

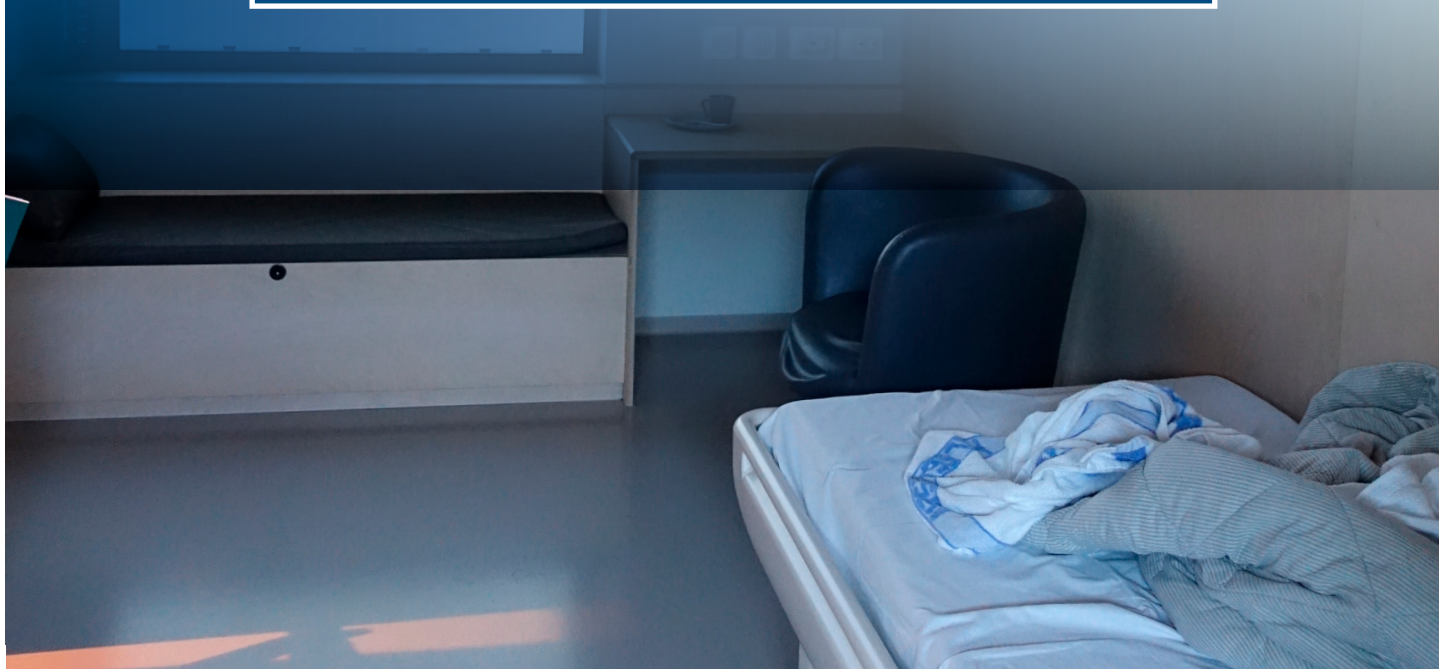


SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 91

**Bruk av mekaniske tvangsmidler,
Sørlandet sykehus**

28.-30. oktober 2025



**Forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig
eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse**



SIVILOMBUDET

Sørlandet Sykehus HF, Klinikk for psykisk helse,
Psykiatrisk sykehusavdeling
Kontrollkommisjonen Psykiatrisk avdeling SSHF Vestre Agder

Vår referanse
2025/5802

Deres referanse
«Ref»

Vår saksbehandler
Lars Mathias Enger

Dato
11.03.2026

Oversendelse av rapport etter besøk til Sørlandet sykehus HF 28. til 30. oktober 2025

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Sørlandet sykehus HF, Klinikk for psykisk helse, Psykiatrisk sykehusavdeling, seksjon Kristiansand 28. til 30. oktober 2025.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at rapporten og oppfølgingen av den blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker å lese den. Vi ber videre om at sykehuset og kontrollkommisjonen gir hver sin tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **11. juni 2026**.

Svarene bør utformes slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, ber vi om at det opplyses om dette, at det sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres og at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at svarene kan offentliggjøres i sin helhet.

Hanne Harlem
sivilombud

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Sørlandet sykehus

28. til 30. oktober 2025

Innholdsfortegnelse

I. Besøk til Sørlandet sykehus HF – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler	3
1.1 Sivilombudets mandat til å forebygge tortur og umenneskelig behandling	3
1.2 Forebyggingsenhetens besøk Sørlandet sykehus	3
1.3 Sørlandet sykehus, psykiatrisk sykehusavdeling, seksjon Kristiansand	3
II. Sammendrag	4
III. Anbefalinger	6
1. Beltelegging i sykehus: Inngripende tvangstiltak med høy risiko for umenneskelig behandling	7
2 Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet	9
2.1 Organisering.....	9
2.2 Fysiske forhold	9
2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler	10
3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler	12
3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler	12
3.1.1 Lovlig formål.....	12
3.1.2 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak	13
3.1.3 Pasientens syn og forholdsmessighet	15
3.2 Kompetanse og rollefordeling	17
4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter	19
5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging.....	21
5.1 Vurderinger om opphør	21
5.2 Særlig om søvn.....	23
5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter.....	24
6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler.....	26
6.1 Ledelse	26
6.2 Fysiske forhold og belegg.....	27
6.3 Pasientinvolvering.....	28
6.4 Opplæring	29
7. Klage og kontroll	30

I. Besøk til Sørlandet sykehus HF – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler

1.1 Sivilombudets mandat til å forebygge tortur og umenneskelig behandling

Mennesker som er fratatt friheten, er sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Tilleggsprotokollen til FNs konvensjon mot tortur pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at mennesker som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Denne oppgaven ivaretas av Sivilombudets forebyggingsenhet.¹

På sykehus er bruk av mekaniske tvangsmidler et tvangsinngrep som innebærer en høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Forebyggingsenheten har derfor undersøkt bruken av mekaniske tvangsmidler ved utvalgte sykehus.

1.2 Forebyggingsenhetens besøk Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus HF, Klinikk for psykisk helse, Psykiatrisk sykehusavdeling ble i brev av 9. september 2025 varslet om at Sivilombudets forebyggingsenhet ville gjennomføre et besøk innen utgangen av 2026. Det nærmere tidspunktet for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 28. til 30. oktober 2025 til seksjon Kristiansand.² Vi besøkte to enheter, Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet. Under besøket gjennomførte vi befaring og intervjuer med pasienter og ansatte ved sykehuset. Enkelte intervjuer ble gjennomført etter at besøket var gjennomført. Vi innhentet også omfattende dokumentasjon fra sykehuset. Avsluttende møte med sykehusets ledelse ble gjennomført tirsdag 2. desember 2025.

1.3 Sørlandet sykehus, psykiatrisk sykehusavdeling, seksjon Kristiansand

Psykiatrisk sykehusavdeling, seksjon Kristiansand ligger i et nytt bygg fra 2023 på Eeg i Kristiansand kommune, og har sju lukkede døgnenheter som hver har 10 sengeplasser. Alle pasienter som ble henvist dit, ble tatt imot ved Psykiatrisk akuttmottak, der gjennomsnittlig liggetid for pasienter var rett over to døgn. Pasienter som ikke ble utskrevet, ble overført videre til andre enheter, deriblant Subakutt enhet, for videre utredning og behandling. Ved Subakutt enhet oppholdt pasientene seg i snitt i omkring 12 døgn. Psykiatrisk akuttmottak, Subakutt enhet og ytterligere en enhet hadde vestre del av Agder som sitt opptaksområde, mens de øvrige enhetene var fylkesdekkende.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet.

¹ Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

² De som deltok i besøket var Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist), Solveig Igesund (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter), Johannes Flisnes Nilsen (spesialrådgiver, jurist), Mari Dahl Schlanbusch (seniorrådgiver, samfunnsviter), Audun Solli (seniorrådgiver, samfunnsviter), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Idunn Lyster (ekstern ekspert, psykiater) og Lars Mathias Enger (seniorrådgiver, jurist).

II. Sammendrag

Bruk av mekaniske tvangsmidler, som å bli fastspent i en belteseng, innebærer høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Sivilombudets forebyggingsenhet har derfor undersøkt bruken av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet ved Sørlandet sykehus, Psykiatrisk sykehusavdeling, seksjon Kristiansand i tidsrommet 1. januar til 30. oktober 2025.

Gode fysiske forhold

Sykehuset hadde lyse og luftige lokaler, med mye treverk. Alle pasientrommene hadde tre meter takhøyde og store vinduer som slapp inn dagslys, samt adskilt bad med toalett og dusj. Enhetene hadde fellesarealer og et uteområde med beplantning, små gangstier og flere benker som pasientene hadde fri tilgang til. Det var egne pasientrom tilpasset bruk av skjerming, med plass til ansatte, vinduer for å observere pasienten og egne uteområder som pasienten disponerte.

Svakheter ved vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Intervjuer og journalnotater ga inntrykk av at sykehuset som den klare hovedregel kun brukte mekaniske tvangsmidler når lovens vilkår var oppfylt. Allikevel fant vi enkelte beslutninger om beltebruk som fremstod ulovlige, blant annet to vedtak der begrunnelsen for å bruke belter var å forebygge en mulig hendelse.

Loven krever at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke belter. Mange vedtak hadde en begrunnelse som gjorde det vanskelig å forstå at dette kravet var oppfylt. Dette inkluderte vedtak med svært generelle beskrivelser av pasientens opptreden eller som ikke beskrev konkrete forsøk på bruk av mindre inngripende tiltak. I mange tilfeller var det også uklart om pasienten var fastspent til seng eller påsatt transportbelter. Nesten ingen vedtak beskrev om pasienten var særlige sårbar på grunn av alder, tidligere traumer eller andre forhold som kunne øke påkjenning av å bli plassert i belter.

Våre funn viste også at sykehuset bør styrke involveringen av den som er faglig ansvarlig for pasienten i beslutninger om bruk av mekaniske tvangsmidler.

Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

Mange pasienter var beltelagt i lang tid, i fire tilfeller over ett døgn. Sykehuset beskrev ofte ikke godt nok hvorfor vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler var oppfylt så lenge belteleggingen pågikk. Det kunne gå svært langt tid mellom hver gang sykehuset skrev en vurdering av behovet for beltelegging, og det manglet også ofte beskrivelser av pasienten og situasjonen. Dette inkluderte en 18 år gammel kvinne som var beltelagt i sju timer uten at det var skrevet noe om situasjonen etter at hun ble lagt i belter. Videre var det flere eksempler på at pasienten sov i mange timer, uten at sykehuset skrev noe om hvorfor beltene ikke kunne løsnes. Manglene er alvorlige, og journalførte opplysninger tyder på at enkelte pasienter ble liggende ulovlig lenge i belter.

