

		Klinikknivå			Generelt dokument
Tvangsmidler - KPH					Side 1 av 6
Dokumentplassering: II.KPH.2.5.1-1		Godkjent dato: 18.02.2025	Gyldig til: 18.02.2027	Sist endret: 18.02.2025	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Mindre endring som følge av innføring av DIPS Arena. Tidligere merkanad gjelder fremdeles:

Forlenges inntil videre etter dialog med OKD: det tas en runde på denne

etter en uønsket hendelse. Det som nok bør inn er vilkår for antikoagulantia ved mekaniske tvangsmidler.

1. INNLEDNING

Tvangsmidler (§ 4-8) skal aldri brukes som ledd i behandlingen, kun når det er uomgjengelig nødvendig for å forhindre farlige situasjoner eller avverge betydelig materiell skade. Bruk av tvangsmidler må således skjernes fra behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling med medisiner eller ernæring).

2. HENSIKT

Sikre at tvangsmidler brukes på en forsvarlig måte i tråd med psykisk helsevernloven og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og slik at pasientens personlige verdighet og integritet blir respektert. Både pasientsikkerhet og personalets sikkerhet skal ivaretas ved bruk av tvangsmidler.

Retningslinjen skal videre sikre en trinnvis tilnærming og at tvangsmiddelbruk opphører raskest mulig etter at pasienten har gjenfunnet kontroll, samt søke å redusere negative pasientopplevelser som følge av tvangsmiddelbruk. Ved bruk av mekaniske tvangsmidler skal det sikres god observasjon av pasienten.

[Uro og aggresjon](#)

3. OMFANG

Ved SSHF kan tvangsmidler i praksis bare skje innen Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), DPS Solvang (DSO) og Ungdomsklinikken (ABUP). I akutte situasjoner kan likevel tvangsmidler anvendes i andre institusjoner overfor pasienter som er under psykisk helsevern. Loven definerer fire ulike typer tiltak:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer (belteseng) samt skadeforebyggende spesialklær.
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- Kortvarig fastholding.
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon).

Tvangsmidler er ekstraordinære tiltak og skal bare brukes overfor pasienten *i akutte nødssituasjoner* når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig materielle skader. Tvangsmidler skal bare brukes når mildere tiltak har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige *og når det ikke finnes andre løsninger*. Det kan brukes tvangsmidler også overfor frivillig innlagte pasienter og/ eller pasienter innlagt i medhold av en annen lov (eksempelvis helse og omsorgslovens § 10-2). Bruk av tvangsmiddel etter pasientens ønske bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler – kun medikamenter eller kortvarig fastholding.

4. HANDLING:

Vedtak om bruk av tvangsmiddel gjøres som hovedregel av den faglig ansvarlige for vedtak. Dette er en overlege eller psykologspesialist. På kveld/natt/helg er det bakvakten som har dette ansvaret.

Vilkåret for tvangsmiddelbruk er akutte nødssituasjoner. Hvis en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, skal ansvarshavende ved enheten (eks. ansvarshavende sykepleier,

Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Verifisert av: <input type="checkbox"/>	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Dok.nr: D34131
--	---	--	--	--------------------------

		Tvangsmidler - KPH			Side: 2 Av: 6
Dokument-id: II.KPH.2.5.1-1	Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 18.02.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

lege eller psykolog) vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Dette for at ansvaret skal ligge hos den som beslutter vedtaket og er til stede i situasjonen og ikke veksler mellom flere personer. Ansvarshavende er til enhver tid enhetsleder eller dennes stedfortreder. Ansvarshavende har delegert myndighet når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. Umiddelbar nærhet forstås som der den akutte nødsituasjonen oppstår. Uten unødig opphold skal faglig ansvarlig orienteres om situasjonen og om hvilke tvangsmidler som vurderes eller tas i bruk. Faglig ansvarlig skal dokumentere i journal hvilke vurderinger som er gjort, hva man er informert om og om man er enig i vedtaket.

TRINNVIS TILNÆRMING:

Det underliggende prinsippet for en trinnvis tilnærming til tvangsmiddelbruk er minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig. **Det skal i hvert enkelt tilfelle gjøres individuelle vurderinger av hva som vurderes som det minst inngripende for akkurat denne pasienten.** Det kan føre til at man avviker fra rekkefølgen under. Begrunnelsen for at man vurderer at tiltaket er det minst inngripende skal dokumenteres.

