

Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern

Hensikt og omfang	Gjennomføre	Dokumentasjon
Etikk og faglig forsvarlighet	Risikofaktorer	Referanser

Utgitt av

Helse Bergen HF

Versjon

3.0

Helsepersonell prosedyren gjelder for

Ledere og klinisk helsepersonell i institusjoner innen psykisk helsevern som er godkjente for bruk av tvang.

Pasienter prosedyren gjelder for

Pasienter over 16 år, innlagt i institusjon på døgnopphold, som er i ferd med å skade seg selv eller andre eller påføre *betydelig* skade på materielle verdier. Prosedyren kan bare benyttes i henhold til lov og forskrift.

NB! Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. **Siste litteratursøk:**
04.11.2020

Hensikt og omfang

Hensikten med fagprosedyren er

- å kvalitetssikre bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern i henhold til myndighetskrav og i samsvar med menneskerettigheter og kunnskapsbasert praksis (1-9)
- å avverge skader på pasient og helsepersonell
- å ivareta pasientens verdighet og integritet gjennom hele forløpet og så langt som mulig være i overenstemmelse med pasientens behov, selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.
- å forebygge og begrense bruk av mekaniske tvangsmidler

Prosedyren inkluderer kortvarig fastholding før eventuelt bruk av mekaniske tvangsmidler, bruk av mekaniske tvangsmidler, samtale med pasienten etter at bruken av tvangsmiddel er opphørt og tiltak for å ivareta involvert personell. Bruk av tvangsmidlene isolasjon (§4-8b) og korttidsvirkende legemidler (§4-8c) vil ikke bli beskrevet. Forebyggende tiltak og bruk av lempeligere midler omtales kort, men ikke fyllestgjørende i denne prosedyren.

Utstyr som benyttes for bruk av prosedyren er spesialsydd belter og beltesenger. Bruk av skadeforebyggende spesialklær inngår ikke i prosedyren.

Etikk og faglig forsvarlighet

Tvangsmidler skal bare anvendes når vilkårene i Psykisk helsevernlov (8, § 4-8) og Psykisk helsevernforskrift er oppfylt (9). Det er ikke tillatt å bruke andre tvangsmidler og heller ikke på andre indikasjoner enn det som er hjemlet i gjeldende lovverk.

Før bruk av mekaniske tvangsmidler skal lempeligere midler, dvs. mindre inngripende tiltak, ha vært forsøkt. Lempeligere midler kan i denne sammenheng være verbal tilnærming, skifte eller supplere personell, bruk av skjerming eller bruk av andre tvangsmidler som den enkelte pasient gir uttrykk for at han / hun finner mindre inngripende.

Tvangsmidler kan kun benyttes for å avverge at en pasient forvolder skade. Mekaniske tvangsmidler skal ikke brukes for å håndtere alminnelig uro, trusler o.l., i behandlingsøyemed eller som etterfølgende reaksjon som straff på utagering o.l.

Restriksjoner og tvang innskrenkes til det mest nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Den enkelte pasient bør i størst mulig grad bestemme selv hvilke tvangsmidler som oppleves mest skånsomt (10). Både pasientens utviklingstrinn, aktuelle sykdomstilstand, og syke- og evt. traumehistorie, bør tas hensyn til under avveien av hvilke skadeavvergende tiltak som er mest skånsomme.

Definisjoner

- **Belteseng** er seng, hvor spesialsydd belter kan festes til sengerammen og kan festes rundt pasientens ankler, handledd, mage og evt. bryst.
- **Mobile belter/transportbelter** er spesialsydd belter som begrenser pasientens bevegelsesradius på hender og føtter. Mobile belter gir langt større bevegelsesmulighet enn belteseng. Pasienten kan for eksempel gå, sitte oppe i stol og gå på toalett.
- **Kombibelter** er mobile belter som kan festes til sengebelter eller som kan festes direkte til sengerammen.
- **Belteforlengere** kan supplere seng – og mobile belter. Disse festes til hånd og / eller til fotbelter. Hensikten er å gi pasienten mer bevegelsesfrihet slik at pasienten i større grad kan ivareta basale behov.
- **Faglig ansvarlig for vedtak** er primært lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning (8, § 1-4). Den enkelte institusjon skal sørge for forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell og utpeke en eller flere faglig ansvarlige (9, § 5).
- **Ansvarshavende i avdeling** kan eksempelvis være lege, avdelingssykepleier (**eller den som fungerer som stedfortreder**) eller psykolog (7, s.126).
- **Avdelingssykepleier** (leder på post) eller **stedfortreder for avdelingssykepleier**, leder arbeidet med å forebygge bruk av tvangsmidler, og der det er uomgjengelig nødvendig, planlegger og organiserer gjennomføringen av tvangsmidler. I en avdeling/post med drift 24/7 er det primært stedfortreder for avdelingssykepleier som leder det praktiske arbeidet. Stedfortreder for avdelingssykepleier er primært sykepleier/vernepleier, men i en akutt situasjon kan andre erfarne medarbeidere bli bedt om å lede arbeidet, eller deler av arbeidet, sammen med stedfortreder for avdelingssykepleier.

Forebygge bruk av tvangsmidler

Pasienten skal spørres på et tidlig tidspunkt i forløpet om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og sinne og hvilke tiltak pasienten selv ønsker skal iverksettes i slike situasjoner. Etterspør videre pasientens erfaringer med aggresjon og vold rettet mot seg selv eller andre. Utarbeid en behandlingsplan, fortrinnsvis i dialog med pasienten, som angir pasientens sårbarhetsområder, utløsende faktorer for vold og aggresjon, varselsignaler og egne mestringsstrategier. Forebyggende strategier er særlig viktig overfor pasienter som har en kjent voldelig adferd rettet mot seg selv og /eller andre, eller som tidligere har blitt påført mekaniske tvangsmidler (7, 11-15).

Brøset Violence Checklist (BVC) anbefales brukt systematisk for å vurdere risiko for nært forestående vold (11, 15-18).