Vi fant også at de ansatte hadde ulike oppfatninger om hvem som kunne bestemme at en pasient ble helt eller delvis løsnet fra belter. Usikkerhet om denne ansvarsfordelingen kan medføre risiko for at pasienten blir beltelagt for lenge.

I ett tilfelle fikk en pasient etter 18 timer i belter snakke med en lege som behersket morsmålet hans, og pasienten ble da tatt ut av belter. Selv om sykehuset journalførte at denne pasienten snakket svært begrenset norsk og engelsk, ble det ikke brukt tolk.

Særlig om politiets involvering

Politiet var ofte til stede i forbindelse med at pasienter ble beltelagt ved innleggelse, men det var som regel ikke beskrevet hvilken rolle politiet hadde hatt etter ankomst til sykehuset. Det var videre ikke godt nok beskrevet hvorfor sykehuset ringte politiet for å få hjelp til å håndtere en pasient, og Sivilombudet er særlig kritisk til at politiet i minst to tilfeller bistod med å beltelegge pasienter.

Forebygging

I arbeidet med å forebygge bruk av tvang, er ledelsens kunnskap og holdninger til sykehusets tvangsbruk viktig. Flere ansatte beskrev at ledelsen var opptatt av å redusere bruken av tvang, og vi fikk også inntrykk av at sykehusets ledelse brukte løpende statistikk for å følge med på bruken av mekaniske tvangsmidler. Sykehusets interne registreringer for perioden 2022 til 2025 indikerte også at antallet beltevedtak ved de to enhetene samlet hadde gått ned i denne perioden.

Det var samtidig ingen system som sikret at hendelser som ledet til beltebruk ble gjennomgått av de ansatte for å lære av hendelsen og gi grunnlag for å vurdere om bruken av tvang kunne vært unngått. Som ledd i forebygging bør sykehuset også styrke gjennomføringen av ettersamtaler med pasientene etter bruk av mekaniske tvangsmidler, og sikre et system for at informasjonen derfra kan brukes ved senere hendelser.

Behov for styrket egenkontroll fra Kontrollkommisjonen

Pasienter kan klage til Kontrollkommisjonen over vedtak om mekaniske tvangsmidler. Et klagevedtak kommisjonen hadde fattet i perioden vi undersøkte, behandlet både vilkårene for belteleggelse og spørsmålet om plasseringens lengde på en tillitsvekkende måte. Kommisjonen skal også på eget initiativ gjennomgå alle vedtak om mekaniske tvangsmidler. Vår gjennomgang viste at denne kontrollen kunne vært grundigere, og mer på linje med kommisjonens gode vurderinger i mottatt vedtak etter klagebehandling. At svært få pasienter klager på vedtak om belter, understreker betydningen av kommisjonens egenkontroll.

III. Anbefalinger

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

1. Sykehuset må sikre at mekaniske tvangsmidler bare brukes når tiltaket er uomgjengelig nødvendig, mindre inngripende tiltak har vært forsøkt eller vurdert, og inngrepet er forholdsmessig overfor pasienten.
2. Det bør alltid stå i vedtaket om pasienten er fastspent til belteseng eller i transportbelter/mobile belter.
3. Sykehuset bør begrunne og beskrive politiets tilstedeværelse på sykehuset. Politiet bør ikke delta i å legge pasienter i mekaniske tvangsmidler.
4. Sykehuset bør styrke faglige ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler.

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

5. Sykehuset bør løpende journalføre forhold som har betydning for ivaretagelsen av pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler.
6. Sykehuset bør sikre at ansatte systematisk jobber med å etablere dialog med pasienten for å sikre kortest mulig tid i belter, og bruker tolk der dette er nødvendig for å sikre god kommunikasjon mellom pasienten og ansatte.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

7. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
8. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.
9. Sykehuset bør sikre tydelige rutiner for hvem som kan beslutte at pasienten løses helt eller delvis fra belter, og at rutineene er kjent blant personalet.

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

10. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.
11. Sykehuset bør alltid tilby pasienter minst én samtale for å evaluere bruk av mekaniske tvangsmidler, og sørge for at relevant informasjon brukes systematisk for å forebygge bruk av tvang.

Klage og kontroll

12. Kontrollkommisjonen bør styrke den rutinemessige gjennomgangen av sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler.

1. Beltelegging i sykehus: Inngripende tvangstiltak med høy risiko for umenneskelig behandling

Bruk av mekaniske tvangsmidler, som å bli fastspent i en belteseng, er blant de mest inngripende tiltakene som kan brukes mot pasienter som er innlagt i en psykiatrisk institusjon. Så alvorlige inngrep er kun tillatt for å avverge skade i akutte faresituasjoner.

Beltelegging innebærer ofte at pasienten blir fastspent liggende på ryggen i en seng, med belter som hindrer bevegelse av bein, armer og overkropp. Dersom pasienten må på toalettet eller skal drikke eller spise, kan personalet løsne eller utvide beltene med såkalte forlengere. Bruk av mekaniske tvangsmidler kan også skje med mobile belter, der armer og/eller bein er festet til et belte rundt pasientens liv, men uten fastspenning i seng. I slike tilfeller avhenger bevegelsesmuligheten av hvor stramt beltene er festet.

Beltelegging utgjør en ekstrem begrensning i pasienters bevegelsesfrihet og autonomi, og gir en nesten total avhengighet av andre for å få ivaretatt helse, verdighet og grunnleggende behov. Studier viser at beltelegging kan oppleves som krenkende og gi følelse av maktesløshet, som kan komme til uttrykk i sinne og frustrasjon hos pasientene.³ Beltelegging kan også minne om tidligere traumatiske opplevelser og overgrep. Tvangen utøves typisk i situasjoner der pasienten er svært syk og fortvilet eller opphisset, og derfor er i en svært sårbar situasjon.

Selv om belter brukes for å avverge alvorlig skade, kan beltene i seg selv skade pasientens helse. Beltelegging kan blant annet føre til dehydrering, sår, problemer med blodsirkulasjon, redusert muskelstyrke og bevegelighet, inkontinens og økt risiko for blodpropp. Når muligheten til å bevege seg sterkt begrenses over tid, kan det også føre til muskelsvinn, svekkelse av skjelettet, forkorting av sener og hemmet motorisk utvikling.⁴ I 2011 fikk en pasient hjertestans og døde etter åtte timer i belteseng, og tilsynsrapporten konkluderte med at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging under belteleggingen.⁵

Mulige psykiske skadevirkninger er traumatisering, re-traumatisering, opplevelser av avmakt, hjelpeløshet, ensomhet, redsel og sinne. Noen studier viser langvarige negative virkninger i form av traumatiserende minner, mistillit og skepsis til psykiatrisk behandling og institusjoner.⁶ Negative opplevelser av tvang kan vare i flere år etter hendelsen. Mekaniske tvangsmidler kan også redusere pasientens opplevelse av egenverdi, og det kan forlenge psykisk syke pasienters følelse av marginalisering.⁷

Inngrepets alvor, mulige skadevirkninger og pasientenes sårbarhet gjør at risikoen for tortur, eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling er høy. Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt verdens stater å avvike adgangen til å bruke mekaniske tvangsmidler mot

³ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁴ NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensningsloven, kapittel 10.5.2.2.3.

⁵ NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensningsloven, kapittel 10.5.2.2.3.

⁶ NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensningsloven, kapittel 10.5.2.2.4; NOU 2011:9 (2011) Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 10.4.

⁷ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2. (Siste faglige endring 14. desember 2021).

personer med psykiske lidelser.⁸ I Norge foreslo et offentlig utvalg i 2019 at hjemmelen for mekaniske tvangsmidler skulle utfases over en periode på tre år og at bruk av mekaniske tvangsmidler som hovedregel deretter skal forbys.⁹ Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere uttrykt støtte til forslaget om utfasing, men forslaget er per 10. mars 2026 ikke fulgt opp.¹⁰

Rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) viser at beltelegging kan krenke forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 3. Beltelegging skal bare skje som en siste utvei, når det er den eneste måten å hindre skade på pasienten selv eller andre. Fordi inngrepet er så alvorlig, må det kontrolleres strengt. I 2020 ble Danmark dømt av EMD for brudd på artikkel 3 der en pasient var beltelagt i nesten 23 timer uten at staten kunne dokumentere at tvangen var strengt nødvendig i hele perioden.¹¹ Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som pågår i flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹²

⁸ Rapport fra FNs spesialrapportør for tortur (2013). A/HRC/22/53, avsnitt 63. Se også CRPD-komiteens periodiske rapportering om Norge, CRPD/C/NOR/CO/1 (2019), punkt 24 b.

⁹ NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensningsloven, kapittel 23.8.5.2.3.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget, side 93. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ea7eeab31a4475cb0ac7e63b72e7784/horingsnotat-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget.pdf>

¹¹ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020.

¹² CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 4.1.

2 Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet

2.1 Organisering

Psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand bestod av sju lukkede døgneheter, hver med 10 sengeplasser. Alle pasienter ble tatt imot ved Psykiatrisk akuttmottak (også kalt «PAM»). Akuttmottaket fikk i gjennomsnitt fire nye pasienter i døgnet, som i snitt ble liggende ved enheten i like over to døgn. Pasienter som ikke ble utskrevet fra Psykiatrisk akuttmottak, ble overført til subakutt enhet, der det ble utført videre utredning og behandling og gjort vurdering av behovet for en lenger innleggelse ved en av seksjonens fem andre enheter.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet.

Både miljøpersonale og behandlere var som utgangspunkt fast knyttet til en av enhetene. Ved Psykiatrisk akuttmottak var det henholdsvis 7, 6 og 4 miljøpersonale til stede på dag, kveld og natt. Ved Subakutt enhet var det 6, 5 og 4 ansatte til stede på tilsvarende vakter. Begge enhetene hadde i utgangspunktet tre behandlere: tre psykiatere ved akuttmottaket og to psykiatere og én psykologspesialist ved Subakutt enhet. Det var i tillegg leger i spesialisering (LISer) tilknyttet enhetene. Hver enhet hadde en enhetsleder og en assisterende leder, som ledet miljøpersonalet.

Flertallet av de ansatte var relativt fornøyde med antallet ansatte og deres kompetanse. Noen pekte allikevel på at det burde vært flere folk på jobb, spesielt i helger, og på for mye ustabilitet i behandlergruppa. Dersom spesielle situasjoner oppstod, hadde seksjonsleder anledning til å innkalle ekstra personale.

Med unntak for Psykiatrisk akuttmottak, var alle sengeplassene ved seksjon Kristiansand til enhver tid fylt opp, selv om sykehuset i utgangspunktet var bemannet for et belegg på 85 %. Som følge av rollen som mottaksavdeling, skulle Psykiatrisk akuttmottak alltid ha ledige sengeplasser for nye pasienter. For de øvrige postene opplyste sykehuset at belegget var 98 % i 2025. Ved Subakutt enhet hendte det at 11 pasienter var innlagt, slik at de måtte bruke et samtalerom som pasientrom (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*). Ansatte viste til at det høye belegget gikk på bekostning av aktivisering av pasienter.