Trinn 1:

- Kortvarig fastholding (§ 4.8d) - dette tvangsmiddelet som hovedregel brukes for å få kontroll på situasjonen, for å forhindre skade og for å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler.
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede (§4.8b)
Isolasjon som tvangsmiddel må ikke forveksles med «seclusion» som brukes som behandlingstiltak i andre land. Tvangsmidler er ikke behandling og vi har ikke egne rom for isolasjon. Isolasjon vil være situasjoner med stengt dør eller døren på gløtt mellom pasient på pasientrom og helsepersonell på grunn av fare for skade der hensikten er å holde pasienten på rommet.

Trinn 2:

- Mekaniske tvangsmidler (§ 4.8a). Vedtaket vil være aktuelt å bruke når ett eller flere av de andre tvangsmidlene har vist seg å være utilstrekkelige for å forhindre skade. Dersom kortvarig fastholding og isolasjon brukes som beskrevet over vil dette redusere behovet for å planlegge bruk av mekaniske tvangsmidler. Det fordi vedtak om mekaniske tvangsmidler etter en slik praksis først kan iverksettes når pasienten allerede er underlagt vedtak om kortvarig fastholding eller isolasjon.
- Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4.8c). Bruk av korttidsvirkende legemidler skal ikke planlegges iverksatt uten at det foreligger en akutt nødsituasjon, hvor andre tvangsmidler viser seg å ikke være tilstrekkelige for å forhindre skade.
 - Dersom pasienten er underlagt tvangsmidler må vedtak om korttidsvirkende legemidler være vurdert som en nødvendighet for å kunne avslutte tvangsmidler. Dersom pasienten eksempelvis ikke klarer å roe seg ned på egenhånd, og den akutte nødsituasjonen vedvarer i form av sterk motstand eller trusler, kan korttidsvirkende legemidler være aktuelt. Vedtaket fattes dersom det vurderes at dette vil kunne løse den akutte nødsituasjonen, slik at tvangsmidler kan avsluttes. Dette vil også kunne forkorte varigheten på øvrig tvangsmiddel som er i bruk.

Medikamenter kan kun forordnes av lege. I slike akutte nødsituasjoner skal den faglig ansvarlige og/eller vakthavende så snart som mulig underrettes. Den faglig ansvarlige tar så standpunkt til om bruken av tvangsmiddelet skal opprettholdes. Dette skjer om nødvendig ved personlig oppmøte og undersøkelse av pasienten.

 SØRLANDET SYKEHU		Tvangsmidler - KPH			Side: 3 Av: 6
Dokument-id: II.KPH.2.5.1-1	Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 18.02.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

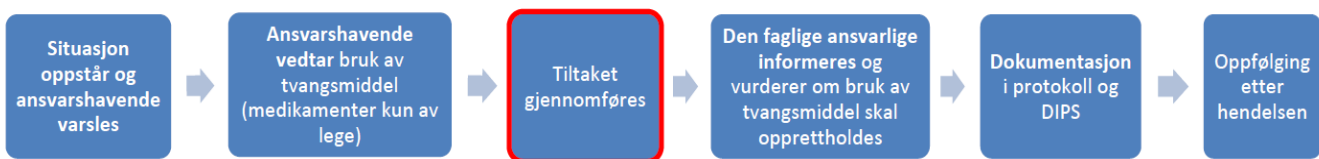
Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende og straks avbrytes hvis den viser seg ikke å ha de forutsette virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Rekkefølgen av beslutninger blir derfor **i hovedsak** slik:



Dersom det oppstår en **akutt nødsituasjon** som gjør det umulig å varsle den faglig ansvarlige, endres rekkefølgen slik:



Dokumentasjon av hendelsen

Dokumentasjon av bruken av tvangsmiddel er svært viktig og må gjøres riktig uten unntak. Vedtaksmodulen i DIPS Arena benyttes for både dokumentasjon av tvangsbehandlingen og gjennomføring av tvangsmidlet. Gjennomføringen kommer fra i pasientens digitale tvangsprotokoll.

Dersom flere tvangsmiddeltiltak gjøres i samme situasjon skal det fattes ett vedtak pr tiltak. Dette gjelder eksempelvis der en først har vurdert at kortvarig fastholding er nødvendig og tilstrekkelig, og bruk av dette tvangsmiddelet er påbegynt og det deretter vurderes at man har behov for et annet tvangsmiddel isteden. Tilsvarende vil være dersom man eksempelvis etter beltelegging vurderer at det likevel er behov for korttidsvirkende legemidler. Dersom kortvarig holding benyttes for å gjennomføre medikamentelt eller mekanisk tvangsmiddel fattes imidlertid ikke eget vedtak for holdingen.