Forebyggende strategier kan være (19-21):

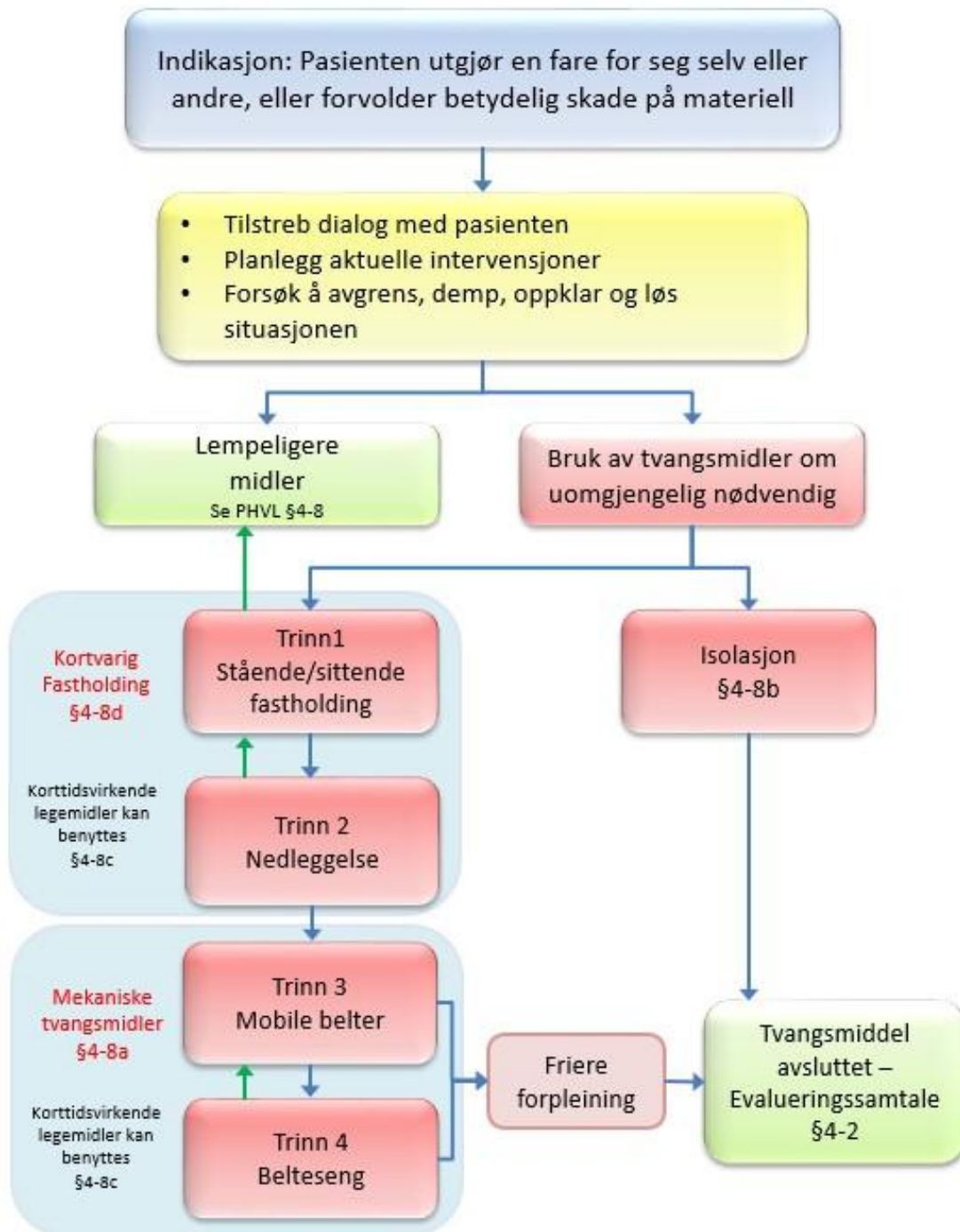
- sikre hensiktsmessig omsorgsnivå som «en-til-en kontakt»
- regulere stimuli og hjelpe pasienten til å finne et egnet aktivitetsnivå
- identifisere utløsende faktorer (triggere) for vold hos pasienten og om mulig fjerne disse
- hjelpe pasienten med å unngå vanskelige situasjoner og lære mestringsstrategier
- sikre at personalet og pasienten gjenkjenner situasjoner som påvirker pasienten negativt
- deeskalerende kommunikasjonsstrategier, hvor personalet tilstreber størst mulig grad av selvkontroll og uttrykker respekt og empati i møte med pasienten. Personalet sikrer trygge rammer, utforsker pasientperspektivet, anerkjenner pasientens opplevelse og inviterer til en felles problemløsende prosess (22).
- vurdere behov for medisinerings
- etablere tilstrekkelige sikringstiltak som å fjerne farlige gjenstander eller flytte pasienten til skjermingsenhet/rom

Plan for systematisk og regelmessig opplæring og trening av personalet bør foreligge (4, 12, 23, 24). Hensikten er å utvikle personalets holdninger og kunnskap om redusert og riktig bruk av tvang, og å styrke sikkerheten og tryggheten i avdelingen for pasienter og ansatte (25-28).

For mer utfyllende informasjon om forebygging av tvangsmidler, henvises det til nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne (29) .

Gjennomføre bruk av mekaniske tvangsmidler

Behovet for mekaniske tvangsmidler kan oppstå akutt, men oftest vil slike situasjoner være kjennetegnet av et gradvis eskalerende forløp. Forløpet som fagprosedyren anbefaler blir beskrevet i flytskjemaet (figur 1).



Figur 1

Trinnvise intervensjoner

Flytskjemaet (Figur 1) illustrerer bruk av mekaniske tvangsmidler trinnvis, hvor hvert trinn har egen indikasjon. Den som leder gjennomføringen må fortløpende vurdere behovet for å fortsette til neste trinn, samtidig som en fortløpende vurderer og arbeider for muligheten å reversere til forrige trinn og dermed lempeligere midler.

Generelle overordnede prinsipper

- Forsøk å ha dialog med pasienten. Målet er at pasienten skal kunne gjenopprette kontroll over seg selv slik at kontrolltiltak kan opphøre eller reduseres.
- Kun én person snakker til pasienten om gangen, som orienterer fortløpende om hva som skjer og bakgrunnen for at dette blir gjort.
- Husk at måten tvang blir gjennomført på, kan ha stor påvirkning på pasientopplevelsen. Ha et sterkt omsorgsfokus og unngå unødig krenkelse.
- Under gjennomføringen av tvangsmiddelbruken skal det, så langt det er forsvarlig, tas hensyn til ønsker fra pasienten.
- Forsøk hele tiden å ivareta, samt øke pasientens autonomi, så langt det er mulig.
- Tilpass fysisk kraft/motstand etter pasientens kraftbruk.
- Vær varsom, tenk pasient – og personalsikkerhet.
- Bruk nødvendig tid. Ingen automatiserte prosesser, alle overganger skal være gjennomtenkte og nødvendige.
- Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig.

