange opp om noe kunne vært gjort annerledes, inkludert alternativer til tvangsbruk (Helse Bergen, 2017). Dette kan gi personalet viktig informasjon som kan brukes i den videre behandlingen av pasienten.

Rammebetingelser

I tre av de inkluderte studiene kommer det frem at ulike forhold påvirker beslutningen om å iverksette bruk av isolering. Både hvordan avdelingen er utformet og sammensetningen i personalgruppen. Organisatoriske faktorer som hvor befinner pasienten seg og hvordan situasjonen er i post påvirker helsepersonell i deres avgjørelse om å iverksette isolering (R. Green et al., 2018; Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009).

I de inkluderte studiene kom det lite frem om informantene bruker ulike teknikker på å håndtere utagerende atferd, mer at de prøvde å samles å avgjøre hvem som skal gjøre hva. I en studie beskriver informantene at eksistensen av protokoll og retningslinjer for bruk av isolasjon ga kriterier for initiering og dermed definerte grenser for bruken (Muir-Cochrane, 1996). I en av studiene ble det nevnt at en isoleringsepisode krever 6 ansatte og at pasienten i forkant blir forklart hva som skal skje slik at de eventuelt kan gå frivillig (Muir-Cochrane, 1996). I Norge finnes det mange ulike opplæringsprogram for hvordan en kan håndtere aggressive og voldelige pasienter (SIFER, 2011). Om informantene i de inkluderte studiene har gjennomført opplæringsprogram i dette, kom ikke frem i de inkluderte studiene. Samtidig står det i artikkelen til Larue mfl. at både miljøfaktorer og organisatoriske faktorer påvirker beslutningsprosessen (Larue et al., 2009, s. 444). Har informantene i studiene fått riktig opplæring, har de øvet på å håndtere aggressive pasienter. Har avdelingen gode rutiner på dokumentasjon og kvalitet i behandlingen. Veldig mange faktorer spiller inn, både på individnivå, men også på avdelingsnivå, uten at dette kommer frem i de inkluderte studiene.

Informantene sier at ulike senarioer kan gjøre at helsepersonell velger å avvende bruk av isolering. Er pasienten agitert og sitter i fellesmiljø eller pasienten sitter og spiser sammen med de andre, avventer de for å slippe å påvirke medpasienter. Kontekstuelle forhold som personalsammensetning kan også påvirke. Antall personell på jobb, erfaring blant personalgruppen, kjønnsfordelingen blant vaktlaget, hvem som er tilgjengelig og den totale

sammensetningen på avdelingen påvirker iverksetting av isolering (Muir-Cochrane, 1996; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). Informantene påpeker at dersom det er for mange nye med mindre erfaring, for få tilgjengelig i avdelingen eller for mange kvinner på jobb, kan det være utfordrende og iverksette isolering. Det er samtidig viktig at en slik prosess ikke utsette for lenge. Blir dårlige pasienter gående i fellesareal og har ukritisk atferd, kan usikkerhet og redsel forplante seg blant medpasienter. Ifølge artikkelen til Larue mfl. er det viktig med klare rammer, føringer og forventninger. Noe modellen i studien til Larue mfl. synliggjør. Både miljøfaktorer og organisatoriske faktorer er med på å påvirke hvordan helsepersonell avgjør beslutningen om å iverksette isolering (Larue et al., 2009, s. 444).

Informanter i flere av studiene synes det er bekymrende dersom aggressive pasienter blir gående for lenge, de mener da at andre pasienter og miljøet kan eskalere. Dersom de ikke kan kontrollere pasientens oppførsel, kan det medføre en potensielt flyktig situasjon som involverer andre pasienter (Larue et al., 2010; Wynaden et al., 2002). Informantene i Muir-Cochranes studie påpeker at det vanligvis trengs 6. personell for å gjennomføre isolering og en planlegger ofte i forkant hvem som plasseres hvor i forhold til armer, ben og hodet (Muir-Cochrane, 1996). På den ene siden kan det tenkes at personalgruppen signaliserer usikkerhet dersom personalet ikke får kontroll på dårlige pasienter. I disse tilfellene er det kanskje mye usikkerhet blant personalet. Personalet er usikker på om de er nok personell for å gjennomføre en vellykket isolering, samtidig som kriteriene er tilstede for å gjennomføre en isolering. På den andre siden, selv om retningslinjene er klare i noen tilfeller, er det vanskelig å lykkes dersom personalsammensetningen er usikker.

Det nevnes i en av de inkluderte studiene at helsepersonell bruker isolering fordi de er for få ansatte til å følge opp og ivareta pasientene (Muir-Cochrane, 1996). Isolering blir et resultat av at en ikke gir tilstrekkelig oppfølging. Kveld og helg ble trukket frem som tidspunkt der pasientene er mer urolig fordi det er mindre aktivitetstilbud. Kjedsomhet kan resultere i mer spenning og aggresjon (R. Green et al., 2018). Det kan tenkes at personalet kan planlegge og være tidligere ute med å tilby tur eller aktivitet. En må prioritere de pasientene som er urolige og blir trigget av inaktivitet. Kjenner en til denne sårbarheten kan en iverksette tiltak tidlig. Samtidig er det urettferdig at disse pasientene alltid prioriteres og at det går ut over pasientene som er rolige.

Konkrete rammer og føringer som retningslinjer og prosedyrer sørger for at helsepersonell gir pasienten den oppfølging vedkommende trenger under isolering og at den opphører når den

skal (Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996; Wynaden et al., 2002). I følge to av studiene, ses pasienten til hvert 15. min (Larue et al., 2010; Muir-Cochrane, 1996). Man er jevnlig i dialog med pasienten og vurderer tilstanden. Det kommenteres av informantene i flere av de inkluderte studiene at når pasienten befinner seg på isolatet, er det ulike tilnæringsmåter for hvordan en slipper opp isoleringen. I studien til Larue oppgir 8. deltakere at de gir pasienten instruksjoner og ser hvordan han responderer. 11. informanter tar opp hendelsen i etterkant og forklarer hvorfor pasienten ble isolert. 9. informanter sier de bringer isoleringsepisoden til en slutt ved å kreve at klienten respekterer en rekke forhold, slik at han gradvis kan komme seg ut igjen i avdelingen (Larue et al., 2010). Kontroll er gjenopptatt når det er mulig å snakke med pasienten om hva som skjedde og hvorfor (Muir-Cochrane, 1996). Pasienten må kunne se tilbake på omstendighetene før isolering og vise forståelse og innsikt. Dette virker å være i tråd med dagens praksis og føringene som ligger til grunn. Den norske loven er klar og tydelig på at tiltaket skal ikke opprettholdes mer en høyst nødvendig (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Det kommer helt an på hvordan pasientens tilstand var i utgangspunktet. Pasienter uten samtykkekompetanse, har ofte liten eller ingen sykdomsinnsikt, da handler det mer om å ha roet seg ned og ha et mer avslappet kroppsspråk.