Oppfølging etter hendelsen

- **Klage på vedtak**

Pasienten skal ha skriftlig og muntlig underretning om vedtak, med begrunnelse og klageadgang. Pårørende underrettes/varsles om vedtak og klageadgang så snart pasienten er i stand til å samtykke til dette. Klage fra pasienten på vedtaket behandles av Kontrollkommisjonen. Pasienten skal ha info om klageretten

- **Det skal gjennomføres attersamtaler** etter bruk av tvang, egen dokumenttype i DIPS «Evaluering etter skjerming og tvangsbruk»
- **Gjennomgang av hendelsen** Det skal også gjennomføres en mer formell gjennomgang av hendelsen senere (helst innen 2 virkedager). Det anbefales at både pasient og pårørende involveres, men hvorvidt disse skal delta på selve møtet vurderes fra sak til sak. Personell med realkompetanse leder denne samlingen og dokumenterer denne i DIPS. (det finnes egen mal i DIPS) Konklusjoner fra denne samtalen bringes tilbake til arbeid med tverrfaglig behandlingsplan for pasienten og systematisk arbeid i enheten for tvangsreduksjon. Dette er lederteamets ansvar.

Om bruk av kortvarig fastholding

 SØRLANDET SYKEHU		Tvangsmidler - KPH			Side: 4 Av: 6
Dokument-id: II.KPH.2.5.1-1	Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 18.02.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

Kortvarig fastholding i lovens forstand er ikke alltid like lett å skille fra holding som del av den miljøterapeutiske tilnærmingen. Det vil være en glidende overgang fra bruk av holding til situasjoner hvor elementet av tvang blir mer fremtredende på grunn av pasientens motstand eller graden av inngripen. Det må gjøres en konkret vurdering av den enkelte situasjon. Sentrale momenter vil være formålet med tiltaket, hvordan pasienten forholder seg til tiltaket, hvor lenge det opprettholdes og hvor inngripende det er. Dersom holdingen har skadeavvergende formål skal det som hovedregel fattes vedtak, varigheten av tiltaket er underordnet i vurderingen av om det skal fattes vedtak eller ei.

Det vil altså i mange situasjoner være naturlig å vurdere tiltaket som en naturlig del av omsorgen for pasienten, og ikke som et tvangstiltak. Det kan være tale om håndledning inn på pasientrommet, holding av pasientens hender slik at vedkommende hindres i å kløre seg, holding for å trygge eller trøste eller holding i grensesettingssituasjoner. *I den grad hovedformålet er omsorg og grensesetting og ikke skadeavverging, tiltaket er mindre inngripende og pasienten ikke motsetter seg det, vil tiltaket falle utenfor bestemmelsen.*

Hvis pasienten motsetter seg tiltaket og tiltaket likevel opprettholdes, vil dette tilsi at det regnes som fastholding i lovens forstand og at det må fattes vedtak. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller inn under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading.

Når kortvarig fastholding brukes som et forsøk på å løse situasjonen uten bruk av andre tvangsmidler, krever det et selvstendig vedtak også når kortvarig fastholding viser seg å ikke være tilstrekkelig og etterfølges av andre tvangsmidler.

Fastholding skal ikke opprettholdes i lengre tid enn det som er strengt nødvendig, skal gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Hva som er minst inngripende gjennomføringsmåte må vurderes konkret for den enkelte pasient.

Om bruk av Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør («isolasjon»), uten personalet til stede

Hvis personale er til stede i rommet vil ikke dette være isolasjon, men skjerming (selv om døren er låst). Dersom det eksempelvis oppstår en akutt nødsituasjon inne på **pasientens rom** kan personalet velge å trekke seg ut av rommet og stenge døren inn til pasienten. Vi har ikke egt rom for isolasjon. Når den akutte nødsituasjonen krever umiddelbar handling, uten mulighet til å drøfte andre handlingsalternativer, vil vedtak om isolasjon være både fattet og iverksatt i det døren stenges. Som første tvangsmiddeltiltak vil hensikten med isolasjon være å forhindre skade på dem som stenger/låser døren. Dette vil kunne gi anledning til å samle nok helsepersonell til å håndtere en eventuell utagerende situasjon når døren igjen åpnes. Som ved fastholding skal vedtaket fattes og nedtegnes uavhengig av tvangsmidlets varighet.

Vedtaket/iverksettingen brukes for å håndtere en akutt nødsituasjon og bør oppheves så snart situasjonen ikke lenger er av en slik karakter.