Planlegging og samhandling

Kritiske situasjoner har flere målsettinger som å

- unngå at noen blir skadet
- redusere grad av unødig makt og tvang til et minimum
- håndtere situasjonen på en ivaretakende og etisk forsvarlig måte

En grundig planlegging kan bidra til å øke måloppnåelsen.

Teamleders ansvar/rolle

- Planlegg ulike scenarioer og hvordan situasjonen kan forebygges og/eller håndteres.
- Vurder om tilgjengelige personalressurser på posten er tilstrekkelig og tilkall evt. nødvendige forstrekninger via telefon eller beredskapsalarm.
- Sørg for at lege tilkalles.
- Gi en eller flere kollegaer ansvar for å ivareta medpasienter.
- Avgjør hvem som skal delta i situasjonen og hvilke roller disse skal ha.

Videre planlegging gjøres sammen med teamet hvor følgende spørsmål kan være veiledende under planleggingen:

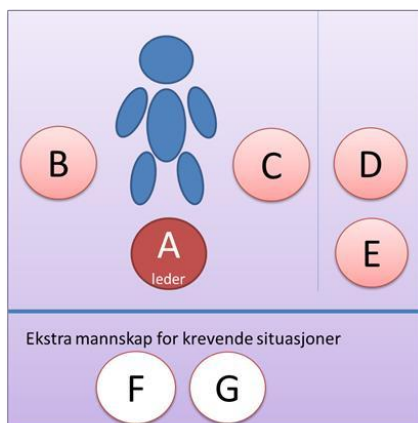
- Hva kjennetegner pasienten f.eks. rus, psykose, tidligere voldshistorie, erfaring med tvang (30, 31).
- Hva står i pasientens behandlings- og /eller risikohåndteringsplan?
- Hva er pasientens sårbarhetsområder? Er det noen spesielle hensyn vi bør ta?
- Hva er situasjonen?
 - Hvordan ser rommet ut? Hvordan bør vi posisjonere oss?

- Hvilke forebyggende tiltak / lempeligere midler skal forsøkes?
- Hvilke potensielle utfall har situasjonen? ○ Hvordan kan de ulike utfallene håndteres?
- Hvilke roller / arbeidsoppgaver bør avklares?

Teamet bør bestå av fem personer, inkludert teamleder (figur 2). Endelig antall og sammensetning vurderes ut fra den aktuelle situasjonens behov, og hva som vil kunne øke sannsynligheten for å deeskalere og håndtere situasjonen på en best mulig måte (32). Det bør ikke vær flere ansatte tilstede enn det situasjonen krever. Teamet vektlegger å fremstå som minst mulig truende og med størst mulig grad av ro (33).

Teamet

- inviterer pasient til dialog og oppfordrer pasienten, dersom aktuelt og mulig, til å trekke ut av stue / fellesrom
- forsøker å posisjonere seg på en måte som ivaretar personalets sikkerhet, samtidig som det reduserer pasientens ubehag
- skjerner pasienten mest mulig fra medpasienter
- vurderer fjerning av stoler og andre løse gjenstander



Teamleder **A** kommuniserer med pasienten og leder hendelsesforløpet trinn for trinn.

B og **C** har ansvaret for å fysisk intervenere dersom leder gir signal om dette, eller dersom pasienten gjør fysisk utfall mot personalet.

D og **E** er en del av teamet og vil ha ansvar for å intervenere fysisk dersom situasjonen skulle kreve den type tilnærming. Leder må vurdere om det er behov for ytterligere personell i situasjonen.

F og **G** kan benyttes som forsterkning i en eventuell fysisk konfliktsituasjon, samt å betjene andre oppgaver relatert til

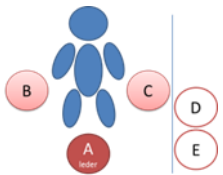
situasjonen.

Figur 2.

Dynamisk ledelsesmodell

Det kan være utfordrende å kommunisere med pasienten og samtidig lede hendelsesforløpet og i tillegg ivareta sikkerheten både for pasient og personalet. Forutsatt at det er tilstrekkelig personell tilgjengelig, vil det være hensiktsmessig at teamleder ikke deltar i den fysiske håndteringen. Det vil da være enklere for vedkommende å beholde oversikten, delegere nødvendige arbeidsoppgaver, samt ha fokus på dialog med pasienten. Lederrollen kan videreføres til annet personell, dersom dette anses som hensiktsmessig for situasjonen. Leder kan også velge ut en annen person som får ansvar for dialogen med pasienten.

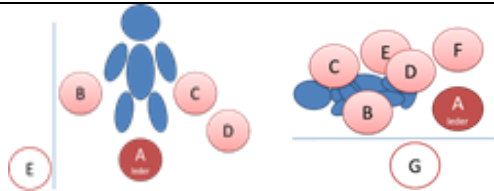
Trinn 1: Kortvarig fastholding, stående

	Indikasjon Denne intervensjonen er aktuell når pasienten utgjør en fare for å skade seg selv og / eller andre eller forvolder betydelig skade på materiell, og lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.
	Personalet stiller seg opp som fremgår av bilde.
	To personale B og C, beskytter ansiktet med hendene og går samtidig inn fra hver sin side.
	Personale B og C søker pasientens skulderledd for å stoppe pasienten.
	Personalets andre hånd griper rundt pasienten håndledd og armen ledes bort fra pasientens kropp og holdes diagonalt over personalets bryst/mageregion for å stabilisere/kontrollere overkropp.

	Begge plasserer den armen som er nærmest pasienten, under pasientens armhule og holder overarmen fast i et stabiliserende grep. Pasientens håndflater skal være vendt mot personalets overkropp. Unngå «klypegrep» rundt pasientens håndledd, samle alle fingre og hold armen inntil hoften. Personalet stabiliserer hofte og kne ved å ha minst mulig avstand til pasienten. Dette for å begrense muligheten til å angripe eller gjøre andre utfall. Personalet holder hodet litt unna pasienten grunnet risiko for skalling. Tips! Denne posisjonen vil egne seg godt dersom en skal gå sammen med og /eller forflytte en pasient.
Reverseringsmuligheter 	Pasientens gjenoppretting av kontroll kan evalueres på følgende områder: Grad av muskeltonus, pustefrekvens og fysisk motstand. Tilgjengelighet for dialog og samarbeid. Obs! Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.
	Dersom pasienten gjenvinner kontroll, kan det være hensiktsmessig at pasient og personalet setter seg ned. Personalet som holder pasienten kan byttes ut, dersom dette ansees som hensiktsmessig og nødvendig.
	Dersom pasienten gjenvinner kontroll, bør følgende gjøres før personalet avslutter fastholdingen: Forklar pasienten at dere ønsker å slippe han så fort det oppleves som trygt for alle parter. Spør pasienten hvilken grad av kontroll vedkommende opplever å ha, og hva som skjer dersom vedkommende slippes opp. Gjør en avtale med pasienten. Ytterligere kontroll kan oppnås i sittende posisjon ved at hvert personale setter foten sin over pasientens fot.