Pasienter som blir isolert og medpasienter som er vitner bli tilbudt samtale (Wynaden et al., 2002). I studien til Larue, oppgav 9. informanter at de gjennomgikk hendelse med pasienten mens 8. har ikke gjorde det. Samtidig sa 11. informanter at det var utfordrende fordi pasienten ofte overføres til annen avdeling. Det foreligger en internasjonal anbefaling som også innebærer samtale med pasient i etterkant av tvangsbruk (NICE Guideline, 2015). I den norske fagprosedyren foreligger det en anbefaling om å gjennomføre minst én ettersamtale med pasienten (Helse Bergen, 2017). Helsepersonell har et ansvar om å gjennomføre dette på sin avdeling før pasienten overføres eller skrives ut. Både med tanke på at det er en anbefaling, det er nyttig for pasienten å få fortelle om sin opplevelse, og det er nyttig for personalet å få dokumentert erfaringen til en eventuell fremtidig isolering.

Debriefing

I tre av de inkluderte studiene sier informantene at det er nyttig med tilbakemelding fra kollega på iverksetting og gjennomføring av isolering (R. Green et al., 2018; VanDerNagel et al., 2009; Wynaden et al., 2002). Som nevnt innledningsvis i dette avsnittet er det krevende for helsepersonell og beslutte bruk av isolering. Noen kan i ettertid kjenne på ubehag og usikkerhet, noen ganger kan det også påvirke både jobbglede og nattesøvn (R. Green et al.,

2018). Det kan være spesielt utfordrende for nyansatte sykepleiere. Disse har gjerne kun vært passive tilskuere til hendelser, men som selv må gjøre seg opp en formening. Nyansatte sykepleiere bør delta i en eller annen form for refleksjon som en del av deres utvikling. En nyttig ting er at nyansatte som har vært tilskuer får delta i debriefing, slik at en kan lytte og lære. Da kan en kjenne på ulike roller. Hvordan er det å være tilskuer, hvordan er det å være den som står fremst. Ulike roller byr på ulik erfaring. Gjennom utdanningen lærer sykepleiere seg å reflektere rundt etiske problemstillingen og bruke kollega som sparringspartnere. Vi er alle ny en gang og kunnskap må erfares. Det foreligger en internasjonal anbefaling om å gjennomføres debriefing etter bruk av en restriktiv intervensjon (NICE Guideline, 2015). Fagprosedyren anbefaler en strukturert gruppesamtale som bør finne sted 2-3 dager etter bruk av tvangsmidler (Helse Bergen, 2017). Det skal gjennomføres minst én defusing og/eller debriefingsamtale med personalet etter bruk av tvangsmidler (Helse Bergen, 2017). Personalet skal ha mulighet til å kunne si noe om hvordan den enkelte opplevde situasjonen, om noe kunne vært gjort annerledes (Helse Bergen, 2017).

Viktig å få muligheten til å reflektere over egen beslutningsprosess og effekten av tiltaket, for å kunne evaluere og forbedre praksis (Wynaden et al., 2002). I studien kommenterer noen informanter at det har blitt stilt spørsmål om beslutningsgrunnlaget i ettertid, både erfarne og nye sykepleiere på avdelingen har fått spørsmål om hvorfor de handlet som de gjorde. Det er nyttig å reflektere over egen praksis, samtidig skal man være forsiktig å så tvil under avgjørelser. For å ikke så tvil er det viktig at nettopp dette blir gjort på en ryddig og strukturert måte, i henhold til nasjonale og internasjonale anbefalinger (Helse Bergen, 2017; NICE Guideline, 2015).

Flere av informantene føler at de ikke får en tilbakemelding på jobben de gjorde, noe som kan bidra til mer usikkerhet. For å støtte sykepleierne om kompleksiteten rundt beslutningsprosessen, identifiseres ett behov for delingspraksis og et fora der en kan snakke om delte erfaringer (R. Green et al., 2018; VanDerNagel et al., 2009). Det er viktig at den enkelte skal få muligheten til å snakke om hendelsesforløpet, hvordan den enkelte opplevde situasjonen. Dette er en måte å forebygge at helsepersonell ikke blir utbrent. Det kan være en belastning for helsepersonell å arbeide med denne pasientgruppen. Personlige erfaringer med aggresjon eller vold på arbeidsplassen kan føre til alvorlige konsekvenser for sykepleiere og annet helsepersonell (Edward et al., 2014). På den andre siden sier helsepersonell med lang erfaring at de ikke behøver debriefing (Wynaden et al., 2002). For å kunne redusere dette

gapet er klare retningslinjer for debriefing nødvendig. Når det ligger klare føringer slipper den enkelte å ta stilling til om hendelsen bør snakkes om, men skal snakkes om. Dette er en vinn-vinn situasjon hvor sykepleiere med lang erfaring kan dele kunnskap og erfaring med nye sykepleiere. Selv om disse ikke ser noe behov for å snakke ut om hendelsen, kan uansett en refleksjon være nyttig for andre involverte. Det kan tenkes at denne påstanden om at erfarne sykepleier ikke behøver å snakke om hendelser er åpenbar fordi de allerede har vært med på så mange ulike scenarier. Det er en leders ansvar at de ansatte får mulighet til dette og at det settes av ressurser for å få det til. Det er nyttig med delingspraksis og i henhold til nasjonal fagprosedyre er dette en anbefaling som er kunnskapsbasert. God delingspraksis kan også bidra til trygghet og bedre fellesskap blant personalgruppen.

En debriefing gjennomføres gjerne når noe har gått galt. Det er selvfølgelig viktig å ta tak i hendelser der ting ikke har fungert. Men det er like viktig å ta opp hendelser som går bra. En får muligheten til å støtte opp og reflektere rundt hva som faktisk var nyttig. Dette er viktig kunnskap inn i nye hendelser.