2.2 Fysiske forhold

Psykiatrisk sykehusavdeling har nye og moderne lokaler fra 2023. De sju enhetene var plassert i egne fløyer i byggets første etasje. Enhetsleder og assisterende leder hadde kontorer inne på sin enhet, og var fysisk tett på pasientene og miljøpersonalet. Behandlerne, inkludert leger i spesialisering, hadde kontorplass i etasjen over, og det varierte i hvilken grad behandlerne oppsøkte og oppholdt seg i fellesskapet på enhetene.

Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet hadde lik planløsning og var lokalisert i parallelle fløyer i enden av bygget. Ved disse postene var det en ambulanseinngang, skjermet for innsyn fra området rundt. Innenfor var det to mottaksrom innredet som legekontorer, der nye pasienter ble tatt imot.

Lokalene var lyse og luftige, med mye treverk, samtidig som de fremstod robuste. Hver enhet hadde 10 pasientrom, som alle hadde seng, plassbygget pult og benk, stol og adskilt bad med toalett og dusj. Rommene hadde store vinduer, der nedre del var frostet for å begrense innsyn.

Pasientrommene hadde tre meter takhøyde, og lys og screens på vinduer kunne styres av pasientene.

De tre pasientrommene i enden av gangen var tilpasset bruk av skjerming og isolasjon.¹³ De hadde plass til ansatte, og vinduer gjorde det mulig å observere pasienten. Rommene hadde egne uteområder, som kunne disponeres av pasienten. I tilknytning til skjermingsrommene, var det en egen sluse som forbandt Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet.

Pasientene hadde tilgang til et uteområde med beplantning, små gangstier og flere benker, hvorav en med tak. Uteområdet var felles for Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet, med et lavt gjerde som skilte de to delene. Pasientene hadde i utgangspunktet fri tilgang til uteområdet, men det var ønskelig at pasientene holdt rommet om natten.

Enhetene hadde hvert sitt kjøkkenområde, en tv-stue, et aktivitetsrom og samtalerom. Ved Subakutt enhet ble et samtalerom tidvis benyttet som pasientrom på grunn av overbelegg, og Sivilombudet observerte under besøket at rommet var innredet med en madrass på gulvet. Rommet hadde verken toalett, vask eller vindu, og flere ansatte pekte på løsningen som problematisk.

Det var felles kafé, treningsrom og musikkterapirom for hele seksjonen.

Alle pasientrommene var innredet med senger der belter kunne monteres. Beltene ble oppbevart i beltekofferter på vaktrommet og måtte hentes dersom de skulle brukes på en pasient.

2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Ved Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet i Kristiansand ble det i perioden 1. januar til og med 30. oktober 2025 fattet til sammen 57 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, 47 av disse ved akuttmottaket og 10 ved Subakutt enhet. Vedtakene var fordelt på 44 pasienter, der 29 var menn og 15 var kvinner. Flertallet av pasientene var fra midten av 20-årene til 40-årene. Den yngste var 18 år og den eldste var 52 år.

Sykehuset ga uttrykk for at Subakutt enhet brukte belter sjelden, men at de i større grad løste vanskelige situasjoner med bruk av isolasjon. I perioden 21. juni til 21. september 2025 hadde Subakutt enhet 18 vedtak om isolasjon, mens Psykiatrisk akuttmottak i samme periode hadde 5.

Ved Psykiatrisk akuttmottak var én pasient beltelagt tre ganger i perioden, mens seks pasienter var beltelagt to ganger. Andre pasienter var beltelagt én gang ved denne posten. Posten hadde flere lange beltelegginger. Det lengste varte i over fire døgn, tre varte over ett døgn og tretten varte i over 10 timer. Enkelte forløp var korte, og tre beltelegginger varte under en time. Gjennomsnittlig varighet var noe over 12 timer og median var 6,5 timer.

Ved Subakutt enhet var det ingen beltelegginger som varte lenger enn et døgn, men fem plasseringer varte mer enn ti timer. Gjennomsnittlig varighet var nærmere ti timer og median var 11,5 timer.

Svært mange av vedtakene ble fattet om kvelden og natten.¹⁴ Dagvaktene jobbet fra kl. 7.30 til 15.00, og ved Psykiatrisk akuttmottak skjedde minst 12 av 47 beltelegginger i dette tidsrommet. Til sammenligning skjedde minst 18 plasseringer ved Psykiatrisk akuttmottak under kveldsskiftet fra kl. 15 til kl. 22, og 17 plasseringer under nattskiftet fra kl. 22 til 7.30. Våre undersøkelser tydet på at litt mer enn halvparten av belteleggingene på kveld og natt skjedde i forbindelse med at pasienten ble

¹³ Psykisk helsevernloven § 4-3 og § 4-8 annet ledd bokstav b.

¹⁴ Tidspunktet da vedtaket ble fattet kan avvike fra tidspunktet da belteleggingen ble iverksatt. Det største avviket som er observert er et vedtak som ble fattet to timer etter iverksettelsen.

lagt inn. Ved Subakutt enhet skjedde fem plasseringer på kveldsskiftet, mens de resterende fire belteleggingene skjedde om natten.

3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler

Det følger av psykisk helsevernloven at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes når dette er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å hindre at pasienten skal forårsake betydelig materiell skade.¹⁵ Forarbeidene slår fast at bestemmelsen er ment å gi tiltak til bruk i «nødrettsliknende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd».¹⁶ EMDs praksis underbygger at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes som siste utvei, og at faren for skade må være umiddelbar og overhengende.¹⁷ Det kreves i tillegg at beltebruken må ha en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, det vil si at den må være forholdsmessig.¹⁸

Fordi bruk av mekaniske tvangsmidler er et særlig inngripende tiltak, stilles det strenge krav til begrunnelsen for at vilkårene om nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt.¹⁹ Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettssikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.²⁰ Dersom begrunnelsen er mangelfull, øker risikoen for brudd på forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 37 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og Subakutt enhet fra januar til og med oktober 2025.

3.1.1 Lovlig formål

Bruk av mekaniske tvangsmidler er kun tillatt dersom det skjer på grunnlag av ett av formålene i psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd. De aller fleste vedtakene var helt eller delvis begrunnet i faren for at pasienten skulle skade andre. Fire vedtak var kun begrunnet i faren for at pasienten skulle skade seg selv, mens ett vedtak var begrunnet i faren for betydelig materiell skade.

Ett vedtak var begrunnet i at pasienten ikke skulle fjerne en ernæringssonde festet gjennom nesen. Sonden var nødvendig for å gi pasienten næring, og det forelå vedtak om somatisk helsehjelp som grunnlag for sondeernæringen. Dette vedtaket ga ikke i seg selv grunnlag for å beltelegge pasienten. Verken vedtaket om mekaniske tvangsmidler eller pasientens journal forklarte hvorfor det på vedtakstidspunktet var en akutt faresituasjon som gjorde det uomgjengelig nødvendig å beltelegge pasienten for å hindre han «i å skade seg selv», slik loven krever.²¹ Det aktuelle vedtaket begrunnet også belteleggingen med faren for at pasienten skulle skade andre, uten at det ble nærmere begrunnet. Sivilombudet stiller spørsmål ved om det aktuelle vedtaket hadde et lovlig formål.

I en del vedtak der pasienten på ulike måter utagerte med aggressiv, voldelig eller truende atferd overfor andre, var det oppgitt at grunnlaget var både fare for skade på andre og fare for at pasienten

¹⁵ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

¹⁶ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), merknadene til § 4-8.

¹⁷ EMD, *M.S. mot Kroatia*, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104 og EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 84 og 111.

¹⁸ Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd annen setning og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

¹⁹ Rt-2000-1066; Prop. 79 L (2024–2025), side 454; Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 42.

²⁰ Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

²¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

skulle skade seg selv. I flere av disse tilfellene manglet det imidlertid opplysninger som tilsa fare for at pasienten skulle skade seg selv, og grunnlaget for dette formålet var derfor uklart.

3.1.2 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak

Alle de 37 vedtakene om bruk av belter som ble gjennomgått inneholdt en konkret beskrivelse av situasjonen som utløste bruk av belter. I en del tilfeller fremstod hendelsen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet. Mange vedtak hadde imidlertid en så uklar begrunnelse at det var vanskelig å forstå hvorfor belter var uomgjengelig nødvendig.

Det var flere eksempler på at pasientens opptreden ble beskrevet med generelle begreper som «truende», «utagerte» eller «aggressiv». Selv om dette er relevant informasjon, savnet vi en konkret beskrivelse av hva pasienten faktisk sa eller gjorde som gjorde bruk av belter nødvendig. I ett eksempel var hele begrunnelsen for beltebruken én setning: «Pas kommer med grove trusler, utagert mot inventaret og personale». Vi savnet også i flere tilfeller opplysninger om hvor lenge personalet hadde forsøkt de lempeligere tiltakene som vedtaket beskrev. Felles for eksemplene er at sykehuset ikke i tilstrekkelig grad beskrev hvorfor det var uomgjengelig nødvendig å bruke mekanisk tvang.

For to pasienter som ble beltelagt direkte ved ankomst til sykehuset, ble belteleggingen begrunnet i voldshendelser fra før innleggelsen, samt i pasientens person og historikk. Ingen av de to vedtakene inneholdt informasjon om hva pasientene gjorde eller hvordan de forholdt seg da de kom til sykehuset. For den ene pasienten stod det i epikrisen at han ble besluttet beltelagt på grunn av opplysninger fra en annen institusjon. Den andre pasienten ble beskrevet som «rolig og ikke utagerende» i innkomstsamtalen. Beltebruken fremstår i disse tilfellene som forebyggende og ulovlig.²²

Videre fant vi noen eksempler på at beltevedtaket hadde samme begrunnelse som et umiddelbart forutgående isolasjonsvedtak.²³ Disse beltevedtakene manglet derfor en begrunnelse for hvorfor det ikke holdt med isolasjon for å avverge faren, og hvorfor bruk av belter var uomgjengelig nødvendig.

Kravet om at bruk av mekaniske tvangsmidler må være «uomgjengelig nødvendig», henger tett sammen med kravet om at lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. En beltelegging er ikke «uomgjengelig nødvendig» dersom faren for nye hendelser kan avverges på måter som er mindre inngripende for pasienten. Kravet om at lempeligere midler skal være forsøkt, understreker at beltelegging er «forbeholdt helt ekstreme og på andre måter uhåndterlige situasjoner».²⁴ Aktuelle tiltak kan for eksempel være skifte av personal, sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller andre tvangsmidler.²⁵ Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.²⁶

Der bruk av tvangsmidler var nødvendig, hadde sykehuset instruksfestet at det først skulle forsøkes kortvarig fastholding, deretter isolasjon, mekaniske tvangsmidler og til slutt injeksjon med

²² Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 31. juli 2025.)

²³ Psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav b.

²⁴ Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

²⁵ Helsedirektoratets brev til Helse Nord RHF 19. desember 2016. [nettdokument] Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/Presiseringer%20av%20§%204-8%20-%20Bruk%20av%20mekaniske%20tvangsmidler%20-%20gjennomføring%20og%20kontroll%202016.pdf?download=false>

²⁶ EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

kortidsvirkende legemidler. Ifølge instruksene kunne konkrete forhold ved pasienten tilsi en annen tilnærming.