Nedleggelse. Ved behov for ytterligere fysisk kontroll på pasienten beskriver fagprosedyren to ulike nedleggelsesteknikker; nedleggelse i **sideleie** og nedleggelse i **mageleie**. Medarbeiderne anbefales opplært i *en* av teknikkene.

Trinn 2: Nedleggelse i sideleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personal B og C har samme utgangspunkt som tidligere beskrevet. Personal D går inn stående fra siden mot pasientens hofte, og bøyer seg deretter ned for å samle føttene.
	Personal D setter seg deretter ned på kne og følger med i bevegelsen. Obs! Personal D beskytter seg mot spark.
	Personal B tar et skritt ut til siden bort fra pasienten og trekker pasienten mot seg og legger pasienten kontrollert ned ved å støtte ham mot hoften. Personal C tar samtidig et langt steg inn bak pasienten, og holder armen for å stabilisere nedleggelsen.



Personal **B** vender rundt 180 grader foran pasienten. Personal **C** holder igjen og bidrar til å legge pasienten kontrollert ned på siden.



Personal **B** setter seg med hoften inn mot pasientens mageregion, samtidig som han hele tiden beholder kontroll over pasientens ene arm.

Personal **D** legger seg over lår når pasienten er nede i sideleie.



Personal **C** følger pasienten ned og blir sittende med hoften inn mot pasientens rygg.

Personal **D** legger seg med magen over pasientens lår. Pass på at pasientens kne- og ankelledd ikke ligger mot hverandre.

	Personal C kontrollerer pasientens andre arm og legger den over brystet og rundt nakke. Personal B sitter foran pasienten og holder pasientens hånd inn mot pasientens mage med en eller begge hender. Ved behov kan fot være med og stabilisere grepet. Unngå å legge trykk over pasientens bryst/buk.
	Personal B og C setter seg tett inntil pasientens overkropp. Personal C sitter bak og presser pasientens albue inn mot pasientens brystregion. Unngå å legge trykk over pasientens bryst/buk/rygg. Beskytt vitale organer. Beskytt og støtt pasientens hode- og nakke, samt overvåke at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon.
	Resterende personale (E, F, G) hjelper til der det er nødvendig: et personal holder pasientens hode for å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre ved å skalle, bite eller spytte. Et annet personal hjelper til med å ha kontroll på beina eller armen som ligger rundt pasientens hode. Obs! Unngå direkte press mot pasientens hals, brystkasse, mage og rygg eller bekkenområde.

Reversering av sideleie:



Gjør avtale med pasienten om at personalet fortsatt vil holde fast armer når pasient blir reist opp. Vurder deretter reverseringsmuligheter. Personal D fjerner seg fra liggende posisjon over føttene.



Personal B og C kontrollerer hver sin arm.



Pasienten legges på ryggen og hjelpes opp.

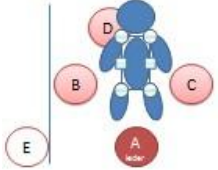


Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.



Tips! Klar og tydelig kommunikasjon gjør reversering tryggere og mer forutsigbart for både pasient og personal.

Trinn 2: Nedleggelse i mageleie

	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personale B og C har samme utgangspunkt som illustrert på bilde.
	Personale D kommer inn bakfra, samler hendene rundt livet til pasienten, og fører de nedover mot pasientens kneledd. Personale D gir beskjed når føttene er under kontroll.
	Personal D holder føttene under kne.
	Personale B og C tar et steg med ytterste fot slik at pasienten begynner å falle framover, personal D blir med i bevegelsen.

	Personale B og C tar så den innerste foten et lengre steg og vinkler foten noe inn slik at pasienten treffer med skulder/overarm over kneet.
	Personal B og C setter ytterste kne i gulvet og legger pasienten oppå innerste kne.
	Personal B og C setter innerste arm i gulvet. Pasienten legges kontrollert framover og personal D legger seg over pasientens lår.
	Personale setter seg ned på gulvet på hver sin side av pasientens overkropp og støtter seg på egen albue. Pasientens armer plasseres på personalets lår slik at skulderleddet får en vinkling på ca. 15 grader.
	Ved behov for bedre holdegrep kan armen strekkes ut og begge hender samles rundt håndledd. Obs! Beskytt vitale organer. Beskytt og støtt pasientens hode og nakke, samt overvåk at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon. Unngå direkte press mot pasientens hals, brystkasse, mage, rygg og bekkenområde. Den fastholdte må ikke bli liggende på magen over tid.

Reversering av mageleie:



Gjør en avtale med pasienten om at personalet fortsatt vil holde fast armer når pasient blir reist opp.

Vurder deretter reverseringsmuligheter. Personal D fjerner seg fra liggende posisjon over føttene.



Personal B og C kontrollerer hver sin arm.

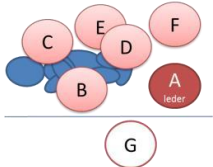


Pasienten hjelpes først opp på kne, deretter opp i stående.



Det er viktig at en gjennomgår reversering under trening og at personalet får trene på dette.

Trinn 3: Personale påfører pasienten mobile belter i sideleie

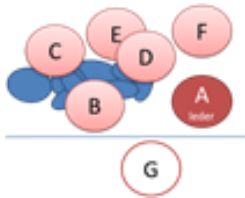
	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, nedleggelse på gulv, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Personal C, som sitter ved pasientens hode, er ansvarlig for • å beskytte og å støtte hode og nakke, • å overvåke at pasienten har frie luftveier og normal pust • at pasienten ikke blir liggende på magen. Personalet må ha kontroll over pasienten før beltene festes, for at dette skal kunne gjennomføres på en trygg og sikker måte.
	Leder organiserer og leder påføringen av mobile belter. Oppgaven kan også delegeres til annet personell slik at leder i størst mulig grad bevarer helhetsoversikten. Vurder ut i fra sikkerhetsmessige hensyn om hender eller føtter skal festes først. Primært festes føtter først. Ved noen situasjoner kan det være tilstrekkelig med kun fiksering av hender.
	Fotbelter Festes rundt ankene. Beltene bør festes mot bar hud.
	Bretting av belte før det trekkes under pasientens midje Vær oppmerksom på at låseboltene på beltet skal brettes inn for å unngå skade pasienten eller gjøre vondt når magebeltet legges på plass.