5.3 Hvor stor tillit kan en ha til funnene?

For å vurdere om det er tillit til funnene fra metaanalysen, benyttes CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research). CERQual sier noe om hvor mye tillit en kan ha til hvert funn i oppsummeringer av kvalitativ forskning. Hvert funn i metaanalysen blir vurdert opp mot flere sentrale punkter. Fire standardiserte komponenter bidrar til og vurderer tilliten til funnene. Metodologiske begrensninger av de kvalitative studiene, relevansen til forskningsspørsmålet, datasamsvar eller kohorens og tilstrekkelig mengde data som støtter et gjennomgangsfunn (Lewin et al., 2015, s. 1). Metoden er utviklet for forskere og andre aktører som bruker funn fra kvalitativ forskning i sine beslutningsprosesser. Under oppsummering av resultat har jeg tatt med gjennomgående hovedfunn fra de inkluderte studiene, funn som støttes av flertall av studier. Tabell 5: viser CERQual Evidence Profile:

Oppsummering av resultatet	Studier som bidrar til funnet	Metodologiske begrensninger	Relevans:	Datasamsvar/kohorens	Dataomfang/mengde data	CERQual vurdering av tillit til resultatene	CERQual vurdering
<p>Rettferdiggjøring</p> <p>Helsepersonell mener at isolasjon er siste utvei for å handtere risiko for voldelig atferd og at andre tilnærminger skal være forsøkt først dersom det er mulig. Er det en potensiell risiko for at pasienten utøver aggresjon og vold mot andre, er det ofte en avgjørende faktor for å iverksette isolering</p>	Studier: 1, 2, 3, 4 og 6.	Fem studier med mindre metodologiske begrensninger.	Mindre bekymring om relevans. Alle studier fra vestlige land.	Mindre bekymring for sammenheng. (rimelig konsistente innenfor og på tvers av alle studier)	Studie nr 3. trekker ned på grunn av at den ikke er like rik på data.	Moderat	Gradert til moderat tillit på grunn av mindre bekymringer angående metodologiske begrensninger, relevans, kohærens. Selv om dataomfang trakk ned.
<p>Pasienten</p> <p>Bakgrunnskunnskap om pasienten eller pasient karakteristikk muliggjør helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering. Fordi man vet gjerne hvilke tiltak som kan iverksettes og når. Relasjonell sikkerhet handler om å bruke kunnskap om pasienten til å iverksette riktige intervensjoner</p>	Studier: ,1 2, 3, 5 og 6.	Fem studier med mindre metodologiske begrensninger.	Mindre bekymring om relevans. Alle studier fra vestlige land.	Mindre bekymring for sammenheng. (rimelig konsistente innenfor og på tvers av alle studier)	Studie nr 3. trekker ned på grunn av at den ikke er like rik på data.	Moderat	Gradert til moderat tillit på grunn av mindre bekymringer angående metodologiske begrensninger, relevans, kohærens. Selv om dataomfang trakk ned.
<p>Rammebetingelser</p> <p>Kontekstuelle forhold som personalsammensetning, antall, erfaring, kjønn, hvem som er tilgjengelig og den totale sammensetningen på avdelingen påvirker iverksetting av isolering.</p>	Studier: 2, 5 og 6.	Tre studier med mindre metodologiske begrensninger.	Mindre bekymring om relevans. Alle studier fra vestlige land.	Mindre bekymring for sammenheng. (rimelig konsistente innenfor og på tvers av alle studier)	Bekymring til mengde data.	Lav	Ble vurdert som lav tillit på grunn av moderate bekymringer med hensyn til tilstrekkelighet av data.
<p>Retningslinjer og prosedyrer sørger for at helsepersonell gir pasienten den oppfølging vedkommende trenger under isolering og at den opphører når den skal</p>	Studier: 2, 3 og 6.	Tre studier med mindre metodologiske begrensninger.	Mindre bekymring om relevans. Alle studier fra vestlige land.	Mindre bekymring for sammenheng. (rimelig konsistente innenfor og på tvers av alle studier)	Studie nr 3. trekker ned på grunn av at den ikke er like rik på data.	Veldig lav	Ble vurdert som veldig lav tillit på grunn av moderate bekymringer med hensyn til tilstrekkelighet av data.

Debriefing

Sykepleierne kan noen ganger sitte igjen med en usikkerhet i etterkant av en isoleringsepisode der de tok beslutningen. Noen ganger blir det stilt spørsmål om beslutningsgrunnlaget i ettertid. Noen kan i ettertid kjenne på ubehag og usikkerhet, så det ville være nyttig med en tilbakemelding	Studier: 1, 5 og 6.	Tre studier med mindre metodologiske begrensninger.	Mindre bekymring om relevans. Alle studier fra vestlige land.	Mindre bekymring for sammenheng. (rimelig konsistente innenfor og på tvers av alle studier)	Bekymring til mengde data.	Lav	Ble vurdert som lav tillit på grunn av moderate bekymringer med hensyn til tilstrekkelighet av data.
---	---------------------	---	---	---	----------------------------	------------	--

Tabell 5: CERQual Evidence Profile.

Selv om jeg har benyttet CERQual for å si noe om tilliten til funnene, kan ikke CERQual si noe om vurderingen av metodologiske begrensninger av en individuell kvalitativ studie eller av en bevisssyntese (Lewin et al., 2015, s. 5).

Jeg har valgt å gradere tilliten til fem ulike funn i denne metasyntesen. Når jeg har vurdert tilliten til funnene i metaanalysen, er det flere punkt som kan trekke noe ned på graderingen. For det første er det få studier inkludert. Det er bare studier fra vestligeland inkludert i denne oversikten. Denne metaanalysen sier noe om vestlig kultur siden alle de inkluderte studiene er fra vestlige land. Selv innenfor vestlige land er det stor forskjell i helsetilbud og tilgang til disse. Jeg har allikevel valgt å gradere to av funnen til moderat tillit, fordi dette var gjennomgående funn i nesten alle de inkluderte studiene. En av studiene i hvert av disse funnene, er en studie som trekker ned på bakgrunn av kvaliteten på data. Jeg valgt allikevel å opprettholde moderat tillit, da det var fremtredende og gjennomgående funn i alle de fem studiene. Jeg mener å ha moderat tillit til funn om at:

- Helsepersonell mener at isolasjon er siste utvei for å handtere risiko for voldelig atferd og at andre tilnærminger skal være forsøkt først dersom det er mulig. Er det en potensiell risiko for at pasienten utøver aggresjon og vold mot andre, er det ofte en avgjørende faktor for å iverksette isolering.
- Bakgrunnskunnskap om pasienten eller pasient karakteristikk muliggjør helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering. Fordi en vet gjerne hvilke tiltak som kan iverksettes og når. Relasjonell sikkerhet handler om å bruke kunnskap om pasienten til å iverksette riktige intervensjoner.

To av funnene er gradert til lav tillit, fordi det i halvparten av de inkluderte studiene fremkom kunnskap som underbygger disse funnene.