I flere vedtak var det gitt en god beskrivelse av dialog, tilbud om medisiner, mulighet for pasient til å roe seg ned alene, bruk av flere personale, og tiltak som skjerming og andre tvangsmidler. I en del saker var det forsøkt kortvarig fastholding før pasienten ble beltelagt.²⁷ I én av disse sakene beskrev vedtaket hvor lenge fastholdingen varte og i ett vedtak var det dokumentert en vurdering av at beltelegging ville være mer skånsomt for pasienten enn fortsatt fastholding. I fem vedtak var det beskrevet at isolasjon ble forsøkt før beltelegging.²⁸

Det er positivt og i tråd med anbefalinger fra CPT, at flere av belteleggingene ble løst med bruk av transportbelter, som normalt anses mindre inngripende enn fastspenning til seng.²⁹ I de fleste vedtakene var dette imidlertid ikke omtalt. I elleve vedtak var ikke formen på tvangsmiddelet beskrevet på noen annen måte enn ved at det var krysset av for bruk av mekaniske tvangsmidler, mens 16 vedtak beskrev at pasienten ble «beltelagt», «lagt i belter» eller lignende. Øvrig dokumentasjon viste at slike formuleringer ble brukt både om transportbelter og fiksering til seng. I flertallet av sakene oppklarte annen dokumentasjon hva slags belter som ble benyttet, men i minst seks tilfeller var det også etter gjennomgang av pasientens journal uklart hvilken form for beltelegging pasienten ble utsatt for. I ett vedtak het det at pasienten ble påført «transportbelter», mens det i annen dokumentasjon stod at han ble fiksert til seng. Valget av belteform er relevant for å vurdere både nødvendigheten og forholdsmessigheten av tiltaket, og bør derfor stå i vedtaket.

Det samlede inntrykket fra intervjuer med ansatte fra begge enhetene var samtidig at de hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og terskelen for når det kan brukes. Det ble gjennomgående gitt uttrykk for at for eksempel verbale trusler eller hærverk i seg selv ikke leder til bruk av belter. Opplysningene underbygges av at kun ett vedtak var begrunnet i faren for betydelig skade på bygninger eller ting.³⁰ Annen skriftlig dokumentasjon enn vedtakene bidro også i noen av tilfellene til å forklare hvorfor det var brukt mekaniske tvangsmidler.

Vi fant også en rekke tilfeller der dels alvorlige hendelser ble løst uten bruk av mekaniske tvangsmidler. Dette gjaldt for eksempel flere tilfeller med vold fra pasienter mot ansatte, inkludert slag, fastholding og «skalling», dels i kombinasjon med trusler, spyting og uttrykt ønske om å slåss med en medpasient. Eksempelene trekker i retning av at mekaniske tvangsmidler som hovedregel kun ble brukt der dette var uomgjengelig nødvendig.

Samlet viste likevel funnene at begrunnelsene for at bruk av belter var uomgjengelig nødvendig og at mindre inngripende tiltak var forsøkt, i mange tilfeller var mangelfulle.

Fem vedtak viste kun til «dialog», «samtale» eller lignende, og beskrev ikke nærmere hva som faktisk var forsøkt, hvordan pasienten responderte eller muligheten for andre tiltak. I ett av disse tilfellene snakket pasientene begrenset norsk og engelsk, uten at det ble brukt tolk. I disse tilfellene inneholdt heller ikke journalene opplysninger om andre tiltak før pasientene ble beltelagt. Kommunikasjon er grunnleggende for de ansattes arbeid med pasientene, og det må i utgangspunktet alltid forventes at en tilspisset situasjon forsøkes løst med kommunikasjon. Dersom en situasjon ikke kan løses gjennom samtale, må fortsatt andre mindre inngripende tiltak vurderes. Forsøk på dialog oppfyller ikke alene

²⁷ Psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav d.

²⁸ Psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav b.

²⁹ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 5.

³⁰ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd første setning.

kravet om å vurdere mindre inngripende tiltak. I ett tilfelle var sykehusets vurdering at alle alternative tiltak var «åpenbart forgjeves» på grunn av pasientens atferd utenfor sykehuset i perioden før innleggelsen.³¹

Disse seks vedtakene oppfyller ikke kravene til begrunnelse for bruk av mekaniske tvangsmidler. Sivilombudet understreker at dette innebærer en risiko for at tvangstiltaket i disse tilfellene var et brudd på forbudet mot umenneskelig behandling.

Særlig om politiets involvering

I 16 av 37 gjennomgåtte vedtak skjedde belteleggingen kort tid etter at pasienten ankom Psykiatrisk akuttmottak i følge med politiet. I disse tilfellene var det som regel ikke mulig å lese ut av dokumentasjonen hvilken rolle politiet hadde etter ankomst til sykehuset. Det var ofte uklart hvor lenge politiet ble ved sykehuset, om de la føringer for bruk av belter, om det ble forsøkt å ta politiet ut av situasjonen og om de bistod ved belteleggingen av pasienten. I ett tilfelle var det journalført at pasienten roet seg da politiet dro, og i et annet at pasienten som ankom med politiet i håndjern roet seg da han møtte kjent personal.

Ved to anledninger ringte personalet ved Subakutt enhet til politiet for å få bistand til å håndtere en pasient. Sivilombudet understreker at terskelen for å tilkalle politi bør være svært høy.³² Politiet har ikke den samme opplæringen i å håndtere psykisk syke pasienter og mangler kompetanse i helsepersonells deeskalerende teknikker. Pasienter kan også oppleve politiets tilstedeværelse på sykehuset som provoserende eller utrygt, og det kan bidra til å eskalere eller opprettholde en vanskelig situasjon. Sykehuset må som utgangspunkt selv ha bemanning til å håndtere pasientene. Når en situasjon er så alvorlig at politi tilkalles, må dette beskrives i journalene slik at det er tydelig at politibistand var nødvendig. Dette var ikke gjort, og det var blant annet ikke beskrevet hvorfor bistand fra personale fra andre enheter ikke ble brukt.

Sivilombudet er særlig kritisk til at politiet i de to tilfellene bistod med å beltelegge pasientene.³³ Usikkerhet om ansvarsfordeling og politiets manglende opplæring i skånsom bruk av sykehusets tvangsmidler, øker risikoen for skade på pasientene. Involveringen kan også forsterke angst og motstand hos pasienten, og dermed lede til økt maktbruk. Det var videre ikke beskrevet godt nok hvordan pasienten fremstod før og under politiets ankomst, og heller ikke om politiet var uniformert, noe som skal vurderes av politiet.³⁴

3.1.3 Pasientens syn og forholdsmessighet

Det følger av psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd at før det treffes vedtak om blant annet tvangsmidler, skal pasienten gis anledning til å uttale seg. Opplysningene skal skrives ned «og ligge til grunn for vedtaket». Eventuelle uttalelser fra pasienten om tidligere erfaring med tvangsbruk skal særlig tillegges vekt.

Nesten alle vedtakene inneholdt opplysninger om pasientens syn. Enkelte pasienter var ikke i stand til å uttrykke en mening om saken i den situasjonen som hadde oppstått. Kun i ett av de 37

³¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd annen setning.

³² CPT, Rapport etter besøk til Nederland i 2016, CPT/Inf (2017)1, avsnitt 138 og CPT, Rapport etter besøk til Danmark 2014, CPT/inf (2014)25, avsnitt 127.

³³ CPT, Rapport etter besøk til Tsjekkia i 2014, CPT/Inf (2015)18, avsnitt 168.

³⁴ Helsedirektoratet (2012), Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid, kapittel 6. (Siste faglige endring 3. juli 2023.)

gjennomgåtte vedtakene stod det at pasienten ikke fikk anledning til å uttrykke sin mening. I ett tilfelle var det oppgitt at pasienten ikke ønsket å uttale seg. Samtidig stod det i kartleggingsnotatet fra situasjonen som endte med beltelegging, at pasienten uttrykte «redsel mot å være fastlåst». Dette burde vært inkludert i vedtaket.

Pasientens rett til å uttale seg om forhold av betydning for bruken av tvang, har sammenheng med at pasienten bare kan utsettes for tiltak som «gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket». Internasjonale rettskilder underbygger at det må gjøres en slik forholdsmessighetsvurdering.³⁵

Kravet om forholdsmessighet innebærer at sykehusets behov for å legge pasienten i belter, må veies mot hvilke konsekvenser belteleggingen kan få for pasienten. Dette kan innebære at en beltelegging som var nødvendig for å hindre pasienten i å skade personer eller inventar, allikevel var ulovlig fordi følgene for pasienten ble for alvorlige. Det kan være vanskelig å vurdere hvilke konsekvenser en beltelegging kan få for en pasient. Sykehuset må allikevel ha et bevisst forhold til opplysninger om pasienten som øker risikoen for at beltelegging er skadelig. Dette kan være ung alder, fysisk sykdom, tidligere traumer, gjentatt eller omfattende bruk av tvangsmidler og erfaring fra tidligere bruk av tvang. Slike opplysninger kan også være viktige for hvordan sykehuset må ivareta pasienten under belteleggingen, og for hvor lenge belteleggingen kan vare. Selv om belteleggingen var forholdsmessig da den ble besluttet, kan forhold ved pasienten bidra til at den blir uforholdsmessig ettersom tiden går (se kapittel 5 *Vurderinger av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

Kun ett vedtak vurderte om belteleggingen ville gi en så gunstig virkning at det klart oppveiet ulempene for pasienten. I dette vedtaket ble de mulige negative følgene for pasientens PTSD-diagnose veid mot behovet for tiltaket for å unngå alvorlig skade på pasienten selv. Dette er et godt eksempel. I ett annet tilfelle konstaterte faglig ansvarlige i en merknad til et hastevedtak at belteleggingen var «forholdsmessig».

Ingen av de øvrige vedtakene omtalte faren for skadevirkninger av belteleggingen, eller den mulige belastningen tiltaket kunne utgjøre for pasienten. Dette inkluderte tilfeller der sykehuset hadde skrevet i journalen at pasienten «blir ytterligere forverret ved bruk av tvang», og der konkrete opplysninger tilsa at pasienten opplevde belteleggingen som svært inngripende, traumatisk eller som et overgrep.

Flere pasienter var skjermet eller fastholdt i perioden før de ble plassert i belter, og i fire tilfeller var pasienten isolert umiddelbart før han eller hun ble beltelagt.³⁶ Vi så også at pasienter ble båret til rommet for å beltelegges. Fem pasienter ble injisert med korttidsvirkende legemidler under belteoppholdet eller rett før.³⁷ Det var også flere pasienter som hadde gjentatte opphold i belter over relativt kort tid, eller som hadde vært utsatt for omfattende tvang og isolasjon ved andre institusjoner. Annen eller gjentakende maktbruk påvirker den samlede belastningen for pasientene, men vi så ingen eksempler på at slike forhold ble vurdert eller omtalt i vedtakene.