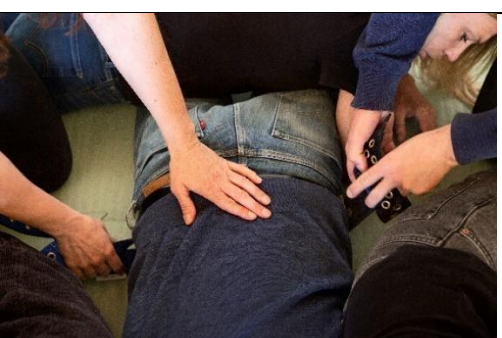
	Magebelte med håndbelter Magebeltet trekkes forsiktig under pasientens midje.
	Magebelte med håndbelter Magebelte festes rundt pasientens midje, ikke for stramt, med mulighet for bevegelse.
	Fest på låser og sjekk at disse henger fast.
	Magebelte med håndbelter Fest den underste armen først.

	Magebelte med håndbelter Fest deretter den øverste armen. Hånd- og fotreimer må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom reimen og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindres. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokke osv.).
	Magebelter med håndbelte Hånd- og fotreimer må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom reimen og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindres. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokke osv.).
	Kontroller at samtlige belter er forsvarlig festet før personalet slipper holdegrepet.
	Personale som kontrollerer pasientens føtter, ivaretar egen sikkerhet ved reversering.

	Ta tak under pasientens armer og hjelp vedkommende opp. Personale som kontrollerer beina gir støtte så føttene ikke glir på underlaget.
	Obs! Dersom pasienten beveger seg i mobile belter, skal personal alltid være tett på for å forebygge at vedkommende ikke faller.

Trinn 3: Personale påfører pasienten mobile belter i mageleie

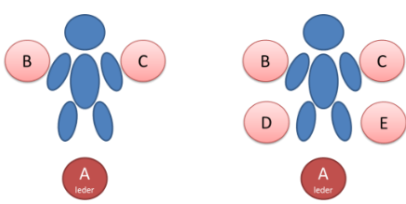
	Indikasjon: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for fastholding, nedleggelse på gulv, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Ett personale er ansvarlig for: • å beskytte og støtte hode og nakke. • å overvåke at pasienten har frie luftveier og normal pust. • at pasienten ikke blir liggende på magen over tid. Personalet må ha kontroll over pasienten før beltene festes, slik at dette skal kunne gjøres på en trygg og sikker måte.

	Leder organiserer og leder påføringen av <i>mobile belter</i>. Oppgaven kan også delegeres til annet personell slik at leder i størst mulig grad bevarer helhetsoversikten. Vurder ut i fra sikkerhetsmessige hensyn om hender eller føtter skal fikseres først. Primært festes føtter først. Ved noen situasjoner kan det være tilstrekkelig med kun fiksering av hender.
	Fotbelter Festes rundt ankene, en og en fot. Beltene bør festes mot bar hud.
	Bretting av belte før det trekkes under pasientens midje Vær oppmerksom på at låseboltene på beltet skal brettes inn for å unngå skade pasienten eller gjøre vondt når magebeltet legges på plass.
	Magebelte med håndbelter Magebeltet trekkes forsiktig under pasientens midje.

	Magebeltet bør ikke strammes for hardt. Det gjør det enklere å vri beltet til riktig posisjon.
	Håndbeltene Fest en og en arm. Fest håndbeltet på den lettest tilgjengelige armen først.
	Den andre armen føres ned når den første er fiksert.
	Hånd- og fotbelter må strammes til, men ikke mer enn at det går en finger mellom belte og pasientens håndledd slik at blodsirkulasjonen ikke hindres. Beltene skal festes direkte mot huden (obs klokke osv.).
	Kontroller at samtlige belter er forsvarlig festet før personalet slipper holdegrepet. Vedkommende som er ansvarlig for å holde føtter helt til man kommer opp i knestående for å ivareta egen sikkerhet.

	Ta tak under armhuler og hjelp pasienten opp. Personale som kontrollerer pasientens føtter ivaretar sikkerhet ved reversering.
	Obs! Dersom pasient går i mobile belter bør personal alltid være tett ved for å forebygge at vedkommende ikke faller.
	Pasient i mobile belter kan sitte i en stol dersom dette vurderes som forsvarlig. Pasienten skal alltid ha kontinuerlig tilsyn av personale når tvangsmidler benyttes.

Personale transporterer pasienten i mobile belter

	Indikasjoner: Denne intervensjonen er aktuell når pasienten, til tross for påføring av belter, dialog og andre dempende strategier, fortsatt utgjør en fare for å skade seg selv og/eller andre.
	Framgangsmåte: pasienten i mobile belter kan forflyttes på to ulike måter: Alternativ 1: Pasienten går med støtte/tilsyn av to personale til egnet rom Alternativ 2: Pasienten opprettholder motstand og føres av personale til egnet rom/belteseng
	Alternativ 1 – Pasienten går selv til egnet rom Dersom pasienten samarbeider om å forflytte seg i mobile belter, må personalet være tett på for å forebygge at vedkommende faller.
	Alternativ 2 – Pasienten føres av personale til egnet rom/belteseng Dersom pasienten motsetter seg dette og transportering av pasient er nødvendig, så bør pasienten føres «ryggende».

Trinn 4: Overgang fra mobile belter til belteseng

	Pasienten settes ned på belteseng.
	Personale som fører pasienten, legger pasienten ned på sengen. Leder velger ut en person som har ansvaret for å feste sengebeltene.
	Ingen slipper tak før beltene er festet i seng, og leder har gitt klarsignal om at fysisk fastholding kan opphøre.
	Et personale har ansvar for å opprettholde dialogen med pasienten gjennom hele forløpet. Lederen noterer tidspunktet når pasienten ble påført de mekaniske tvangsmidlene for senere dokumentasjon.

Følge opp pasienten og vurdere friere forpleining

Tvangsmidler skal brukes så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Personalet skal fortløpende forsøke å redusere pasientens grad av utrygghet og ubehag i situasjonen, og fortløpende vurdere muligheten for friere forpleining. Beroligende medikasjon kan vurderes. Når pasienten har gjenvunnet egenkontroll, skal bruk av mekaniske tvangsmidler lempes på eller opphøre (7, 8). Det kan være hensiktsmessig å løse opp beltene trinnvis for å teste ut pasientens grad av kontroll. De fleste pasienter blir løst fra belter innen 1-4 timer.

Følgende spørsmål kan fungere veiledende i vurderingsgrunnlaget om friere forpleining skal forsøkes:

- Hva var årsaken til bruk av tvangsmiddelet? Er årsaken fortsatt til stede?
- Hva sier eventuelt tidligere historie angående bruk av tvangsmidler på pasienten?
- Hvor tilgjengelig er pasienten for dialog?
- Hvilken grad av kontroll og samarbeidsevne utviser pasienten?
- Fremviser pasienten individuelle eller generelle forvarselssignaler på vold (16)?
- Er det somatiske forhold som tilsier at man bør vurdere å endre tvangsmiddel?

Forslag til friere forpleining kan eksempelvis være:

- Benyttelse av belteforlengere til hender
- Frigjøring av fotbelter
- *I belteseng*; løsne diagonalt, dvs. personalet løsner beltene først på en arm, deretter på motsatt fot, så andre armen og andre foten, og magebeltet til slutt.
- Overgang fra belteseng til mobile belter

Ved endringer i fikseringsgrad av belter skal minimum to personale være tilstede for å kunne håndtere eventuell ny uro eller utagering. All endring i beltebruk skal klareres med ansvarshavende ved avdeling. Dersom pasienten sovner, bør belter løses opp så fremt dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.

Risikofaktorer

Risiko for psykisk skade

Bruk av mekaniske tvangsmidler kan aktivere følelser som sinne, oppgitthet og håpløshet, og kan ha en traumatiserende og retraumatiserende effekt (34, 35). Pasientens tiltro til andre mennesker og til behandlingssystemet kan svekkes, og vil kunne redusere pasientens evne og vilje til videre frivillig behandling.

Faren for psykisk belastning/skade øker

- om pasienten har svekket selvopplevelse, endret og/eller paranoid virkelighetsforståelse

- om pasienten har erfaring med fysiske og/eller seksuelle overgrep fra tidligere
Situasjonen kan også oppleves traumatisk for medpasienter.

Risiko for fysisk skade

Bruk av mekaniske tvangsmidler innebærer risiko både for pasient og personale med fare for bløtdels-, brudd- og hodeskader. Pasienten kan i tillegg få nerveskader, respirasjons-, aspirasjons- eller sirkulasjonsproblemer. Faren for fysisk skade kan øke ved somatiske risikofaktorer og ved feil bruk av mekanisk tvangsmiddel (14, 36-43).

Somatiske risikofaktorer er:

- Muskel- og skjelett skader/sykdom som osteoporose, skoliose, nyere brudd, ligamentskader. Hjerte- og lungelidelser som angina pectoris, KOLS, astma
- Faktorer som alder, dårlig allmenntilstand, dehydrering, underernæring, fedme, rusmisbruk, delir, bruk av psykofarmaka
- Agitasjon og langvarig motstand
- Påvirkning av rusmidler

Forebygge negative følger tilstander

Under forløpet må vitale organer beskyttes og mental og somatisk tilstand skal overvåkes. En ansatt skal være ansvarlig for å beskytte og støtte pasientens hode og nakke, samt overvåke at pasienten har frie luftveier og normal respirasjon. Personalet må unngå direkte press mot pasientens hals, brystkasse, mage, rygg eller bekkenområde. Den fastholdte må ikke bli liggende på magen over lenger tid (33).

Tromboseprofylaktiske tiltak

Immobilisering i belteseng i over ett døgn krever tromboseprofylaktiske tiltak (38-40, 44,4647).

- mobilisering i den grad dette er mulig
- tilstrekkelig hydrering, væskeskjema må føres
- ved risikofaktorer (se under) må tromboseprofylaktiske tiltak vurderes ved første legetilsyn

Ved immobilisering i belteseng i over ett døgn anbefales

- medikamentell tromboseprofylaktisk behandling med f.eks. Fragmin (Dalteparin) inj. 5000 IE s.c. x 1 daglig, i tillegg til tiltakene nevnt over.

Risikofaktorer er:

- Pasienter ≥ 60 år
- Overvekt med BMI (vekt /høyde x høyde) > 30 kg/m²
- Dehydrerte og /eller underernærte pasienter
- Antipsykotika, spesielt klozapin, olanzapin eller lavpotente 1. generasjons antipsykotika

- P-piller eller østrogenbehandling
- Graviditet
- Somatiske tilstander som disponerer for dyp venetrombose, for eksempel kreftsykdom, polycytemi, betydelige varicer.
- Tidligere gjennomgått venetrombose/lungeemboli eller flere førstegradsslektninger (foreldre eller søsken) som har hatt tromboemboli.

Tilsyn

Pasienten skal ha tilsyn av lege så fort som mulig og senest innen en time etter mekaniske tvangsmidler er iverksatt, og deretter minst en gang i døgnet. Avdelingssykepleier, eller stedfortreder for avdelingssykepleier, sørger for at personale som er hos pasienten, gjennomfører observasjoner i henhold til nedenforstående liste. Lege tilkalles ved behov. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende og straks avbrytes dersom det viser seg ikke lenger nødvendig eller har uforutsette negative konsekvenser.

Om pasienten har tilsyn av ikke-autorisert helsepersonell, er det ønskelig med tilsyn av helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning hver halve eller hele time (48).

Pleiepersonalet

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonell når mekaniske tvangsmidler brukes (8). Observasjon, kontroll og rapportering av følgende kliniske data skal gjennomføres:

Respirasjon

- frekvens og dybde
- at beltet ikke hemmer respirasjonen
- påse at pasienten ikke svelger vrangt eller setter noe i halsen
- tilstrebe høyt ryggleie eller sideleie ved fare for aspirasjon
- hjelpe pasienten opp i sittende stilling i sengen, og heve hodeenden om mulig, ved inntak av mat og drikke

Sirkulasjon

- puls, hudfarge, diurese, hevelser og kroppstemperatur
- kontrollerer at beltene ikke strammer rundt ankler og håndledd
- tilby rikelig drikke og måle væskeinntak og diurese ved behov
- tilby pasienten å endre stilling regelmessig hver 2. eller 3. time for å hindre trombosdannelse, trykksår og parestesier.