Det ene funnet om at retningslinjer og prosedyrer sørger for at helsepersonell gir pasienten den rette oppfølgingen under isolering, er gradert til veldig lav tillit, fordi informantene i halvparten av studiene sa noe om dette. En av de tre studiene er av lav kvalitet, fordi den er ikke så rik på data med utgangspunkt i metoden den brukte. Derfor ble dette funnet nedgradert fra lav til veldig lav.

Med bakgrunn i forskningsspørsmålet mitt, antall inkluderte studier og den metodiske kvaliteten på disse. Samt bakgrunnskunnskapen min har jeg valgt å gradere to av funnene til moderat tillit. Hadde dette være en nasjonal anbefaling og ikke en masteroppgave, ville jeg nok vært noe mer streng i vurderingen av tilliten til funnene.

6.0 Konklusjon

Funn i denne oversikten indikerer at helsepersonell opplever bruk av isolasjon som en siste utvei og lempeligere midler som å tilby aktiviteter, samtaler, tettere oppfølging og medisiner skal være forsøkt, dersom det er mulig. Dersom pasienten er aggressiv og helsepersonell opplever at det er fare for voldelig utfall er det en avgjørende faktor for å iverksette isolering. Bakgrunnskunnskap om pasienten eller pasient karakteristikk muliggjør helsepersonell å komme i forkjøpet og forebygge isolering. Fordi en vet gjerne hvilke tiltak som kan iverksettes og når.

Prosedyrer og retningslinjer kan sikre god oppfølging av pasient både før, under og etter en episode, og det er viktig å sikre at alle som er inkludert i en hendelse er delaktig i debriefingssamtale i etterkant.

Denne oppsummerte kunnskapen er nyttig for alle som arbeider på psykiatriske avdelinger som bruker tvang i behandling. Både for helsepersonell og for ledere av tjenestene.

6.1 Videre forskning

Gjennom arbeidet med denne metaanalysen er det flere ulike tema som har utmerke seg der det mangler forskning. Det er:

Det er lite forskning om hvordan helsepersonell opplever bruk av skjerming. Jeg hadde et ønske om å inkludere dette tema i denne metaanalysen, men det foreligger ikke studier om dette. Skjerming er mye brukt i Norge, men jeg er usikker til omfanget i andre land da dette kom lite frem av de inkluderte studiene i denne metaanalysen. Samtidig er det vanskelig med begrepsavklaringen.

Mer forskning om effekten av isolering. Både kvalitative og kvantitative studier ville være meget nyttig for feltet. Det er viktig for det videre arbeide med tvang.

Referanseliste

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2017). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63, 129-144.
- Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F. & Collins, L. J. (2003). The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies. *Western Journal of Nursing Research*, 25, 153-178.
- Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Souren, P. M., Mann-Poll, P. S. & Hutschemaekers, G. J. M. (2012). Nurses' decision on seclusion: Patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 264-270. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2850.2011.01777.x>
- Carroll, C., Booth, A. & Lloyd-Jones, M. (2012). Should we exclude inadequately reported studies from qualitative systematic reviews? An evaluation of sensitivity analyses in two case study reviews. *Qualitative Health Research*, 22, 1425-1434.
- CASP. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Appraisal Checklist for Qualitative Research. . Hentet 15.10.2017 fra <https://casp-uk.net>
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443.
- De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H. & Correll, U. C. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Springer-Verlag, 20:221-230.
- DeJean, D., Giacomini, M., Simeonov, D. & Smith, A. (2016). Finding Qualitative Research Evidence for Health Technology Assessment. *Qualitative Health Research*, 26 ((10)), 1307–1317. doi:10.1177/1049732316644429
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*., 23(12), 653-659. doi:10.12968/bjon.2014.23.12.653
- Edward, K. L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P. & Giandinoto, J. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing* 2016, Feb;25(3-4), 289-299. doi:10.1111/jocn.13019
- Evans, D. (2002). Database searches for qualitative research. *Journal of the Medical Library Association*, 90(3), 290-293.

- Ezeobebe, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A. & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 303-312.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Hentet 18.05.2018 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J. & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303.
- Green, R., Shelly, C., Gibb, J. & Walker, T. (2018). Implementing seclusion in forensic mental health care: A qualitative study of staff decision making. *Archives of Psychiatric Nursing/Elsevier Inc*, 1-5. Hentet fra [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30594-0/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30594-0/fulltext)
- Green, S., Fletcher, L., Tham, L. & Jain, S. (2018). A tale of three hot cases: Management of the acute dysautonomias on intensive care. *Journal of the Intensive Care Society*, 19 32.
- Gustafsson, N. & Salzman-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 37-43.
- Hallett, N. & Dickens, G. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333.
- Haugom, W. E. (2013). *En kvalitativ studie av hvordan skjerming beskrives og vurderes av miljøpersonale ved psykiatriske sykehus. Høgskolen i Hedmark.*
- Helse Bergen. (2017). Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern. Hentet Septmeber 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokumentet 2017. Helse Vest RHF.* Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_vest_rhf_2017.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften).* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258#KAPITTEL_3

- Higgins, J. P. T. & Deeks, J. J. (2011). Selecting studies and collecting data IT. C. Collaboration (Red.), *Cochrane Handbook or Systematic Reviews of Interventions* (Bind version 5.1.0., s. 1-28). The Cochrane Collaboration.
- Holmes, D., Murray, S. & Knack, N. (2015). Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 200-213. doi:10.1097/JFN.0000000000000088
- Husum, T., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10:89, 1-9. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858144/pdf/1472-6963-10-89.pdf>
- Husum, T. L. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1169-1174. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/12/menneskerettigheter-i-psykisk-helsevern?redirected=1>
- Janssen, W., Noorthoorn, E., van Linge, R. & Lendemeijer, B. (2007). The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(2), 118-126.
- Jenuwine, E. & Floyd, J. (2004). Comparison of Medical Subject Headings and text-word searches in MEDLINE to retrieve studies on sleep in healthy individuals. *J Med Libr Assoc*, 92(3), 349-353.
- Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), 65-76.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 513-524.
- Kuosmanen, L., Makkonen, P., Lehtila, H. & Salminen, H. (2015). Seclusion experienced by mental health professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(5), 333-336. doi:10.1111/jpm.12224
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. & Mailhot, K. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G. & Goulet, M. (2010). The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 208-215.