³⁵ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 1.2; Europarådets ministerkomité, Rec (2004)10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27; EMD, *M.S. mot Kroatia*, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 105 og EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 84.

³⁶ Psykisk helsevernloven § 4-3 og § 4-8 annet ledd bokstavene b og d.

³⁷ Psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav c.

Selv om sykehuset hadde et bevisst forhold til å innhente pasientens syn på belteleggingen, var det klare mangler ved vurderingen av særlige sårbarheter eller forventet påkjenning av plasseringen i belter. Dette innebærer en risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, særlig når det sees i sammenheng med funnene omtalt nedenfor i kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av betlelegging*.

3.2 Kompetanse og rollefordeling

Vedtak om mekaniske tvangsmidler skal i utgangspunktet fattes av en faglig ansvarlig. Det vil si lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning.³⁸ Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurderer bruken av tvang.³⁹ Dersom en akutt nødsituasjon gjør umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig umulig, kan den som er utpekt som ansvarshavende ved enheten fatte vedtak om mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding eller isolasjon.⁴⁰ Faglig ansvarlig skal i slike tilfeller «så snart som mulig» underrettes om slike vedtak for å vurdere om tvangsmiddelbruken skal opprettholdes dersom den fortsatt pågår.⁴¹

Faglig ansvarlig behandlere var til stede i alminnelig kontortid. På kveld og natt var disse tilgjengelig per telefon (bakvakt), mens én vakthavende lege var fysisk til stede (forvakt). Videre hadde hver enhet alltid én av miljøpersonalet utpekt som ansvarshavende. Denne rollen alternerte mellom mange av miljøpersonalet.

Av de 37 gjennomgåtte vedtak, var 15 hastevedtak fattet av en ansvarshavende, som oftest en sykepleier.

Kontrollen med hastevedtak fra faglig ansvarlig skjedde på kveld og natt uten at denne var fysisk til stede med pasienten. Ifølge sykehusets instruks skulle faglig ansvarlig «dokumentere i journal hvilke vurderinger som er gjort, hva man er informert om og om man er enig i vedtaket». Vi fant ingen slike opplysninger i de gjennomgåtte journalene.⁴²

I to av hastevedtakene var det ikke skrevet noen vurdering fra faglig ansvarlig. I det ene tilfellet ble pasienten oppsøkt av en faglig ansvarlig etter omkring fire timer i belter, og hun ble da løst ut. Den samme overlegen hadde omtrent samtidig med belteplasseringen skrevet et notat om at det burde brukes kortidsvirkende injeksjoner dersom det ble behov for tvangsmidler overfor denne pasienten. At det likevel ble brukt mekaniske tvangsmidler ble ikke kommentert av faglig ansvarlig i vedtaket. I det andre tilfellet varte belteleggingen av pasienten i nesten ett døgn, uten at vi har funnet noen skriftlige vurderinger av behovet for beltelegging fra faglig ansvarlig, verken i vedtaket eller i pasientens journal.

I de øvrige 13 hastevedtakene, hadde faglig ansvarlig påført en merknad. De fleste var svært kortfattede, og ingen av merknadene omtalte lovens vilkår for bruk av belter. Likevel konstaterte faglig ansvarlig i flere merknader at beltebruken var «nødvendig» og i ett tilfelle at den også var «forholdsmessig». I tre tilfeller tok ikke faglig ansvarlig på noen måte stilling til beltebruken, men viste i stedet til «journal og rapport» som nevnt over, til at faglig ansvarlig var «informert om det

³⁸ Psykisk helsevernloven § 1-4.

³⁹ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

⁴⁰ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd.

⁴¹ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd.

⁴² Se også Helsedirektoratet (2020). EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven, side 96 og 98. (Siste faglige endring 15. september 2025.)

overstående» og til at pasienten kan holdes i belter «dersom» det er fare for skade. Ingen av disse vedtakene dokumenterte at faglig ansvarlig hadde vurdert om vilkårene for å opprettholde tvangsmiddelbruken var til stede.

Ti av hastevedtakene fantes i to versjoner som oppga ulike faglige ansvarlige. Det var dermed uklart hvem som egentlig var ansvarlig for vedtaket. Faglig ansvarliges vurdering var kun påført den seneste versjonen, som typisk ble godkjent i systemet to-tre timer etter en beltelegging. I enkelte tilfeller tok det imidlertid flere dager eller nærmere én måned før den seneste versjonen ble godkjent. Det var dermed uklart om den faglig ansvarlige «så snart som mulig» hadde vurdert om bruken av belter skulle opprettholdes.

Det var uklart hvilken versjon pasientene har fått.

Hastevedtakene som bare fantes i én versjon, inneholdt med ett unntak ingen opplysninger om faglig ansvarliges vurdering.

Av de 22 beltevedtakene som ble fattet av faglig ansvarlig, var svært mange fra tidspunkter da faglig ansvarlig ikke var til stede ved sykehuset. Ti av disse vedtakene ble fattet om kvelden og elleve om natten. Bare ett ble fattet i kontortiden.⁴³ Dette skyldtes at det ofte var forvakt, en lege i spesialisering (LIS), som skrev teksten i vedtaket og som godkjente dokumentet i journalsystemet. Sykehuset opplyste at vedtaket deretter ble sendt til den faglige ansvarlige for godkjenning. Bakgrunnen for denne ordningen var at journalsystemet krevde et godkjent vedtak om belter før iverksettelsen av vedtaket kunne registreres.

Sivilombudet understreker at kombinasjonen av mangler ved faglig ansvarliges prøving av hastevedtak og at det kunne ta lang tid for dette ble gjort, uklarhetene om hvem som reelt var faglig ansvarlig for et hastevedtak og at leger i spesialisering skrev alminnelige vedtak, gir bekymring for pasientenes rettssikkerhet.

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

1. Sykehuset må sikre at mekaniske tvangsmidler bare brukes når tiltaket er uomgjengelig nødvendig, mindre inngripende tiltak har vært forsøkt eller vurdert, og inngrepet er forholdsmessig overfor pasienten.
2. Det bør alltid stå i vedtaket om pasienten er fastspent til belteseng eller i transportbelter/mobile belter.
3. Sykehuset bør begrunne og beskrive politiets tilstedeværelse på sykehuset. Politiet bør ikke delta i å legge pasienter i mekaniske tvangsmidler.
4. Sykehuset bør styrke faglige ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler.

⁴³ I denne sammenheng er kontortid kl. 7.30-15.30, kveld kl. 15.30-22.00 og natt kl. 22.00-7.30.

4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.⁴⁴ For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.⁴⁵

CPT anbefaler at beltelagte pasienter så langt det er mulig, settes i stand til å spise og drikke selv.⁴⁶ I mange saker var det ikke journalført hva pasientene spiste og drakk under belteleggingen, selv om den varte i mange timer og over ett døgn. Næringsinntak over så lange perioder i belter vil være «relevante og nødvendige opplysninger» om en pasient som øvrig helsepersonell bør ha kunnskap om, som dermed skal journalføres.⁴⁷ Sivilombudet vil særlig trekke frem en pasient som ved innkomst til Psykiatrisk akuttmottak ble omtalt som undervektig og som hadde oppfølging fra sin fastlege for en spiseforstyrrelse. I løpet av en beltelegging som varte i 42 timer, var det ikke beskrevet noen opplysninger om hva pasienten spiste eller drakk.

Det varierte i hvilken grad journalen dokumenterte om ansatte forsøkte å etablere dialog med pasienten som var beltelagt. I enkeltsaker så vi at miljøpersonale eller leger gjentatte ganger forsøkte å snakke med pasienten for å komme i dialog om løsning av beltene. I andre tilfeller var det ingen opplysninger i journalen om dette. Ett tilfelle var særlig urovekkende. I journalen til en pasient som ble beltelagt ved ankomst til Psykiatrisk akuttmottak som følge av vold utført dagen før, ble det ved innkomst journalført at det var «begrenset kommunikasjon». Det kom ikke frem hvilket språk samtalen foregikk på, men i eldre journalføringer stod det at pasienten snakket begrenset norsk. Etter 18 timer i belter fikk pasienten en samtale med en arabisktalende lege, og beltene ble da løsnet. I senere journalnotater skrev en behandler at det var formålsløst å ha samtale med pasienten uten bruk av tolk. Sivilombudet understreker at sykehuset må gjøre det de kan for å komme i dialog med pasienten med sikte på at belteleggingen kan opphøre. Tolk må brukes der det er nødvendig. Dette er avgjørende for å tilfredsstille lovens vilkår.

Legetilsyn med kontroll av beltene og pasientens somatiske helse skulle etter sykehusets rutine gjennomføres innen én time etter belteleggingen og deretter minst hver åttende time. Legetilsyn ble som regel gjennomført minst så hyppig som foreskrevet, men i enkelte tilfeller gikk det mer enn åtte timer mellom legetilsyn, og i lengere forløp opp mot 16 timer. Det ble gjort undersøkelser av nylig innlagte pasienter for å avklare rusinntak, og mange av dem som var lagt i belter ble tilbudt beroligende medisiner.

Ved sammenhengende bruk av belter over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «frierte forpleining».⁴⁸ Dette innebærer løsning av belter, få påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i

⁴⁴ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd.

⁴⁵ Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 7.

⁴⁶ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 3.3 og CPT, Rapport etter besøk til Kroatia i 2022, CPT/Inf (2023)30, avsnitt 198.

⁴⁷ Helsepersonelloven § 40 første ledd.

⁴⁸ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd annen setning..

stedet for belteseng. Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken dokumenteres.⁴⁹ Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.⁵⁰

Bruk av friere forpleining var gjennomgående presist dokumentert i pasientenes journaler. Som oftest ble det gjennomført ved å løsne armer eller ben fra beltene, men det var også eksempler på at pasienter gikk fra å være beltelagt i en seng til å bli påført mobile belter. I mange tilfeller ble beltene delvis løsnet opp i god tid før det hadde gått åtte timer. Der det gikk lenger tid, forklarte sykehuset i enkelte tilfeller hvorfor pasienten ikke fikk friere forpleining. Samtidig var det noen eksempler på at det gikk opp mot 13 timer uten at beltene ble forsøkt delvis løsnet og uten at det ble forklart hvorfor. Vi så også eksempler på at pasienter ble festet tilbake i seng etter å ha vært løsnet ut til mobile belter, uten at det ble forklart eller begrunnet hvorfor det var nødvendig.

Blant de ansatte var det ulike oppfatninger om hvem som skulle bestemme at en pasient delvis kunne løses fra beltene. Usikkerhet om ansvarsfordelingen kan i verste fall medføre at pasienten blir liggende fullt beltelagt for lenge.

Enkelte tilfeller fremstod som klart kritikkverdige. Én pasient var beltelagt i 18 timer med et brudd i hånda, og pasienten fortalte både før og etter belteleggingen at han hadde vondt. I et annet tilfelle var en agitert og redd pasient beltelagt uten noe tøy på underkroppen, uten at det var journalført hvorfor eller om det ble gjort noe for å avhjelpe situasjonen. Én pasient lå i en periode uten madrass i sengen, etter at pasienten rev den i stykker. Det var ikke journalført om eller når han fikk ny madrass.