Psykisk tilstand

- vurder bevissthetsnivå
 - om pasienten er orientert for tid, sted og situasjon
 - blikk-kontakt og verbal respons
- vurder angstnivå og andre psykiske symptomer (49)
 - vrangforestillinger, desorientert tankegang og hallusinasjoner

Risikoatferd

Risikoatferd kan være irritabilitet, brautende adferd, trusler om selvskade, verbale trusler, angrep på ting eller gjenstander, fysiske trusler, selvskade, vold mot personale

Pasientens grad av kontroll, evne og vilje til videre samarbeid

- abstinenser og medikament- og/eller stofftrang
- nekter/vegrer seg for å ta medisiner
- ønske om å være beltefiksert
- pasientens evne til (grad av) innsikt, samt evne og vilje til å ha kontakt og samarbeide med personale under beltefikseringen

Dokumentasjon

Vedtaket om bruk av mekaniske tvangsmidler og gjennomføringen av dette skal dokumenteres i elektronisk pasientjournal (5, 8).

Vedtak

Faglig ansvarlig for vedtak treffer vedtak om bruk av tvangsmidler. Det vil imidlertid kunne oppstå situasjoner hvor faglig ansvarlig for vedtak ikke er i umiddelbar nærhet. I slike unntakstilfeller vil ansvarshavende i avdeling, for eksempel lege, avdelingssykepleier eller stedfortreder for avdelingssykepleier, og psykolog, kunne vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding.

Dersom tiltak i en akutt situasjon iverksettes og avsluttes av miljøpersonell eller ansvarshavende før faglig ansvarlig for vedtak kommer til stedet, skal den som fattet beslutningen om beltelegging fatte vedtak i journalen. Faglig ansvarlig skal godkjenne vedtaket i etterkant, og journalføre sin vurdering og beslutning med tanke på opprettholdelse av bruken av tvangsmidler (7, 45).

Det skal dokumenteres i journal hvordan vedtaket blir gjennomført, pasientens reaksjoner på tiltaket, inkludert kliniske observasjoner og forsøk på friere forpleining. Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over åtte timer, der friere forpleining ikke kunne iverksettes, skal årsaken til dette nedtegnes i journal og gjentas hver 8. time så lenge bruk av tvangsmidler varer. Vedtak som vedvarer utover 24 timer, bør drøftes mellom to faglig ansvarlige for vedtak. Vurderingsgrunnlaget skal bli journalført.

Pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres (7, s.127-128.)

Etterarbeid

Det skal gjennomføres minst én evalueringssamtale med pasienten, og minst én defusing og/eller debriefingsamtale med personalet etter bruk av tvangsmidler (7, 8 § 4-2, 20, 43, 50, 51). Hensikten med å gjennomgå hendelsen i etterkant er:

- å dele og fremme felles situasjonsforståelse om tiden før-, under- og etter bruk av tvangsmidler

- å evaluere bruk av disse, å lære av hendelsen, og å forebygge framtidig bruk av tvang
- å støtte pasient og personale, og fremme den terapeutiske relasjonen mellom ansatte, pasienter og deres pårørende (43).

Bruk av tvangsmidler kan påvirke postmiljø og være belastende for medpasienter å være vitne til. Tiltak for å gjenopprette ro og trygghet i postmiljøet bør vurderes (52).

Etter tvangsbruk bør også pårørende få mulighet til å komme med sine tanker og erfaringer med hvordan tvangsbruken kan forebygges og evt. håndteres om ny situasjon skulle oppstå.

Evalueringsamtale med pasient

Samtalen gjennomføres så snart pasienten er i stand til å delta (7, s. 54) og hvis mulig innen en uke etter opphør av tvangen, eller senest ved utskrivelse (53). Ytterligere samtaler på et senere tidspunkt bør vurderes for å fange opp eventuelle episoder som kan ha gitt psykisk skade. Faglig ansvarlig og leder av døgnenhet har et felles ansvar for at samtalen(e) finner sted.

Pasientens behandler eller primærkontakt bør lede evalueringsamtalen. Hvis disse ikke er tilstede i avdelingen i det aktuelle tidsvinduet, eller var involvert i selve hendelsen, bør en annen behandler eller et annet miljøpersonale lede samtalen.

Hvis mulig kan det være hensiktsmessig at et personell som var involvert i hendelsen deltar i samtalen. Hensikten er å få både pasient og personalet til å beskrive sine opplevelser slik at begge kan få et mer nyansert bilde av det som skjedde.

Evalueringsamtalen(e) bør inneholde følgende elementer/spørsmål, og både pasientens og de ansattes opplevelser bør belyses (7):

- Hvordan opplevde pasienten det?
- Hva utløste hendelsen?
- Hvilke tiltak ble satt i verk?
- Hva var de ansattes begrunnelse for å ta i bruk tvangstiltak?
- Hva oppfatter pasienten som årsak til bruk av tvangstiltak?
- Hvordan virket tvangstiltaket og hvilke bivirkninger hadde det?
- Hvordan kan en forebygge lignende hendelser i framtiden?
- Hva ønsker pasienten at de ansatte skal gjøre i en lignende situasjon?

Samtalen skal dokumenteres i journal, og pasientens syn på iverksatte tiltak skal tydelig fremkomme (7). Tidspunkt for samtalen og hvem som deltok skal dokumenteres.

Defusing og debriefing av involvert helsepersonell

Defusing er en kort, semistrukturert gruppesamtale, som finner sted samme dag som aktuelt scenario, mens debriefing er en strukturert gruppesamtale som finner sted 2-3 dager etter bruk av tvangsmidler. I den første samtalen skal det tas stilling til om det er behov for den neste samtalen (54).

Hovedstrukturen i begge samtalene er:

- a) kronologisk gjennomgang av hendelsesforløpet
- b) klarlegge utløsende faktorer (triggere)
- c) den enkeltes rolle i hendelsesforløpet
- d) hvordan den enkelte opplevde situasjonen
- e) om noe kunne vært gjort annerledes, inkludert alternativer til tvangsbruk
- f) behov for videre oppfølging som gruppe eller enkeltperson

Defusing skal skje umiddelbart etter hendelsen slik at deltakere inkl. beredskapsgruppen, deltar (5-10 minutter). Om ikke mulig å gjennomføre der og da, før vaktens slutt (5-20 minutter).

- a) Behandler eller seksjonsleder i sengepost leder gjennomgangen på dagtid, mens ansvarshavende i post leder, eller delegerer gjennomgangen til en annen, på kveld, natt og helg.
- b) Leder informerer om hensikt og tidsramme for møte. Legg vekt på å skape ro, trygghet, fellesskapsfølelse og håp i møtet (55).
- c) Leder melder behov for videre oppfølging til nærmeste overordnede.