- Lauveng, A. (2017). *Hva er egentlig samtykkekompetanse? Tvang og samtykke*. . Skien: Erik Tanche Nilssen AS.
- Lefebvre, C., Manheimer, E. & Glanville, J. (2011). Chapter 6: Searching for studies. I T. C. Collaboration (Red.), *In Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Bind Version 5.1.0). The Cochrane Collaboration, 2011: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.
- Lewin, S., Glenton, C., Munthe - Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Guelmezoglu, M., ... Rashidian, A. (2015). Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual).
- Liberati, A., Altman, D. G. T., etzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339. doi:10.1136/bmj.b2700
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning En innføring* (3 utg.)Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget AS.
- Mangaoil, R. A., Cleverley, K. & Peter, E. (2018). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 1-40.
- Mason, T. (1993). Seclusion theory reviewed -a benevolent or malevolent intervention? *Medicine, Science & the Law*, 33 (2): 95-102.
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40-46. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.01.021.
- Mellow, A., Tickle, A. & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 1-15.
- Muir-Cochrane, E. (1996). An investigation into nurses' perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 555-563.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- NICE Guideline. (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/1-Recommendations#managing-violence-and-aggression-in-emergency-departments-2>
- Nijman, H. L., Merckelbach, H. L. G. J., Allertz, W. F. & a Compo, J. M. (1997). Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatric Services*, 48 (5), 694-698.
- Noblit, G., W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies* Sage Publications, Inc
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norvoll, R. (2006). *DET LUKKEDE ROM. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter* Universitetet i Oslo.
- NOU. (2011:9). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Departementenes servicesenter Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- Noyes, J., Popay, J., Pearson, A., Hannes, K. & Booth, A. (2011). Qualitative research and Cochrane reviews. I J. Higgins & S. Green (Red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Bind Version 5.1.0 s. 571-591). <http://www.cochrane-handbook.org/>: The Cochrane Collaboration.
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan -a web and mobile app for systematic reviews. . *BioMedCentral*, (5:210).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, 17.06.2016). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet 06.09.2016 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.

- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven.* . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, 03/2010, 238-246. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/681694.pdf>
- Sailas, E. E. S. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Review). *Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD001163(1), 1-18. doi:10.1002/14651858.CD001163
- Sandelowski, M. & Barroso, j. (2002). Reading qualitative studies. *International Journal of Qualitative Methodes*.
- Shikov, A. N., Pozharitskaya, O. N. & Makarov, V. G. (2016). *Aralia elata* var. *mandshurica* (Rupr. & Maxim.) J.Wen: An overview of pharmacological studies. *Phytomedicine*, 23(12), 1409-1421. doi:10.1016/j.phymed.2016.07.011.
- SIFER. (2011). Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Hentet fra <http://sifer.no>
- Sivilombudsmannen. (2018). *Besøksrapport. Psykiatrisk klinikk, Helse Bergen HF Sandviken.* Oslo. Hentet fra <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/03/Psykiatrisk-klinikk-Sandviken-besøksrapport-1.pdf>
- VanDerNagel, J. E. L., Tuts, K. P., Hoekstra, T. & Noorthoorn, E. O. (2009). Seclusion: The perspective of nurses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 408-412.
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P. & Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260-268.
- Wynn, R. (2003a). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6). doi:10.1080/08039480310003470
- Wynn, R. (2003b). Staff's Choice of Formal And Informal Coercive Interventions In Psychiatric Emergencies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 157-164. doi:10.1080/14999013.2003.10471187

Vedlegg I: Søk PsycINFO

Database: PsycINFO <1987 to August Week 2 2018>

Search Strategy:

- 1 exp Mental Health Services/ (36105)
- 2 Psychiatric Hospitals/ or Psychiatric Hospitalization/ (9164)
- 3 exp Psychiatric Units/ (1704)
- 4 exp Forensic Psychiatry/ (3918)
- 5 PSYCHIATRY/ (20562)
- 6 exp Mental Disorders/ (502962)
- 7 exp Mental Health/ (54402)
- 8 ((mental or psychiatr*) adj2 (facilit* or hospital* or department* or ward* or unit*).tw. (24221)
- 9 ((mental or behavior) adj2 disorder*).tw. (56183)
- 10 (mental health or mental disorder* or mental condition* or mental illness* or mental diagnos* or mental problem*).tw. (206513)
- 11 Forensic Psychiatr*.tw. (4023)
- 12 or/1-11 (658370)
- 13 exp COERCION/ (1977)
- 14 Patient Seclusion/ (473)
- 15 exp Involuntary Treatment/ (1188)
- 16 exp Social Isolation/ (5285)
- 17 (coercion or seclusion or seclud* or involuntary treatment* or shield* or isolat* or involuntary hospitalization).tw. (55734)
- 18 or/13-17 (58450)
- 19 exp Health Personnel Attitudes/ (20310)
- 20 Psychiatric Hospital Staff/ (684)
- 21 (nurse* or staff or employee* or personnel or worker* or professional* or psychiatrist* or psychologist* or clinician* or physician* or doctor* or therapist* or psychotherapist* or health personnel).tw. (611221)
- 22 (attitude* or view* or know* or understand* or feel* or perception* or experience*).tw. (1503094)
- 23 21 and 22 (336999)
- 24 19 or 20 or 23 (342435)
- 25 12 and 18 and 24 (2154)

Vedlegg II: Embase

Database: Embase <1980 to 2018 Week 34>

Search Strategy:

-
- 1 exp mental health service/ (47160)
 - 2 exp mental hospital/ (18745)
 - 3 psychiatry/ or mental disease/ or forensic psychiatry/ or mental health care/ (255822)
 - 4 psychiatric department/ (6388)
 - 5 psychiatric emergency/ (111)
 - 6 psychiatric diagnosis/ or psychiatric nursing/ or psychiatric treatment/ (36482)
 - 7 ((mental or psychiatr*) adj2 (facilit* or hospital* or department* or ward* or unit*)).tw. (33280)
 - 8 ((mental or behavior) adj2 disorder*).tw. (51046)
 - 9 (mental health or mental disorder* or mental condition* or mental illness* or mental diagnos* or mental problem*).tw. (193296)
 - 10 Forensic Psychiatr*.tw. (3653)
 - 11 or/1-10 (435872)
 - 12 exp social isolation/ (18574)
 - 13 (coercion or seclusion or seclud* or involuntary treatment* or shield* or isolat* or involuntary hospitalization).tw. (1383471)
 - 14 or/12-13 (1393882)
 - 15 exp health personnel attitude/ (163164)
 - 16 hospital personnel/ (20128)
 - 17 (nurse* or staff or employee* or personnel or worker* or professional* or psychiatrist* or psychologist* or clinician* or physician* or doctor* or therapist* or psychotherapist* or health personnel).tw. (1622858)
 - 18 (attitude* or view* or know* or understand* or feel* or perception* or experience*).tw. (4804576)
 - 19 17 and 18 (610164)
 - 20 15 or 16 or 19 (738383)
 - 21 11 and 14 and 20 (1705)

Vedlegg III: MEDLINE

MEDLINE Master Aug 2018

1. Mental Health Services/
2. Hospitals, Psychiatric/
3. Psychiatric Department, Hospital/
4. Forensic Psychiatry/
5. PSYCHIATRY/
6. exp Mental Disorders/
7. exp Mental Health/
8. ((mental or psychiatr*) adj2 (facilit* or hospital* or department* or ward* or unit*)).tw,kw.
9. ((mental or behavior) adj2 disorder*).tw,kw.
10. (mental health or mental disorder* or mental condition* or mental illness* or mental diagnos* or mental problem*).tw,kw.
11. Forensic Psychiatr*.tw,kw.
12. or/1-11
13. exp COERCION/
14. Social Isolation/
15. exp Involuntary Treatment/
16. (coercion or seclusion or seclud* or involuntary treatment* or shield* or isolat* or involuntary hospitalization).tw,kw.
17. or/13-16
18. exp "Attitude of Health Personnel"/
19. Nursing Staff, Hospital/ or Personnel, Hospital/ or Psychiatric Nursing/
20. (nurse* or staff or employee* or personnel or worker* or professional* or psychiatrist* or psychologist* or clinician* or physician* or doctor* or therapist* or psychotherapist* or health personnel).tw,kw.
21. (attitude* or view* or know* or understand* or feel* or perception* or experience*).tw,kw.
22. and/20-21
23. 18 or 19 or 22
24. 12 and 17 and 23

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to March 28, 2019>

Search Strategy:

-
- 1 exp Mental Health Services/ (90339)
 - 2 Psychiatric Hospitals/ or Psychiatric Hospitalization/ (24718)
 - 3 exp Psychiatric Units/ (0)
 - 4 exp Forensic Psychiatry/ (37855)
 - 5 PSYCHIATRY/ (38261)
 - 6 exp Mental Disorders/ (1165220)
 - 7 exp Mental Health/ (33253)
 - 8 ((mental or psychiatr*) adj2 (facilit* or hospital* or department* or ward* or unit*)).tw. (29261)
 - 9 ((mental or behavior) adj2 disorder*).tw. (43219)
 - 10 (mental health or mental disorder* or mental condition* or mental illness* or mental diagnos* or mental problem*).tw. (169253)
 - 11 Forensic Psychiatr*.tw. (2910)
 - 12 or/1-11 (1359153)
 - 13 exp COERCION/ (4389)
 - 14 Patient Seclusion/ (0)

- 15 exp Involuntary Treatment/ (2261)
- 16 exp Social Isolation/ (16463)
- 17 (coercion or seclusion or seclud* or involuntary treatment* or shield* or isolat* or involuntary hospitalization).tw. (1289728)
- 18 or/13-17 (1305904)
- 19 exp Health Personnel Attitudes/ (149828)
- 20 Psychiatric Hospital Staff/ (0)
- 21 (nurse* or staff or employee* or personnel or worker* or professional* or psychiatrist* or psychologist* or clinician* or physician* or doctor* or therapist* or psychotherapist* or health personnel).tw. (1373759)
- 22 (attitude* or view* or know* or understand* or feel* or perception* or experience*).tw. (4078240)
- 23 21 and 22 (474687)
- 24 19 or 20 or 23 (572533)
- 25 12 and 18 and 24 (2202)

Vedlegg IV: CINAHL

Search ID#	Search Terms	Search Options	Hits
S1	(MH "Mental Health Services") OR (MH "Emergency Services, Psychiatric")	Search modes - Boolean/Phrase	22,440
S2	(MM "Psychiatric Units")	Search modes - Boolean/Phrase	1,021
S3	(MH "Forensic Psychiatry+")	Search modes - Boolean/Phrase	691
S4	(MM "Psychiatry")	Search modes - Boolean/Phrase	3,260
S5	(MH "Mental Disorders+")	Search modes - Boolean/Phrase	316,208
S6	(MM "Mental Health")	Search modes - Boolean/Phrase	10,890
S7	mental or psychiatr* N2 facilit* or hospital* or department* or ward* or unit*	Search modes - Boolean/Phrase	936,046
S8	mental or behavior N2 disorder*	Search modes - Boolean/Phrase	142,379
S9	mental health or mental disorder* or mental condition* or mental illness* or mental diagnos* or mental problem*	Search modes - Boolean/Phrase	112,583
S10	Forensic Psychiatr*	Search modes - Boolean/Phrase	1,073
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	1,139,559
S12	(MM "Coercion")	Search modes - Boolean/Phrase	533
S13	(MM "Patient Seclusion")	Search modes - Boolean/Phrase	361
S14	(MM "Treatment Refusal")	Search modes - Boolean/Phrase	2,036
S15	(MM "Social Isolation")	Search modes - Boolean/Phrase	1,407
S16	coercion or seclusion or seclud* or involuntary treatment* or shield* or isolat* or involuntary hospitalization	Search modes - Boolean/Phrase	47,907
S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	49,899
S18	(MM "Attitude of Health Personnel") OR (MM "Nurse Attitudes") OR (MM "Physician Assistant Attitudes") OR (MM "Physician Attitudes") OR (MM "Psychotherapist Attitudes") OR (MM "Social Worker Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	31,244
S19	(MM "Nursing Staff, Hospital")	Search modes - Boolean/Phrase	10,326
S20	nurse* or staff or employee* or personnel or worker* or professional* or psychiatrist* or psychologist* or clinician* or physician* or doctor* or therapist* or psychotherapist* or health personnel	Search modes - Boolean/Phrase	944,564

S21	attitude* or view* or know* or understand* or feel* or perception* or experience*	Search modes - Boolean/Phrase	716,442
S22	S20 AND S21	Search modes - Boolean/Phrase	292,826
S23	S18 OR S19 OR S22	Search modes - Boolean/Phrase	298,709
S24	S11 AND S17 AND S23	Search modes - Boolean/Phrase	2,823

Vedlegg V: SveMed+ 25.08.2018.

<input type="checkbox"/>	1	exp:"Mental Health Services"	2088	2018-08-22 20:29:36
<input type="checkbox"/>	2	exp:"Hospitals, Psychiatric"	320	2018-08-22 20:30:08
<input type="checkbox"/>	3	exp:"Psychiatric Department, Hospital"	366	2018-08-22 20:30:38
<input type="checkbox"/>	4	exp:"Forensic Psychiatry"	1152	2018-08-22 20:31:06
<input type="checkbox"/>	5	exp:"Psychiatry"	2874	2018-08-22 20:31:31
<input type="checkbox"/>	6	exp:"Mental Disorders"	13143	2018-08-22 20:31:57
<input type="checkbox"/>	7	exp:"Mental Health"	569	2018-08-22 20:32:24
<input type="checkbox"/>	8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	16342	2018-08-22 20:32:41
<input type="checkbox"/>	9	exp:"Coercion"	220	2018-08-22 20:33:44
<input type="checkbox"/>	10	exp:"Social Isolation"	353	2018-08-22 20:35:16
<input type="checkbox"/>	12	exp:"Patient Isolation"	90	2018-08-22 20:49:47
<input type="checkbox"/>	13	exp:"Involuntary Treatment, Psychiatric"	10	2018-08-22 20:50:06
<input type="checkbox"/>	14	#9 OR #10 OR #12 OR #13	655	2018-08-22 20:50:36
<input type="checkbox"/>	15	#8 AND #14	327	2018-08-22 20:50:59

Vedlegg VI: Epistemonikos 25.08.2018.

Enkelt søk med tekstord: skjerming, isolasjon / *seclusion*.

By category
All
Primary Studies (35)

By year
All
Last year
Last 5 years
Last 10 years
Custom range

Results: 1-10 of 35

Primary study
Seclusion.

Year	»	1987
Authors	»	Heyman E
Journal	»	Journal of psychosocial nursing and mental health services
Links	»	Pubmed

This article is included in 1 Systematic review

Primary study
Toward a rationale for the seclusion process.

Year	»	1978
Authors	»	Plutchik R , Karasu TB , Conte HR , Siegel B , Jerrett I
Journal	»	The Journal of nervous and mental disease
Links	»	Pubmed

This article is included in 1 Systematic review

Primary study
Impact of the seclusion room experience.

Year	»	1976
Authors	»	Wadeson H , Carpenter WT
Journal	»	The Journal of nervous and mental disease
Links	»	Pubmed

This article is included in 1 Systematic review

Vedlegg VII:

Fagfellevurdering av litteratursøk (PRESS).

Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS)			
Review title: Hvordan opplever helsepersonell bruk av skjerming og isolasjon som tvangsmiddel for pasienter innen psykisk helsevern			
Student: Kjersti Valestrand Bjørnstad		Reviewer: Bente Tveito	Date completed: 24.05.2018
Database: PsycINFO			
			If "B" or "C," please provide an explanation or example:
1	Translation of the research question	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Generelt: søket er ryddig og oversiktlig.</p> <p>Kommentarer til søkeord under PI:</p> <p>PI-Phenomen of Interest: Skjerming, isolasjon, tvang.</p> <p>Du har begrunnet å ikke søke på isolasjon, fordi det gir mye støy. Jeg er redd du mister en del artikler ved å utelate «isolasjon». Så lenge du har isolasjon med i spørsmålet og i PI bør du også søke på det både som emneord (eks. exp Social isolation/) og som tekstord (eks. isolat*)</p> <p>PI-Phenomen of Interest : skjerming, isolasjon, tvang.</p> <p>Jeg mener dette bør endres til «skjerming og isolasjon som tvangsmiddel». For du er jo ikke interessert i bruk av tvang, eller?</p> <p>Vurder om du vil utelate søkene på Helsepersonell og deres holdninger. Ved å ta dette med kan du risikere å miste interessante studier. Hvis du likevel vil ha det med i søket, bør du utvide med flere emneord (eks. exp Psychiatric hospital staff/) og tekstord (eks. therapist*, psychotherapist*, health personnel mfl.).</p>
2	Boolean and proximity operators	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	Fin bruk av boolske operatører og korrekt bruk av nærhetsoperatører.

3	Subject headings	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input checked="" type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Du har relevante og gode Subject headings, men litt ukritisk bruk av explode. I PsycINFO blir termene automatisk explodert, men klikk deg inn og sjekk om det i det hele tatt finnes underordnede emner eller om de underordnede emnene er relevante, se for eksempel under «Psychiatric hospitalization» og «Psychiatry».</p>
4	Text word searching	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Bruk .tw i PsycINFO. Det gir flere treff enn ti,ab. Du har ikke tatt med tekstordsøk for det som går på psykisk helse. Det bør du legge til. Eks. (mental OR behavior adj2 disorder*).tw, mental health.tw, mfl. Søkelinje 14: inkluder tekstord «involuntary hospitalization» Søkelinje 17: trunker nurs* for å få med både nurse, nurses og nursing</p>
5	Spelling, syntax, and line numbers	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Søkelinje 10: kosmetisk forslag, endre til: OR/ 1-9 (se også søkelinje 10, 15 og 18) Søkelinje 14: En skrivefeil OG i stedet for OR: du mister en del treff på den.</p>
6	Limits and filters	<input checked="" type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Ikke begrunnet at du velger å unnlate å søke på studiedesign, men det er en ok avgjørelse, tenker jeg.</p>
7	Overall evaluation (if one or more «revision required is noted above, the response must be «revisions required»)	<input type="checkbox"/> A. No revisions <input type="checkbox"/> B. Revision(s) suggested <input checked="" type="checkbox"/> C. Revision(s) required	<p>Du har jobbet godt med søket, men du får få treff når du inkluderer helsepersonell og deres holdninger.</p> <p>Utvalget av databaser er etter min vurdering bra, men jeg savner baser for grå litteratur og noe om siteringssøk og håndsök i utvalgte tidsskrifter.</p>

Vedlegg VIII: Inkluderte studier:

- 1) *Implementing seclusion in forensic mental health care: A qualitative study of staff decision making.* (2018). Green, R., Shelly, C., Gibb, J. og Walker, T.

Utforsker sykepleiers holdninger og hvilke faktorer som påvirker beslutningsprosessen om å iverksette bruk av isolering. To fokusgrupper bestående av totalt 12 sykepleiere, hvorav fire og åtte deltakere i hver gruppe. Tematisk analyse.

- 2) *An investigation into nurse`s perceptions of secluding patients on closed psychiatric wards.* (1996). Muir-Cochrane, E.

Sykepleieres oppfatninger om egen rolle ved bruk av isolering. Hva er hensikten med isolering og under hvilke omstendigheter benyttes isolering og hvilke rammer brukes under isoleringsprosessen. Reflekterende skrivning og semistrukturerte intervju med 7 psykiatriske sykepleiere fra to lukkede avdelinger, ved et sykehus i Australia. Rekrutteringen fant sted på et møte for de ansatte ved sykehuset. Inklusjonskriteriet var et års klinisk erfaring, minst 6 måneder ved sykehuset.

- 3) *The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility.* (2010). Larue, C., Piat, M., Geneviève Ménard, H. og Goulet, M.

Utforsker og beskriver sykepleierintervensjoner som iverksettes før, under og etter gjennomføring av isolering og undersøker sammenheng mellom intervensjoner og lokale og nasjonale retningslinjer. Individuelle intervju med 24 sykepleiere fra akuttavdelinger ved to psykiatriske sykehus øst i Canada. Alle som hadde signert i tvangsprotokoll ble kontaktet og invitert til å delta.

- 4) *Experiencing seclusion in a forensic psychiatric setting: A phenomenological study.* (2015). Holms, D., Murray, S. J., Knack, N

Ser på hvordan helsepersonell opplever bruk av isolering. Semistrukturerte dybdeintervju med 13 psykiatriske sykepleiere ved en rettsmedisinsk avdeling ved et Canadisk sykehus.

- 5) *The perspective of nurses.* (2009). VanDerNagel, J., Tuts, K., Hoekstra, T., Noorthoorn, E. Seclusion.

Studien beskriver hvordan sykepleiere opplever isoleringsprosessen, hva opplever sykepleierne før, under og etter isolering. Halvstruktureerte intervju med 8 sykepleiere og sosialarbeidere ved et sykehus i Nederland. Grounded theory.

- 6) *Through the eye of the beholder: to seclude or not to seclude.* (2002). Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P., og Boshman, B.

Hensikt er å undersøke beslutningsprosessen hos den ansatte som iverksetter bruk av isolering. identifisere de etiske, juridiske, faglige, miljømessige, holdnings- og sikkerhets spørsmålene som påvirker. Syv psykiatriske sykepleiere og en lege ble hver intervjuet innen 48 timer etter å ha tatt beslutningen. Intervjuene ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

Vedlegg VIII: Matrise (siste utkast).

	Green 2017 England	Holms 2017 Canada	Larue 2010 Canada	VanDerNage 2009 Nederland	Waynaden 2002 Australia	Muir-Cochrane 1996 Australia	Min oversettelse	Syntese Hovedfunn
Verktøy / Rettferdig-gjøring	Isolasjon som siste utvei. Lempeligere midler forsøkt. Skjermet enhet/roligere sted.	Isolasjon som siste utvei. Proaktiv, være årvåken og iverksette tiltak i forkant. Forstå bakgrunn for aggresjon/f orhandle. Sikkerhet	Med utgp i pas oppførsel/ti lstand. Lempeligere midler forsøkt. Ukjent ofte hvorfor de er aggitert.	Følelser er knyttet til personlig egenskaper, pasient karikastikk og situasjonen.	Siste utvei, når alt er forsøkt. 1) Vurdering av situasjonen. Personal sammensetning, antall, kvaliteter, alder, erfaring.	Nyttig og effektivt verktøy ved spesielle behov. Adm. føringer- antall personell. Protokoll retningslinje for riktig bruk. Overforbruk (den gamle skolen).	Effektivt verktøy for helseperson ell for å ivareta pasienten, personell og opprettholde et terapeutisk miljø.	
Pasienten	Pasient atferd. Bakgrunnskunnskap om pasienten.	Pasient atferd. Mer komfortabel dersom vold/agg		Før. Usikkerhet, beslutningen må tas. Spenningsrelatert -Frykt, trussel, nummenhet	2) Deltakernes kunnskap om pas. Tidligere erfaringer, relasjon/ kunnskap om vedkommende.	2) Pasient atferd assosiert med bruk av isolasjon: aggresjon og vold, kaotisk.	Helsepersonells kompetanse og erfaring med å vurdere situasjonen påvirker, skjæringspunktet, «skal», «skal ikke» isolering iverksettes.	
	Organisatoriske faktorer, risikovurdering av arealene, tilgjengelig personell og kompetanse. Ingen/lite aktiviteter pasientene kjeder seg.	Relasjon til pas (avverge)		Under. Når det er besluttet. -(u)trygg, mistro, tillit, solidaritet. Kvinne/mann rolle. Kvinner mindre aggressive, er mer på siden. Derfor en høyere spenningskurve.	3) Omsorg under isolasjonen. I henhold til politikk og retningslinjer. Hvilken oppfølging trenger pas. Dialog med pas og hans tilstand og hvordan komme seg ut.	3) Det akutte rammeverket. Kontrollprosessen der helsepersonell prøver å ivareta/opprettholde ett terapeutisk miljø i avdelingen og på isolatet.	Risikovurdering: pasient historikk, kompetanse og personell tilgjengelig, areal og lokasjon.	
Ytre faktorer som lovverk og rammer		Ivaretakelse under isolering. Noen mener ivaretakelsen er bedre under isolering, men andre det motsatte.	Sørger for gr.leggende behov. Tilsyn hvert 15. min (vindu), inn hver 30. min.	Etter. Synker spenningen. Kontroll, ansvar, avmakt, maktfølelse. Uhyggelig på isolatet, sparsomme ordninger. Toalettløsning lite human.	4) Opphør av isoleringen. Hva kreves for å være i avdelingen. Kontroll.	Se opp for prosessene som skjer i overvåking og kontinuerlig vurdering av pasienter på den lukkede avdelingen Opprettholde et terapeutisk miljø. En til en, iverksette tiltak.	Bevist bruk av tvang. I hht avdelingens retningslinjer og prosedyrer.	
					5) Omsorg etter. Debrief med pasienten/andre pasienter og evt personalet Evaluere utfallet Effektivt/nyttig.	Ser på prosessene knyttet til initiering, videreføring og avslutning av isoleringen. Verbal trygging og orientering, siste utvei.	Helsepersonell evaluerer pasientens tilstand kontinuerlig. Gradvis oppløsning.	

						Følge retningslinje og protokoll.	Mer personal kontakt, mer stimuli.	
	Mulighet for debref, gjennomgang, tilbakemeldinger	Debrif m pas	Debrif m pas. Pas kan takke nei.	Behov for å dele/snakke om erfaringer knyttet til isolering.	6) Evne til å oppnå ønsket resultat. Effekten på pas.			
Debref som et forbedrings verktøy.	Å dele kunnskap skaper trygghet i jobben/iverks sette isolering		Debrif m kollega, dersom det oppstod problemer. Evaluere/justere praksis.		7) Refleksjon av handling. Evaluerer hele prosessen.		Debref er viktig for helsepersonell for å bearbeide og evaluere, for senere å kunne justere/forbedre egen og felles praksis.	