Både pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁵¹ Selv om samtlige vedtak inneholdt en standardtekst om at dette var gjort, var dette i en del tilfeller ikke tilstrekkelig dokumentert. I ett tilfelle var det ikke journalført noe kontakt med pårørende. Én pasient fikk besøk av sine pårørende under belteleggingen.

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

5. Sykehuset bør løpende journalføre forhold som har betydning for ivaretagelsen av pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler.
6. Sykehuset bør sikre at ansatte systematisk jobber med å etablere dialog med pasienten for å sikre kortest mulig tid i belter, og bruker tolk der dette er nødvendig for å sikre god kommunikasjon mellom pasienten og ansatte.

⁴⁹ Helsedirektoratet legger til grunn at det må gjøres tilsvarende vurdering og nedtegning minst hver 8. time under belteforløpet, se direktoratets brev Helse Nord RHF 19. desember 2016.

⁵⁰ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 129 følgende.

⁵¹ Forskrift om psykisk helsevern § 27 annet ledd.

5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

Å bli fastspent i belter kan gi alvorlige skadevirkninger og risikoen for negative helseeffekter øker jo lenger belteleggingen pågår. De alvorlige konsekvensene gjør at tvangen må avsluttes så snart den akutte faresituasjonen er avverget. Dette tilsier at det må sikres hyppig og streng kontroll med belteleggingens varighet.

CPT har understreket at bruk av mekaniske tvangsmidler for pasienter som utgjør en fare for seg selv eller andre, kun bør benyttes «for the shortest possible time (usually minutes rather than hours)», og at det skal avsluttes så fort den akutte situasjonen som begrunnet tiltaket er over.⁵² I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.⁵³ Komiteen har videre uttalt at bruk av mekaniske tvangsmidler over flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre krenkelse av forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵⁴ Dersom belteleggingen helt unntaksvis, og av tungtveiende grunner, varer mer enn noen timer, anbefaler CPT at tiltaket vurderes av en lege med korte mellomrom. I slike tilfeller, samt når det blir brukt tvangsmidler overfor samme pasient gjentatte ganger, bør det også vurderes å involvere en annen lege og å overføre den aktuelle pasienten til en annen institusjon.⁵⁵

Gjennomgangen i dette kapittelet bygger på en undersøkelse av 27 plasseringer i belteseng i perioden januar til oktober 2025.

5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.⁵⁶ Belteleggingen må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden den varer.⁵⁷ Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Pasienten skal derfor tilses kontinuerlig av miljøpersonell, og i tillegg skal pasienten tilses av en lege så snart som mulig etter beltelegging og deretter jevnlig. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.⁵⁸

En vurdering av om en beltelegging skal opprettholdes, må inneholde en tydelig beskrivelse av den konkrete situasjonen og hvorfor belteleggingen fortsatt er uomgjengelig nødvendig. Et godt eksempel var der sykehuset beskrev hva den beltelagte pasienten gjorde, og så vurderte at «han med stor sannsynlighet vil gå til angrep igjen om han løsnes». Det er derimot ikke tilstrekkelig å kun beskrive pasienten eller situasjonen, for eksempel ved å vise til at «pasienten har vært motorisk urolig» og hatt «stor taleflom».

⁵² CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.1.

⁵³ CPT, Rapport etter besøk til Danmark CPT/Inf (2014)25, avsnitt 121.

⁵⁴ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.1.

⁵⁵ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

⁵⁶ Vedtatt lovfestet i psykisk helsevernloven § 4-2 a, i kraft fra 1. juni 2026. Lovendringen innebar ingen endring av gjeldende rett, jf. Prop. 31 L (2024-2025), kapittel 5.1.

⁵⁷ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, 84 og 102 og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

⁵⁸ Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd; pasientjournalforskriften § 8 bokstav a og Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 99.

Noen pasienter var beltelagt i svært kort tid. Det må derfor raskt ha blitt gjort konkrete vurderinger av at behovet for fortsatt beltelegging ikke lenger var til stede, selv om disse vurderingene ikke var skrevet ned. I enkelte saker var det også forholdsvis jevnlig og godt beskrevet hvordan pasienten opptrådte under belteleggingen.

Hovedinntrykket fra dokumentgjennomgangen var likevel at den fortløpende dokumentasjonen av pasientens atferd og kommunikasjon og av hvilke vurderinger som ble gjort på bakgrunn av dette, var svært få og mangelfulle. I flere langvarige forløp, inkludert ett som varte over ett døgn, var det ikke skrevet noen begrunnelser for fortsatt beltelegging så lenge den pågikk. Det manglet også i stor grad konkrete beskrivelser av situasjonen og forhold som kunne forklare hvorfor pasienten fortsatt var beltelagt. I andre saker gikk det over ett døgn mellom hver gang det var dokumentert en vurdering. I en beltelegging på 72 timer, så vi kun to skriftlige vurderinger av om beltene kunne løses opp, og ingen vurderinger det siste døgnet. I et annet forløp på 42 timer var det ingen vurderinger fra en lege, men én i et sykepleienotat. Vurderingene vi fant var også svært kortfattede. Vi fant ikke noen begrunnelser som forholdt seg til vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-8. Vurderingene var i stedet knyttet til «forsvarlighet», at «farlighetskriteriet» var oppfylt eller at løsning av belter ble ansett «lite hensiktsmessig». I enkelte saker fremstod det også som at sykehuset krevde at pasienten samarbeidet eller var rolig over tid, før de kunne løses ut.

I mange tilfeller, var også beskrivelsene av pasientene svært generelle, som at pasienten var «urolig» eller «hissig», uten nærmere informasjon. Én pasient var beskrevet med «økende uro» etter omkring 28 timer i belter, og uten annen beskrivelse enn at hun så var rolig og dempet, ble belteleggingen opprettholdt i ytterligere 14 timer. I tillegg var mange beskrivelser eller situasjoner omtalt i notater som oppsummerte en arbeidsvakt, uten å være nærmere tidfestet. Det kunne dermed være uklart når en gitt hendelse hadde skjedd i løpet av vakta.

De store manglene når det gjaldt dokumenterte beskrivelser av pasienten og av vurderinger av om vilkårene for beltelegging fortsatt var til stede er alvorlige.

I enkelte tilfeller var manglende vurderinger særlig tydelig. Dette gjaldt blant annet pasienten som var beltelagt for at han ikke skulle rive ut en næringssonde. Etter noe tid fikk han løsnet en arm, og dermed også mulighet til å dra ut sonden. Det ble likevel ikke begrunnet hvorfor pasienten måtte forbli i transportbelter i ytterligere 16 timer. I et annet tilfelle utagerte pasienten i forbindelse med at det ble gitt ernæring gjennom sonden. Plasseringen i transportbelter ble opprettholdt i over 14 timer, uten at det var dokumentert en begrunnelse for å opprettholde beltene etter denne situasjonen. Vi så også pasienter som var beskrevet som «rolige» eller lignende, der det gikk flere timer uten hendelser og uten at behovet for fortsatt beltebruk ble begrunnet. Et annet eksempel gjaldt en kvinne på 18 år, som ble beltelagt som følge av utagerende oppførsel og forsøk på vold mot ansatte. Gjennom en sju timer lang beltelegging, var det ingen beskrivelse av hvordan hun opptrådte eller behovet for å opprettholde beltene. Det samme gjaldt en pasient som var beltelagt i fem timer, som fikk injeksjon med kortidsvirkende legemidler idet han ble beltelagt, uten at effekten av dette ble omtalt.

I disse eksemplene har sykehuset ikke begrunnet godt nok hvorfor belteleggingen fortsatt var uomgjengelig nødvendig. Det innebærer en risiko for at pasientene ble utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Sykehusets rutiner slo fast at leger skulle vurdere behovet for fortsatt beltelegging når de så til beltelagte pasienter. Etter rutinen skulle dette skje innen én time etter belteleggingen og deretter

minst hver åttende time. Instruksen er forenlig med EMDs praksis, som vektlegger om pasienten jevnlig tilses av lege for å gjøre vurderinger av behovet for beltelegging.⁵⁹ Også CPT har uttalt at dersom belteleggingen varer i flere timer, bør en lege vurdere saken med korte intervaller.⁶⁰

Vår dokumentgjennomgang viste imidlertid at denne rutinen ikke ble fulgt. Journalene viste at legen ofte kun beskrev pasientens somatiske helse og at beltene ikke var for stramme, også der pasienten hadde ligget over et døgn i belter. Det kunne være uklart om pasienten var våken eller sov under legetilsynet, og det fremgikk svært sjelden om legen forsøkte å snakke med pasienten. Vi så ikke noen eksempler på at behovet for fortsatt beltelegging var begrunnet i disse journalnotatene, og kun i noen få tilfeller ble pasientens psykiske tilstand eller oppførsel beskrevet. Mange ansatte mente at miljøpersonale kunne avslutte belteoppholdet, uten å involvere en lege. Dette demper alvoret i funnene noe. Samlet understreker ombudet likevel at legenes manglende vurdering av om beltene skulle løses opp og at det var ulike oppfatninger om hvem som kan ta pasient ut av beltene, innebærer en risiko for at pasientene ble beltelagt for lenge.

5.2 Særlig om søvn

De strenge vilkårene for å opprettholde en beltelegging vil i utgangspunktet ikke være oppfylt dersom pasienten sover, fordi det da ikke lenger vil foreligge en tilstrekkelig akutt faresituasjon. Helsedirektoratet har derfor understreket at belter som den klare hovedregel «ikke kan brukes (...) overfor en pasient som sover».⁶¹ Dersom erfaringer med pasienten helt unntaksvis allikevel tilsier at vilkårene for beltelegging er oppfylt under søvn, skjerper det kravene til begrunnelse. Det bør alltid vurderes å løsne sovende pasienter fra beltene.

Vi så eksempler på at sovende pasienter ble løst ut fra beltene. Det er positivt. Det var også eksempler på at beltene ble løsnet fra ben eller armer mens pasienten sov.

Pasientene sov imidlertid i belter i to tredjedeler av de 37 sakene vi har sett på, inkludert i alle beltelegginger som varte i mer enn ti timer. I enkelte tilfeller var det snakk om sporadisk søvn eller at pasienten duppet av, mens pasienten i andre tilfeller sov i mange timer.

I noen tilfeller, hadde sykehuset begrunnet hvorfor belteleggingen ble opprettholdt i situasjonen der pasienten over tid sov i beltene, men dette skjedde sjelden og begrunnelsene var mangelfulle.

Det var flere eksempler på at pasienten sov i mange timer, uten at sykehuset hadde skrevet noen begrunnelse for hvorfor beltene ikke kunne løsnes. Én pasient forble beltelagt selv om han var beskrevet som rolig kl. 21.30 og i søvn fra kl. 01.30 til tidligst kl. 06.30. Det var ingen andre merknader om atferd eller begrunnelse for hvorfor beltene ikke kunne løsnes tidligere. En annen pasient, som var på tredje døgn i belter, sov fra kl. 23.45 til kl. 5.15 og også kl. 9.00. En lege tilså pasienten kl. 01.00, kl. 09.00 og kl. 16.45, men gjorde ingen vurdering av behovet for å opprettholde beltene. Det var heller ingen annen begrunnelse eller beskrivelse av pasientens atferd som forklarte at pasienten først ble løst ut omkring kl. 20.00 dagen etter. En tredje pasient, som hadde vært i belter i over et døgn, var beskrevet å ha «sovet gjennom natten», uten andre beskrivelser fra natten enn «rolig og dempet» og uten begrunnelser for at beltebruken ble opprettholdt.

⁵⁹ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18), 15. september 2020, avsnitt 112.

⁶⁰ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 4.2.

⁶¹ Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 31. juli 2025.)

5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

I enkelte av sakene omtalt over i kapittel 5.1 *Vurderinger om opphør* og kapittel 5.2 *Særlig om søvn*, tyder de journalførte opplysningene på at pasientene ble liggende ulovlig lenge i belter. Videre understreker Sivilombudet at sykehuset i flere tilfeller dokumenterte for dårlig hvorfor pasienter ble liggende i belter så lenge som de gjorde. Også dette er et alvorlig funn.

Plikten til å begrunne sikrer at det blir gjort reelle vurderinger av om pasienten kan løses ut av beltene, og hindrer at belteplasseringen opprettholdes uten at de strenge vilkårene er oppfylt. Det forhindrer også at sykehuset legger vekt på utenforliggende eller usaklige hensyn, og sikrer at det tas hensyn til alle relevante momenter. Skriftlige begrunnelser vil dermed redusere risikoen for at belteleggingen opprettholdes for lenge, og dermed også for brudd på pasientens grunnleggende menneskerettigheter.

Begrunnede avgjørelser om å opprettholde en beltelegging, bidrar også til å sikre at avgjørelsen kan etterprøves.⁶² Kontrollkommisjonen har en sentral rolle i å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved beltelegginger. Men pasientens mulighet til å klage og kommisjonens mulighet til å etterprøve sykehusets vurderinger, forutsetter at disse vurderingene er dokumentert.

Begrunnelser er også en forutsetning for at sykehuset kan føre effektiv internkontroll.⁶³ Dersom pasientens journal ikke inneholder tilstrekkelige begrunnelser for fortsatt beltelegging, vil det være vanskelig for sykehusets ledelse å kontrollere et av det mest inngripende tvangstiltakene sykehuset kan benytte overfor pasienter. Det vil også gjøre det vanskeligere å lære av feil og å drive utviklingsarbeid.

Gode begrunnelser er videre sentralt for at pasienten skal kunne forstå avgjørelsen og vurdere om den skal godtas eller klages på. Dersom pasienten forstår avgjørelsen, kan det også styrke tilliten til sykehusets beslutninger, og bidra til en opplevelse av rettferdig prosess og respekt.

Nyere rettspraksis fra EMD viser at sykehusenes begrunnelser for hvorfor beltene ikke kunne løses tidligere, tillegges stor vekt i spørsmålet om belteleggingen var i strid med forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3. Det klare utgangspunktet er at det er opp til sykehuset å dokumentere at en beltelegging ikke ble forlenget utover perioden den var uomgjengelig nødvendig, og at dette forutsetter at helsepersonell vurderer dette spørsmålet jevnlig gjennom forløpet.⁶⁴ I saken *Aggerholm mot Danmark* ble en pasient som var beltelagt i 23 timer tilsett av leger fire ganger. EMD la betydelig vekt på at pasienten i en periode på 12 timer ikke ble tilsett av en lege for å få vurdert fortsatt behov for beltelegging.⁶⁵ Varigheten mellom slike konsultasjoner er også vektlagt i saken *Lavorgna mot Italia*.⁶⁶ I den saken uttalte også EMD at journalføringer der fortsatt beltelegging ikke ble spesifikt omtalt eller kun konstatert som faktum, var lite egnet til å belyse om vilkårene for fortsatt beltelegging var oppfylt.⁶⁷ Norske domstoler vil tillegge disse avgjørelsene betydelig vekt ved prøvingen av tilsvarende spørsmål.⁶⁸

⁶² HR-2008-88-A, avsnitt 58.

⁶³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁶⁴ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 122 og 123.

⁶⁵ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 112.

⁶⁶ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁶⁷ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁶⁸ HR-2015-1405-A, avsnitt 22.

Sivilombudet understreker på denne bakgrunn betydningen av at fortsatte belteopphold begrunnes tilstrekkelig i pasientens journal, og av at sykehuset forbedrer sin praksis på dette området.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

7. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
8. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.
9. Sykehuset bør sikre tydelige rutiner for hvem som kan beslutte at pasienten løses helt eller delvis fra belter, og at rutinene er kjent blant personalet.

6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Statlige myndigheter er forpliktet til å iverksette tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁶⁹ Selv om tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner ved psykiatriske sykehus, innebærer bruk av tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. CPT har derfor understreket at det overordnede målet alltid bør være å forhindre bruk av tvangsmidler i størst mulig grad.⁷⁰

Funn fra Sivilombudets tidligere besøk til institusjoner innen psykisk helsevern tyder på at en rekke forhold samlet eller hver for seg kan bidra til redusert tvangsbruk. Disse inkluderer tydelig ledelse, fysiske forhold, et variert aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, kompetanse og opplæring, bemanning og institusjons- og postkultur.⁷¹ Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.⁷²

6.1 Ledelse

Ledelsens kunnskap om den faktiske bruken av tvang i institusjonen er viktig for å identifisere risiko for unødvendig tvang og for å redusere bruken av tvang. Dette omfatter å løpende følge med på når og hvor mye det brukes tvang på den enkelte enhet. Det er også viktig å følge med på hvordan tvangsvedtakene begrunnes, om interne rutiner som gjelder tvangsvedtak overholdes og om det er interne forhold som påvirker bruken av tvang.⁷³ CPT har anbefalt at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for bruk av tvangsmidler, som ledd i dette arbeidet.⁷⁴

Sykehuset hadde flere rutiner som var relevante for å forebygge og redusere bruk av tvang. Dette gjaldt blant annet rutinene for gjennomføring av ettersamtaler og for å redusere volds- og trusselepisoder. Den siste rutinen beskrev blant annet at pasienter med forhøyet akutt voldsrisiko bør følges opp med en voldsrisikovurdering underveis i oppholdet.⁷⁵ Dokumentgjennomgangen viste at dette i stor grad ble fulgt opp.

Under vårt besøk var sykehuset i ferd med å ta i bruk en ny, digital plattform for tvangsstatistikk, for å sørge for at informasjonen var lett tilgjengelig og forståelig. De konkrete tvangstallene ble tatt opp i jevnlige møter mellom ledere og behandlere. Flere ansatte på ulike nivåer opplevde at sykehusets ledelse var opptatt av å redusere bruken av tvang, og kontrollkommisjonen mente å se en sammenheng mellom tvangsbruken og enhetsledernes engasjement for å begrense den. I våre samtaler kom det også frem at de ansatte hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og at det kun skulle brukes når det var absolutt nødvendig (se kapittel 3.1.2

⁶⁹ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1 og FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, CAT/C/GC/2, 24. januar 2008.

⁷⁰ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁷¹ Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter>

⁷² Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (1). (Siste faglige endring 14. desember 2021). Helsedirektoratet (2021).

⁷³ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (1). (Siste faglige endring 14. desember 2021) og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 11.

⁷⁴ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 1.7.

⁷⁵ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak). CPT har fremhevet betydningen av gode holdninger blant sykehusets ansatte for å sikre at tvang brukes så lite som mulig.⁷⁶

Ved Subakutt enhet var beltebruken markert lavere enn ved Psykiatrisk akuttmottak. Det er sannsynlig at det er høyere risiko for situasjoner som kan resultere i bruk av tvangsmidler i et akuttmottak enn i en post der pasientene har vært innlagt noe tid og situasjonen ofte vil ha stabilisert seg (se kapittel 2.1 *Organisering*). Samtidig savnet vi noe tydeligere refleksjon om forskjellene i tvangsbruken.

Miljøpersonalet beskrev at det ofte ble gjennomført uformelle gjennomganger av hendelser som ledet til beltebruk. Det var imidlertid ingen system for å sikre at dette ble gjort eller for hvordan sykehuset skulle lære av tidligere hendelser.⁷⁷ Sykehuset bekreftet videre at de ikke hadde gjennomført noen internrevisjon av bruk av mekaniske tvangsmidler. Særlig våre funn om rollefordeling (se kapittel 3.2 *Kompetanse og rollefordeling*) og om mangler i vurderingene av belteforløpenes lengde (se kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*) tilsier behov for å styrke internkontrollen.

6.2 Fysiske forhold og belegg

Studier tyder på at det fysiske miljøet for pasientene, med romslige, oversiktlige og hjemlige lokaler, enerom, nærhet til natur, naturlig lys og opplevelse av frihet og trygghet, kan bidra til å forebygge bruk av tvang.⁷⁸ Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».⁷⁹

Lokalene til de to enhetene tilfredsstilte i stor grad disse anbefalingene (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*). Flertallet av de ansatte mente at lokalene var gode og la til rette for redusert bruk av mekaniske tvangsmidler. Flere pekte på at lokalene motvirket at inventar ble ødelagt, og det ble pekt på tilgangen til friluft og god støydemper og -isolering. Det ble også vist til at samlokalisering med andre poster gjorde det enklere å få bistand i konfliktsituasjoner og at dette hadde forebyggende virkning fordi det bidro til trygghet hos personalet. Det ble også pekt på at lokalene ikke hadde en fast innredet belteseng på hver enhet som stod klar til bruk, men at de i stedet måtte hente beltekofferten og montere beltene på pasientens seng.

Mange ansatte mente at mekaniske tvangsmidler ble brukt mindre etter flyttingen til nytt bygg, og sykehusets interne registreringer for perioden 2022 til 2025 indikerer at antallet beltevedtak ved de to enhetene samlet har gått ned. Sykehuset påpekte at mange forhold kan påvirke denne statistikken, herunder endring av enhetenes funksjon, bedre struktur for trening i håndtering av aggresjon og deltakelse i forskningsprosjekt om episoder som resulterer i bruk av tvangsmidler.

⁷⁶ CPT, Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part avsnitt 28 til 31 og 42 følgende.

⁷⁷ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (4). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁷⁸ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (3). (Siste faglige endring 14. desember 2021); Nutmeg Hallett, Richard Whittington, Dirk Richter, Emachi Eneje, Coercion and Violence in Mental Health Settings, 2. Utgave (2024). Side 231-232. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4>.

⁷⁹ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

Sivilombudet understreker at sykehuset og den enkelte enhet fortsatt må jobbe aktivt med forebygging av beltebruk også i de nye lokalene.

Tilbud om ulike former for aktivitet kan bidra til å dempe uro, frustrasjon og aggressivitet.⁸⁰ For flere pasienter var det journalført at de responderte godt på turer og andre aktiviteter. Plasseringen av bygget i direkte tilknytning til fine tur- og friluftsområder la godt til rette for dette. Samtidig hadde sykehuset gjennomgående svært høyt belegg, og ved Subakutt enhet var det tidvis overbelegg som kunne gå ut over tilbudet til pasientene (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*).

6.3 Pasientinvolvering

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.⁸¹ Involvering av pasienten er viktig for å redusere pasientens traumer, for sykehusets mulighet til å forbedre egen praksis og for å begrense tvang mot pasienten i fremtiden.⁸²

De ansatte hadde ulike oppfatninger om nytten av ettersamtaler. Flere ansatte var skeptiske til utbyttet av slike samtaler, og én ansatt sa at han ikke ville diskutere med pasient hva som kunne ha vært gjort annerledes fordi dette kunne forstås som kritikk av vedtaket. Det var videre få ansatte som beskrev at man ved eventuelt senere innleggelser kunne bruke informasjonen fra tidligere ettersamtaler, og gjennomgangen av pasientens journaler underbygger at dette gjøres i liten grad. De ansatte hadde også ulike oppfatninger om det var miljøpersonale eller behandlere som skulle gjennomføre samtalen.

Ved Psykiatrisk akuttmottak ble ettersamtale gjennomført i seks av 17 gjennomgåtte belteforløp. Årsakene til at samtalen ikke var gjennomført varierte. I enkelt tilfeller var ikke pasienten i stand til å snakke. I to tilfeller viste sykehuset til at ettersamtale ikke var gjennomført fordi pasienten var utskrevet, selv om pasienten hadde pratet med en behandler om andre forhold før utskrivelse. Vi fant også to tomme maler for gjennomføring av ettersamtaler, selv om begge pasientene fortsatt var innlagt da dokumentene ble laget.

Ved Subakutt enhet ble ettersamtale gjennomført i tre av ni gjennomgåtte forløp. I tre tilfeller fordelt på to pasienter var samtale ikke mulig på grunn av pasientens tilstand, selv om en av disse pasientene gikk en tur med sin behandler utenfor sykehuset samme dag. I to tilfeller viste sykehuset til at ettersamtaler ikke var gjennomført fordi pasienten ikke lenger oppholdt seg ved sykehuset, selv om pasientene var innlagt i henholdsvis fire og seks dager etter at belteleggingene opphørte.

Sivilombudet understreker at pasienter utsatt for tvang skal tilbys ettersamtale. Funnene viste at dette i mange tilfeller manglet. Ettersamtalene skal bidra til å forebygge tvang overfor pasienten og skal i tillegg gi sykehuset grunnlag for bredere læring om hvordan tvang kan reduseres. For å oppnå dette må informasjon fra ettersamtalene være tilgjengelig og brukes under innleggelsen og ved senere innleggelser. Det er viktig at sykehuset har et system for dette.

⁸⁰ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁸¹ Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

⁸² CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

6.4 Opplæring

Alle ansatte i miljøpersonalet var pålagt å gjennomføre et to-dagers kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), et opplæringsprogram for å øke forståelsen, forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk. Det inkluderer opplæring i forebyggende kommunikasjon og deeskalering. Sykehuset hadde en egen MAP-koordinator, og det var utdannet flere MAP-instruktører. Disse holdt ukentlige vedlikeholdstreninger ved sykehuset. Det var også ukentlige treninger på fysisk beltelegging. Ledelsen fulgte med på at den enkelte ansatte møtte kravet om tilstrekkelig antall treninger i løpet av året.

Dette er samlet positive funn, i tråd med en rekke kilder som peker på at tilstrekkelig opplæring og kompetanse hos de ansatte innen kommunikasjon og regelverk er sentralt for å anvende alternativer til tvang.⁸³

Samtidig hadde ikke legene i spesialisering tilbud om MAP-opplæring eller ukentlige treninger, og våre funn underbygger behov for økt kompetanse i denne gruppen.

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

10. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.
11. Sykehuset bør alltid tilby pasienter minst én samtale for å evaluere bruk av mekaniske tvangsmidler, og sørge for at relevant informasjon brukes systematisk for å forebygge bruk av tvang.

⁸³ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (2) og del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021) og Europarådet. (2021) Compendium Report; Good practices to promote voluntary measures in mental health.

7. Klage og kontroll

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal derfor ha en kontrollkomisjon.⁸⁴ Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontrollere tvangsinneleggelser, gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.⁸⁵

Kontrollkomisjonen for seksjon Kristiansand besøkte sykehuset ukentlig. De gjennomførte klagebehandling og velferdskontroll annenhver uke.

I velferdskontrollene gjennomgikk kommisjonen blant annet alle tvangsmiddelvedtak og snakket med pasienter. Kommisjonen ble av enkelte oppfattet som lite til stede ved Psykiatrisk akuttinntak, og det var miljøpersonale som informerte pasientene om hvem kommisjonen var og spurte om de ønsket en samtale. Sivilombudet har ved en rekke tilfeller anbefalt at kontrollkomisjonen selv tar direkte kontakt med pasientene.⁸⁶

Sivilombudet har gjennomgått ett vedtak om behandling av en klage på beltelegging. I den saken behandlet kommisjonen både vilkårene for beltelegging og spørsmålet om plasseringens lengde på en tillitsvekkende måte. Kommisjonen var svært konkret ved vurderingen av belteforløpets varighet og hvilke vurderinger og beskrivelser sykehuset hadde gitt av pasienten. Sivilombudet oppfatter at klagebehandlingen var i samsvar med tidligere anbefalinger, og vi vil oppfordre kommisjonen til å behandle senere klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler på tilsvarende måte.⁸⁷

Det er samtidig svært få pasienter som klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁸⁸ Dette innebærer at kontrollkomisjonens egne undersøkelser er sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

Kontrollkomisjonen skulle kontrollere at lovens vilkår var oppfylt i alle tvangsmiddelvedtak. Deres undersøkelser inkluderte også det som skjedde underveis i belteleggingen, dersom den varte i mer enn noen få timer eller skjedde om natten. Kommisjonen hadde et særskilt fokus på pasienter som ble utsatt for gjentatt tvang, noe Sivilombudet støtter.

Våre undersøkelser viste imidlertid at kommisjonen ikke har hatt noen merknader til vedtakets innhold eller belteleggingens varighet i de ti lengste belteleggingene fra vår undersøkelsesperiode. Dette inkluderer både vedtak og forløp som Sivilombudet har stilt spørsmål ved lovligheten av i kapittel 3 *Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler* og i kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*, og er derfor egnet til å skape bekymring om kontrollens realitet.

⁸⁴ Psykisk helsevernloven § 6-1.

⁸⁵ Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernloven § 51 flg. samt § 62 og § 63

⁸⁶ Sivilombudet. (2023) Rapport fra besøk til St. Olavs hospital, regional sikkerhetsavdeling (Østmarka), kapittel 8, med videre henvisninger.

⁸⁷ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184).

⁸⁸ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 60.

Sivilombudet vil på denne bakgrunn oppfordre kommisjonen til å gjennomføre en grundigere gjennomgang av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig for de som varer over flere timer eller der samme pasient er blitt beltelagt flere ganger.

Klage og kontroll

12. Kontrollkommisjonen bør styrke den rutinemessige gjennomgangen av sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
E-post: postmottak@sivilombudet.no
www.sivilombudet.no

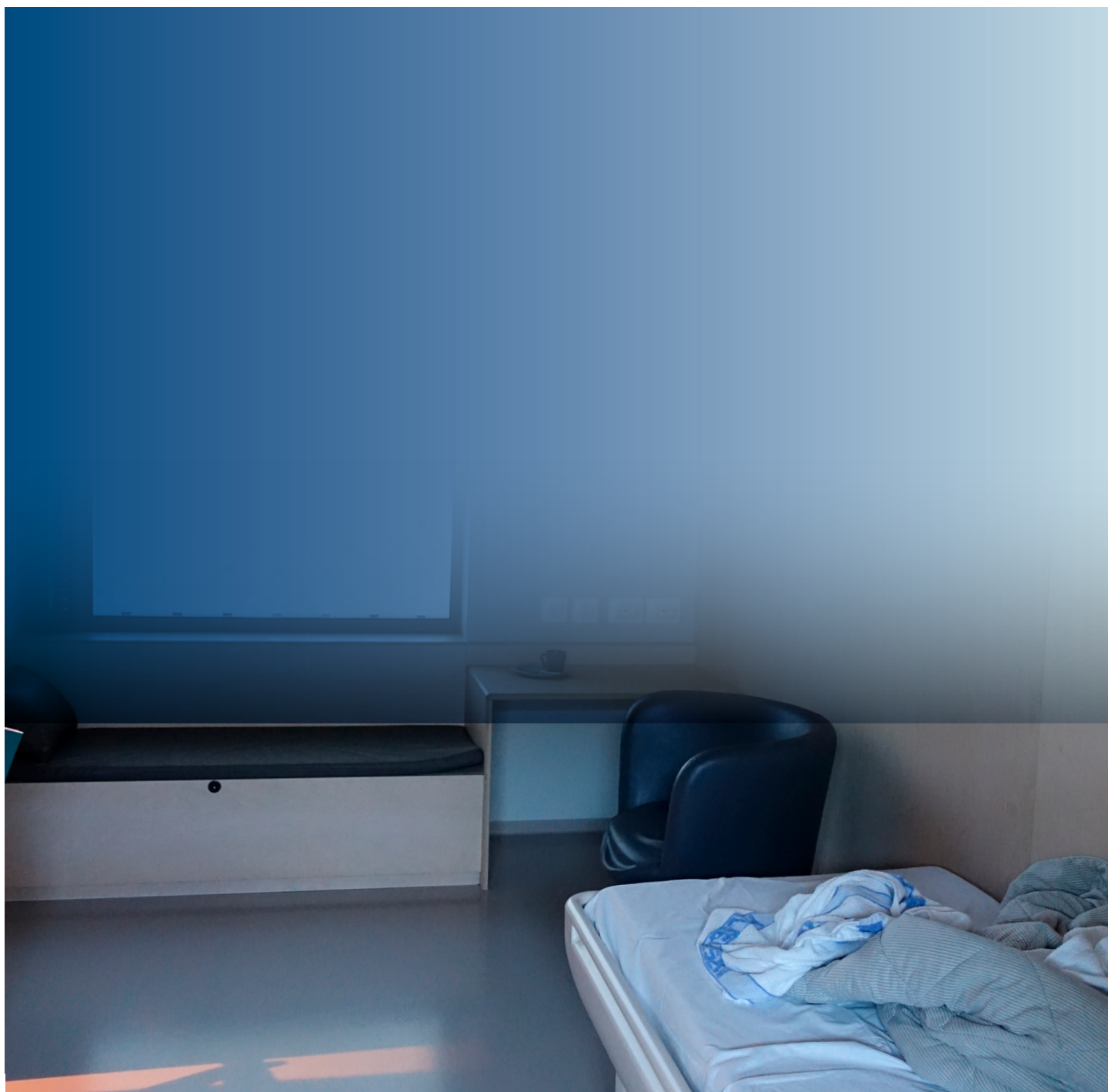


Foto: Sivilombudet