Debriefing bør ledes av en person som ikke var direkte involvert i hendelsen, og har erfaring med debriefingsamtaler. Samtalen varer 1-1,5 time.

Utstyr

Belter og belteseng er definert som medisinsk utstyr (6, 56). Beltene vaskes på 60 °C og må ikke tørkes i tørketrommel /-skap. Låsene skal tørkes av med klut, fuktet med 70 % sprit.

Referanser

1. Lov om straff (straffeloven), (LOV-2005-05-20-28).
2. Lov om pasient - og brukerrettigheter (pasient - og brukerrettighetsloven), (2015).
3. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven), § 4. Forsvarlighet (1999).
4. Lov om spesialisthelsetjenesten, § 2-2 Plikt til forsvarlighet. (2016).
5. Forskrift om pasientjournal, § 8. Krav til journalens innhold (2001).
6. Forskrift om medisinsk utstyr, (2005).
7. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo 2017.
8. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven), (2017).
9. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), (2012).
10. Gleerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry - a systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* 2019;31(5):237-45.
11. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2008;193(1):44-50.
12. Bak J, Aggernaes H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2012;66(5):297-302.
13. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of advanced nursing.* 2007;58(2):140-9.
14. Hollins LP. Proposing a common sense approach to assessing the risks posed by physical intervention techniques. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 2010;17(3):216-21.
15. PsykNytt. Slik bruker du Brøset Violence Checklist (BVC) 2013 [Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-bruker-du-broset-violence-checklist-bvc>.
16. Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Rasmussen K, Almvik R, Bue Bjørner J. Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues in mental health nursing.* 2016;37(12):960-7.
17. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist, Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence.* 2000;15(12):1284-96.
18. van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry.* 2011;199(6):473-8.
19. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias JJ. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med.* 2020;9(9).
20. Bjørger D, Storvold A, Norvoll R, Husum TL. Sett fra et bruker -og fagperspektiv. Oslo 2014. Available from: <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-tilTvang-Ressurshefte.pdf>
21. Husum TL, Norvoll R. Sett fra et fag - og forskningsperspektiv 2014. Available from: <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-TvangUnderhefte.pdf>.
22. Safewards. Talk down London: Institute of Psychiatry Health Service and Population Research; 2017 [Available from: <http://www.safewards.net/interventions/talk-down>
23. Moyo N, Robinson P. The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2012;29(3):5-13.
24. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatric services (Washington, DC).* 2015;66(3):303-9.

25. Nag T. KG, Holtskog TE., Viste L., Forland T., Kjærvik K., et al. MAP Møte med aggresjonsproblematikk. Opplæringsmanual 2019 [Available from: <https://sifer.no/map/>].
26. Tölli S, Partanen P, Kontio R, Häggman-Laitila A. A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. *Journal of advanced nursing*. 2017;73(12):2817-31.
27. Doedens P, Vermeulen J, Boyette LL, Latour C, de Haan L. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2020;27(4):446-59.
28. Dahm KT, Steiro AK, Leikenes KA, Kirkehei I, Dalsbø TK. Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt [Interventions for reducing seclusion and restraint in mental health care for adults: a systematic review]. *Systematic review*.

Folkehelseinstituttet; 2017.

29. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo2021.
30. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a casecontrol study. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2011;62(5):492-7.
31. Lie AL. Politiets bruk av fysisk makt. Oslo: Politihøgskolen; 2010.
32. Snorrason J, Biering P. The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International journal of mental health nursing*. 2018;27(6):1842-50.
33. Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B, Stewart D. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *International journal of mental health nursing*. 2012;21(1):30-40.
34. Shannon S, Roche E, Madigan K, Renwick LJ, Dolan C, Devitt P, et al. Quality of Life and Functioning One Year After Experiencing Accumulated Coercive Events During Psychiatric Admission.

Psychiatric services (Washington, DC). 2015;66(8):883-7.

35. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International journal of mental health nursing*. 2010;19(6):41627.
36. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, science, and the law*. 2012;52(3):137-42.
37. Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt international*. 2012;109(3):27-32.
38. Hagg S, Jonsson AK, Spigset O. Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy. *Expert opinion on drug safety*. 2009;8(5):537-47.
39. Hill J, Treasure T. Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital: summary of NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed)*. 2010;340:c95.
40. Jonsson AK, Spigset O, Hagg S. Venous thromboembolism in recipients of antipsychotics: incidence, mechanisms and management. *CNS drugs*. 2012;26(8):649-62.
41. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of forensic nursing*. 2010;6(1):15-28.
42. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments.

Worldviews on evidence-based nursing. 2006;3(1):8-18.

43. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)2015.
44. Benjaminsen S. Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter 2014 [Available from: <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/>].
45. Direktoratet for e-helse. EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven. HIS 80702 Høringsutkast Oslo2017 [Available from: <https://ehelse.no/Documents/Standarder/horinger/EPJ%20standard%20Vedtak%20etter%20psykisk%20helsevernloven/HIS%2080702%20H%C3%B8ringsutkast%202017%20EPJ%20std%20%20Vedtak%20etter%20psykisk%20helsevernloven.pdf>].
46. Masopust J, Maly R, Valis M. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. Psychiatry and clinical neurosciences. 2012;66(7):541-52.
47. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg92/resources/venous-thromboembolism-reducing-the-risk-forpatients-in-hospital-pdf-975745995973>.
48. Allen DE, Fetzer SJ, Cummings KS. Decreasing Duration of Mechanical Restraint Episodes by Increasing Registered Nurse Assessment and Surveillance in an Acute Psychiatric Hospital[Formula: see text]. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020;26(3):245-9.
49. Nielsen LD, Bech P, Hounsgaard L, Gildberg FA. Construct validity of the Mechanical Restraint – Confounders, Risk, Alliance Score (MR-CRAS): a new risk assessment instrument. Nordic Journal of Psychiatry. 2019;73(6):331-9.
50. Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. Acta psychiatrica Scandinavica. 2016;133(3):221-31.
51. Mangaoil RA, Cleverley K, Peter E. Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. Clin Nurs Res. 2020;29(7):47995.
52. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2014;21(6):499-508.
53. Johansen LL, M. Tvang innen psykisk helsevern og ettersamtaler: Universitetet i Agder; 2015.
54. Dyregrov A. Psykologisk debriefing: hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
55. Sutton DW, Sharon. Wilson, Michael. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. New Zealand: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.; 2014.
56. Forskrift om medisinsk utstyr, Vedlegg for øvrig medisinsk utstyr (ØMU), Vedlegg I: Grunnleggende krav 13.6, pkt. g),h),i), (2006).