Andre tvangsmidler kan vurderes dersom pasienten forvolder stor skade på rommet han er i og ikke viser tegn til å roe seg ned. Pasienten forvolder skade på seg selv og/eller pasienten fremsetter alvorlige trusler om å påføre personskade, selv etter adekvate forsøk på dialog og deeskalerende kommunikasjon.

Om bruk av mekanisk tvangsmiddel

Ansvar som ligger hos ansvarshavende som fatter vedtak ved bruk av belter:

		Tvangsmidler - KPH			Side: 5 Av: 6
Dokument-id: II.KPH.2.5.1-1	Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 18.02.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

- Fordeling av miljøpersonell, eventuelt innkalling fra andre enheter.
- Avgjør hvem som skal delta i situasjonen og hvilke roller disse skal ha.
- Om pasienten blir akutt urolig og voldelig med fare for seg selv eller andre og planlegging ikke kan gjøres på forhånd
 - Legg pasienten ned på bakken og hold pasienten fast.
 - Hent beltesengen evt. Transportbeltene.
 - Om det er vanskelig å få pasienten rolig nok til at man får lagt pasienten i beltesengen, fest transportbelter på pasienten før man legger pasienten over i belteseng.
 - Fest beltene i beltesengen, før transportbeltene løsnes fra pasienten.

Vakthavende lege/ den faglige ansvarliges ansvar når pasienter ligger i belter:

Ved bruk av mekanisk tvangsmiddel ut over 8 timer skal pasienten tilses av lege minimum hver 8. time. Resultatet av vurderingen skal nedtegnes i journal.

Følgende skal vurderes:

- Pasientens psykiske tilstand, dvs. at det i praksis skal begrunnes hvorfor pasienten fortsatt ligger i belter.
- Pasientens samarbeidsevne, impuls kontroll, evt. trusler og fiendtlighet. (forandringer nedtegnes)
- Pasientens somatiske tilstand, spesielt vurderes respirasjon og sirkulasjon.

Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over 8 timer skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres skal årsaken til dette nedtegnes. Dette skal gjentas hver 8 time.

Det foreligger egne observasjonsskjemaer til bruk for miljøpersonalet. Det anbefales at lege vurderer disse skjemaene sammen med miljøpersonalet, evt. vurdere om det er behov for supplerende monitorering. Diskuter alltid endringer med miljøpersonalet. Informer alltid bakvakt, om nødvendig i ettertid.

Miljøpersonalets ansvar etter at belter er festet:

- Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Personellet skal oppholde seg i samme rom som pasienten, eller tilstrekkelig nær til å kunne observere pasienten.
- Miljøpersonal som har kontinuerlig tilsyn for pasienter som ligger i belteseng skal ha nøklene til sengen, slik at om det oppstår brann, eller annen farlig situasjon, og pasienten må løses kan dette gjøres umiddelbart.
- Det er ikke anledning å løse pasienten på eget initiativ om ikke det er fare for pasientens liv. Løsning av belter vurderes av vakthavende lege som konferer med faglig ansvarlig.

Digital tvangsprotokoll skal føres når pasienten legges i belter, og når det løsnes belter. Se eget punkt om dokumentasjon side 2.

Ved løsning av belter løs et festepunkt om gangen, og i foreslått rekkefølge

 SØRLANDET SYKEHU		Tvangsmidler - KPH			Side: 6 Av: 6
Dokument-id: II.KPH.2.5.1-1	Utarbeidet av: Oddvar Sæther/Vegard Ø. Haaland	Fagansvarlig: Vegard Ø. Haaland	Godkjent dato: 18.02.2025	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00

Klinikknivå/Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Pasientforløp/Behandling/Dom Tvang

- A: Venstre arm
- B: Høyre bein
- C: Høyre arm
- D: Venstre bein:

Magebelte må alltid løsnes til slutt.

Om vedtakskompetanse

Se egen [fortolkningsuttalelse](#) fra Helse- og Omsorgsdirektoratet.

Kryssreferanser

[II.KPH.2.1.5-2](#)

[Tiltak etter alvorlige voldsepisoder](#)

[II.KPH.2.5.1-3](#)

[Ettersamtaler etter bruk av tvang - KPH](#)

[II.KPH.PSA.7-5](#)

[Ansvarshavende sykepleier/vernepleier - PSA](#)

Eksterne referanser

[1.37 Psykisk helsevernloven](#)

[2.90 Undersøkelse og behandling uten eget samtykke](#)

[1.32.10 Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-A](#)

Prosjekt redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst