



**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT | nr. 92**

**Bruk av mekaniske tvangsmidler,  
Sykehuset i Vestfold**

**10.-12. november 2025**



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



# SIVILOMBUDET

Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrisk sykehusavdeling  
Kontrollkommisjonen, Sykehuset i Vestfold

Vår referanse  
2025/5748

Deres referanse

Vår saksbehandler  
Mari Dahl Schlanbusch

Dato  
08.04.2026

## Oversendelse av rapport etter besøk til Sykehuset i Vestfold HF 10.-12. november 2025

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk sykehusavdeling 10.-12. november 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 **14. august 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

Johannes Flisnes Nilsen  
spesialrådgiver

*Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner og har derfor ikke håndskrevet underskrift.*

Kopi til:

HELSEDIREKTORATET

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

HELSE SØR-ØST RHF

Postboks 220 Skøyen

Postboks 8011 Dep

Postboks 404

0213 OSLO

0030 OSLO

2303 HAMAR



**SIVILOMBUDET**

## **BESØKSRAPPORT**

**Sykehuset i Vestfold**

10.-12. november 2025

## Innholdsfortegnelse

<b>I. Besøk til Sykehuset i Vestfold – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Sammendrag .....</b>	<b>4</b>
<b>III. Anbefalinger .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Beltelegging i sykehus: Inngripende tvangstiltak med høy risiko for umenneskelig behandling .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Psykiatrisk akuttmottak, post A og post C.....</b>	<b>9</b>
2.1 Organisering.....	9
2.2 Fysiske forhold .....	9
2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler .....	10
<b>3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler .....</b>	<b>12</b>
3.1 Vedtak om 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
<b>4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter .....</b>	<b>19</b>
<b>5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging.....</b>	<b>23</b>
5.1 Vurderinger om opphør.....	23
5.2 Særlig om søvn.....	25
5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter.....	26
<b>6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler.....</b>	<b>28</b>
6.1 Ledelse .....	28
6.2 Fysiske forhold .....	29
6.3 Opplæring .....	29
6.4 Pasientinvolvering.....	31
6.5 Andre tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk.....	32
<b>7 Klage og kontroll .....</b>	<b>33</b>

# I. Besøk til Sykehuset i Vestfold – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler

## 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.<sup>1</sup>

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.

## Forebyggingsenhetens besøk til Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold, 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 10. til 12. november 2025. Temaet var sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) i perioden 1. januar til 10. november 2025.<sup>2</sup> Vi besøkte tre enheter, psykiatrisk akuttmottak og postene A og C. 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 torsdag 11. desember 2025.

## Sykehuset i Vestfold, psykiatrisk sykehusavdeling

Psykiatrisk sykehusavdeling, Sykehuset i Vestfold er lokalisert i et nytt bygg fra 2019 på sykehusområdet i Tønsberg og på Granli ved Sem (sikkerhets- og langtidsposter). Avdelingen har sju døgnposter som hver har 10 eller 12 sengeplasser, noe færre på langtidspostene. Alle pasienter som ble henvist til avdelingen, ble tatt imot av psykiatrisk akuttmottak, der gjennomsnittlig liggetid for pasienter var ca. 1,5 døgn. Post A og C var akuttposter med primærfunksjon å utrede, diagnostisere og igangsette behandling. Opptaksområdet for avdelingen er Vestfold fylke bortsett fra deler av Holmestrand kommune.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved psykiatrisk akuttmottak og postene A og C.

---

<sup>1</sup> Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

<sup>2</sup> De som deltok i besøket var Solveig Igesund (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter), Johannes Flisnes Nilsen (spesialrådgiver, jurist), Mari Dahl Schlanbusch (seniorrådgiver, samfunnsviter), Ida Giske (seniorrådgiver, samfunnsviter), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Inga Tollefsen Laupstad (seniorrådgiver, jurist), Lars Mathias Enger (seniorrådgiver, jurist) og Erlend Strand Gardsjord (ekstern ekspert, psykiater).

## II. Sammendrag

Bruk av mekaniske tvangsmidler, som å bli fastspent i belteseng, innebærer høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Sivilombudets forebyggingsenhet har derfor undersøkt bruken av mekaniske tvangsmidler ved psykiatrisk akuttmottak, post A og post C, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sykehuset i Vestfold HF i tidsrommet 1. januar til 12. november 2025.

### Gode fysiske forhold

Psykiatrisk sykehusavdeling flyttet inn i et nytt bygg i 2019. Lokalene var store, lyse og moderne, med brede korridorer og store vindusflater. Flere trakk fram de nye lokalene og godt vedlikehold som en trivselsfaktor for både ansatte og pasienter. Pasientene hadde også tilgang til pent opparbeidede utearealer.

### Svakheter i vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Loven krever at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke belter. Ansatte syntes å ha et bevisst forhold til den høye terskelen for når belter kan brukes. Likevel hadde mange vedtak en uklar begrunnelse som gjorde det vanskelig å vurdere om belteleggingene oppfylte lovens vilkår. Begrunnelsene inneholdt ofte vage beskrivelser av pasientens atferd og kun generell omtale av mindre inngripende tiltak.

To beltelegginger framsto som begrunnet i forebyggende hensikt uten at det forelå en akutt faresituasjon. Det ble svært sjelden beskrevet i vedtakene om pasientene var særlig sårbare på grunn av traumer, alder eller liknende som kunne øke pasientenes belastning av å bli plassert i belter.

De fleste beltevedtakene ble fattet av ansvarshavende på post i situasjoner der den faglig ansvarlige (overlege/psykologspesialist) ikke var til stede. De faglige ansvarlige tok gjennomgående ikke stilling til om belteleggingene skulle opprettholdes, slik regelverket stiller krav om. Den faglige ansvarlige har en viktig rolle i å kvalitetssikre slike beslutninger. Manglende vurderinger kan bidra til at pasienter blir liggende i belter lenger enn loven åpner for.

### Ivaretagelse av pasienter i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres så skånsomt som mulig. Dokumentasjonen gjorde det imidlertid vanskelig å få et klart bilde av hvordan pasientene ble ivaretatt under beltelegging. Beskrivelser av observasjoner, vurderinger og tiltak varierte. Dialog med pasienten og opplysninger om mat- og væskeinntak var ikke systematisk dokumentert, selv ved beltelegginger som varte over ett døgn.

Legetilsyn ble som regel gjennomført minst hver åttende time. I flere tilfeller gikk det imidlertid flere timer fra beltelegging til første legetilsyn. Dette er i strid med menneskerettslige anbefalinger om at lege skal tilse beltelagte pasienter så raskt som mulig etter at tiltaket er iverksatt.

Ved bruk av belter utover åtte timer skal de så langt mulig justeres eller delvis løsnes. I to tilfeller tydet dokumentasjonen på at pasienter hadde ligget fastspent i rundt tolv timer uten lettelsener eller posisjonsendring, uten at årsaken til dette kom frem.

I noen tilfeller holdt personalet et håndkle foran pasientens ansikt når pasienten spyttet, og i én journal beskrev en pasient at et stramt håndkle ble lagt over vedkommende sin munn. Ombudet vil sterkt fraråde dette, fordi det kan virke skremmende og innebærer risiko for blokkering av luftveiene.

### **Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter**

Mange pasienter var beltelagt over lang tid, i flere tilfeller over flere døgn. En pasient var beltelagt i over 18 døgn. Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge beltelegging pågår, og behovet skal vurderes fortløpende og dokumenteres.

Vi fant svært få beskrivelser av hvorfor vilkårene var oppfylt underveis i belteleggingene. Beskrivelsene av pasientenes atferd og vurderingene av denne var ofte svært mangelfulle, og i flere tilfeller tydet dokumentasjonen på at fortsatt beltelegging var ulovlig. For eksempel ble en pasient i en periode på elleve timer beskrevet som enten sovende eller samarbeidsvillig uten at det kom fram om det ble vurdert å avslutte belteleggingen. En annen pasient var beltelagt i rundt to døgn før atferd og behov for belter igjen ble vurdert.

Vi fant også flere eksempler på at pasienter som sov i belter ikke ble forsøkt løst ut, selv når de sov over lengre tid. Beltelegging av sovende pasienter vil lett komme i strid med lovens strenge vilkår.

Sykehusets manglende vurderinger av grunnlaget for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler utgjør en alvorlig rettssikkerhetssvikt.

### **Forebygging av mekaniske tvangsmidler**

Ledelsen fremsto fremoverlente i arbeidet med å forebygge bruken av tvangsmidler. Samtidig viste funn om svakt begrunnede vedtak og manglende begrunnelser for fortsatt beltelegging at det er behov for å styrke det forebyggende arbeidet. Forbedringsområdene gjaldt særlig opplæring av beslutningstakere, etterlevelse av kravet om ettersamtaler til pasienter etter bruk av tvang og systematisk bruk av hendelsesgjennomganger for personalet.

### **Behov for styrket kontroll fra Kontrollkommisjonen**

Pasienter kan klage til Kontrollkommisjonen over vedtak om mekaniske tvangsmidler. Flere av kommisjonens behandlinger av klager bar preg av for lite inngående kontroll av om vilkårene var oppfylt i hele perioden belteleggingen hadde pågått.

Fordi få pasienter klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler, er kommisjonens egne undersøkelser sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke langvarig eller overdreven beltebruk. Kommisjonen hadde i svært få tilfeller hatt merknader til vedtakets innhold eller belteleggingens varighet i de ti lengste belteleggingene fra vår undersøkelsesperiode. Dette inkluderer vedtak og forløp som Sivilombudet har stilt spørsmål ved lovligheten av, og gir grunn til bekymring for kvaliteten på kontrollen.

### 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 beltelagte pasienter alltid tilses av lege så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom inntil tiltaket avsluttes.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.

#### Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

8. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
9. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.
10. Sykehuset bør gå i dialog med personalgruppa om tiltak for å unngå at pasienter sover i belter.

#### Forebygging av mekaniske tvangsmidler

11. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og opplæring.
12. 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

13. Kontrollkommisjonen bør styrke sin behandling av klager om mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av beltelegging.
14. 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.<sup>3</sup> 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 bevegelse, 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

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. Negative opplevelser av tvang kan vare i flere år etter hendelsen.<sup>6</sup> Mekaniske tvangsmidler kan også redusere pasientens opplevelse av egenverdi, og det kunne forlenge psykisk syke pasienters følelse av marginalisering.<sup>7</sup>

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

---

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

<sup>4</sup> NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensingsloven, kapittel 10.5.2.2.3.

<sup>5</sup> NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensingsloven, kapittel 10.5.2.2.3.

<sup>6</sup> NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensingsloven, kapittel 10.5.2.2.4; NOU 2011:9 (2011) Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 10.4.

<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere uttrykt støtte til forslaget om utfasing, men forslaget er per 8. april 2026 ikke fulgt opp.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup> Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som pågår i flere dager ikke kan rettfærdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensingsloven, kapittel 23.8.5.2.

<sup>10</sup> 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>

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

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

## 2 Psykiatrisk akuttmottak, post A og post C

### 2.1 Organisering

Psykiatrisk sykehusavdeling (PSY) ved Sykehuset i Vestfold HF hadde sju døgnposter fordelt på fire poster på sykehusområdet i Tønsberg og tre poster på Granli ved Sem. Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved psykiatrisk akuttmottak og akuttpostene A og C.

Psykiatrisk akuttmottak (PAM) tok imot akutt syke pasienter for å vurdere behov for videre behandling, inkludert behov for tvungen innleggelse. Ifølge sykehuset var gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket ca. 1,5 døgn.

Pasientene som ikke ble utskrevet fra PAM, ble normalt overført til Akuttpostene A og C for utredning, diagnostisering og behandling. De to postene hadde tidligere hatt en ansvarsfordeling hvor post A tok imot pasienter med spiseforstyrrelser, og post C i større grad tok imot pasienter med mye uro. Denne ansvarsfordelingen hadde blitt mindre relevant etter at sykehuset i 2023 etablerte et ambulant team for personer med spiseforstyrrelser (se kap. 6.5 *Andre tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk*), og dermed reduserte innleggelsene for denne pasientgruppa betraktelig. I praksis ble pasientene nå fordelt etter hvor det var ledige sengeplasser, eller etter hvor pasienter tidligere hadde vært innlagt. Liggetiden ble anslått til cirka 20 døgn på postene A og C.

Postene var organisert med hver sin seksjonsleder som hadde ansvaret for alle ansatte under sin seksjon, inkludert behandlere. Unntaket var LIS-legene, som var organisert under avdelingsoverlegen, og som hadde vakter på ulike poster. Pleiefaktoren (antall stillinger for miljøpersonale per seng) var 2,8 på PAM, litt lavere for de to andre enhetene. Postene hadde relativt lik bemanning, sju til ni ansatte på dagtid, seks eller sju ansatte på kveld og tre til fire ansatte på natt. Det var egne nattevaktslag på postene. Det var to til tre behandlere tilknyttet hver post. Foruten behandlere og miljøpersonell hadde avdelingen ansatte fysioterapeuter, sosionom, og noe støttepersonell, inkludert lederstøtte.

### 2.2 Fysiske forhold

Psykiatrisk sykehusavdeling flyttet inn i nytt bygg i 2019. Lokalene i seg selv var store, lyse og moderne, med brede korridorer og store vindusflater. Nye lokaler og godt vedlikehold ble nevnt av flere som en trivselsfaktor for ansatte og pasienter.

Postene A og PAM hadde 10 senger hver og lå i første etasje med vaktrom, lager osv. imellom seg. Post C lå i etasjen over de to andre postene, og hadde tolv senger. Pasientrommene hadde eget bad, skrivebord med stol og hyller, lenestol og seng og dype vinduskarmer man kunne sitte i. Alle pasientsengene var spesialdesignede og solide, med mulighet for å koble på mekaniske tvangsmidler. Når en situasjon oppstod, måtte ansatte hente en koffert med belter på et lager i tilknytning til vaktrommet, og pasienten ble eventuelt beltelagt på eget rom i en slik seng. Pasientrommene hadde store vinduer som var delvis frostet, fordi byggets beliggenhet gjorde at forbipasserende ellers lett ville kunne se inn.

I pasientrommene lå det en informasjonsbrosjyre framme til pasientene. Brosjyren inneholdt informasjon om organisering av postene, dagsrytme, sentrale telefonnummer, informasjon om klagerett osv.

Fellesarealene på postene bestod av korridorer og stue, samtalerom, aktivitetsrom med noen TV-spill og andre spill/aktiviteter tilgjengelig, og spiserom. Spiserommet var kun åpent til måltidene. Det ble brukt engangsservise. Vi ble fortalt at det skulle komme kjøledisk på spiserommet, da vi gjennomførte besøket ble maten trillet fram på tralle.

Bygget hadde utearealer i atrier inne i bygget. Disse var pent opparbeidet med beplantning, sittegrupper og sone for ballspill. Det var én terapihage som pasientene kunne benytte sammen med personal, én hageplass for pasientene på post A og PAM og én hageplass for post C. Pasientene som ikke var underlagt skjerming hadde fri utgang til atriene, unntatt om natten. Skjermede pasienter kunne få tilgang med følge etter individuell vurdering.

I bygget var det også en gymsal, et velutstyrt treningsrom hvor pasientene hadde tilgang med personal til stede, besøksrom (ett var spesielt tilrettelagt for barn, med leker og spill tilgjengelig), og møterom som blant annet ble brukt av Kontrollkommisjonen.

Sykehuset hadde ikke egne skjermingsenheter med flere rom for pasientene som var underlagt skjerming. Alle tre postene hadde to skjermingsrom hver som lå i direkte tilknytning til fellesarealene og de vanlige pasientrommene. Skjermingsrommene var noe større enn de andre pasientrommene, med en stuesone med sofa og TV med beskyttelsesglass. Ellers var rommet innredet med seng, enkel trehylle, atskilt bad, og et lite hjørnebord med stol. Utenfor skjermingsrommet var det et lite forrom med en vaskeservant og plass til en stol. At skjermingsrommene ikke var en del av en skjermingsenhet med flere rom, som oppholdsrom/stue, gjorde at pasientene hadde et begrenset areal til rådighet. Den reduserte bevegelsesfriheten kan øke risikoen for konflikt og utagering, særlig ved langvarig skjerming.

Skjermingsrommene hadde utgang til egen luftebalkong dekket med gitter som gav begrenset utsyn. Luftebalkongene var plassert ut mot offentlig vei, nær ambulanseinngangen. Støy og trafikk i forbindelse med nye innleggelser kunne øke belastningen for inneliggende skjermingspasienter med behov for ro.

### **2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler**

Ved postene PAM, A og C ble det i perioden fra 1. januar til 10. november 2025 fattet til sammen 70 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. 46 av vedtakene var fattet på psykiatrisk akuttmottak, 11 av vedtakene på post A og 13 av vedtakene på post C. Vedtakene var fordelt på 35 forskjellige pasienter, 17 kvinner og 18 menn. Den yngste pasienten var 18 år, og den eldste var 61 år. Gjennomsnittlig alder på pasienter med slike vedtak var 35 år.

Elleve av pasientene hadde blitt beltelagt flere ganger i perioden. Én av disse hadde blitt beltelagt åtte ganger i perioden, én hadde blitt beltelagt sju ganger og fire pasienter hadde blitt beltelagt fem ganger. De resterende fem ble beltelagt tre eller to ganger.

En god del vedtak om mekaniske tvangsmidler hadde lang varighet. 20 av vedtakene i perioden varte i over 15 timer. 13 av disse varte i over et døgn. Ti av disse varte i over 48 timer. Det lengste vedtaket varte i over 18 døgn. Belteleggingene i perioden varte i gjennomsnitt i 36 timer. Median varighet var 9 timer og 24 minutter.

Mange av vedtakene ble fattet på kvelden og natten. 21 vedtak ble fattet på dagtid mellom klokken 07:00 og klokken 15:00, og de resterende 49 vedtakene ble fattet på kveld og natt. Utover vedtak om

mekaniske tvangsmidler, hadde det blitt fattet vedtak om kortvarig fastholding (totalt 56 vedtak) og vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler (totalt 26 vedtak) i samme periode. Det hadde ikke blitt fattet noen vedtak om bruk av isolasjon.

## 3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

### 3.1 Vedtak om 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.<sup>13</sup> Forarbeidene slår fast at bestemmelsen er ment å gi tiltak til bruk i «nødrettslignende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd».<sup>14</sup> EMDs praksis underbygger at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes som siste utvei, og at faren for skade må være umiddelbar og overhengende.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup> Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.<sup>18</sup> 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, post A og post C fra 1. januar til og med 10. november 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 (totalt ca. 70 % av de gjennomgåtte vedtakene).

I en del vedtak der pasientens atferd ble beskrevet som aggressiv, voldelig eller truende mot andre, var det oppgitt at formålet både var å avverge skade på andre og skade på pasienten selv. I flere av disse tilfellene manglet det imidlertid opplysninger om fare for at pasienten skulle skade seg selv, og grunnlaget for dette formålet var derfor uklart.

Våre funn indikerer at sykehuset har en høy terskel for å bruke belter for å avverge skade på inventar. Vi fant eksempler på at pasienter forårsaket store materielle ødeleggelse uten at dette førte til beltelegging eller andre tvangsmidler. Kun ett av de gjennomgåtte vedtakene var utelukkende begrunnet i faren for betydelig materiell skade. Det er positivt at sykehuset er i stand til å håndtere slike situasjoner uten bruk av inngripende tvang.

<sup>13</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

<sup>14</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), merknadene til § 4-8.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd annen setning og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

<sup>17</sup> Rt-2000-1066; Prop. 79 L (2024–2025), side 454; SOM-2022-1184 avsnitt 42 og EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 84.

<sup>18</sup> Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

### 3.1.2 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak

Gjennomgangen av vedtak om bruk av belter viste varierende kvalitet. Alle vedtakene inneholdt en beskrivelse av situasjonen som utløste bruk av belter og i en del tilfeller fremstod situasjonen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet.

En gjennomgående svakhet var likevel at vedtakene hadde en så uklar begrunnelse at det var vanskelig å forstå hvorfor belter var uomgjengelig nødvendig. Flere vedtak beskrev at pasienten «utagerer» eller «motarbeider» uten at det kom klart fram hva pasienten hadde sagt eller gjort som gjorde bruk av belter nødvendig. I ett vedtak var begrunnelsen «Pasienten hadde besøk av foreldre i dag. Når disse har dratt begynner pasienten å utagere mot personal igjen og legges i transportbelter.» I ett annet eksempel var begrunnelsen at «Pasienten utagerte mot personalet, [...] skal ha ment at personalet er demoner». Når begrunnelsene gir så lite informasjon om hendelsen som utløste bruk av mekaniske tvangsmidler, blir det vanskelig å vurdere om belteleggingen er lovlig.

Vi fant også ett eksempel på at begrunnelsen for et beltevedtak hadde identisk begrunnelse med et umiddelbart forutgående vedtak om kortvarig fastholding. I dette vedtaket manglet derfor en begrunnelse for hvorfor det ikke holdt med fastholding for å avverge faren, og hvorfor bruk av belter var uomgjengelig nødvendig.

Ved ett tilfelle fant vi at en pasient ble besluttet beltelagt rett etter ankomst til psykiatrisk akuttmottak, etter en fysisk utagering under et forutgående opphold på en somatisk avdeling. Pasienten hadde fått legemidler som gjorde at pasienten ikke var våken ved ankomst. I ett annet tilfelle fikk en pasient korttidsvirkende legemiddel som tvangsmiddel mens vedkommende var lagt i belter. Ut fra vedtakene fremsto belteleggingen som planlagt og gjennomført for at det korttidsvirkende legemiddelet skulle kunne gis. Pasienten ble i dette tilfellet liggende i belter i 17 timer. Slik disse to belteleggingene var begrunnet framsto bruken som forebyggende, og ikke som et resultat av en nødrettsliknende situasjon.

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».<sup>19</sup> Aktuelle tiltak kan for eksempel være verbal tilnærming og dialog, skifte av personal, sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller andre tvangsmidler.<sup>20</sup> Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.<sup>21</sup>

Der det var behov for tvangsmidler, fastsatte sykehusets prosedyrer at stående eller sittende fastholding normalt forsøkes først, deretter nedleggelse på gulv, før mekaniske tvangsmidler ble benyttet. Mobile belter skulle forsøkes før fastspenning i belteseng. Korttidsvirkende legemidler kunne benyttes i alle trinn i hendelsesforløpet.

<sup>19</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

<sup>20</sup> Helsedirektoratets brev til Helse Nord RHF 19.12.2016. [Nettdokument]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/Presiseringer%20av%20C2%A7%204-8%20-%20Bruk%20av%20mekaniske%20tvangsmidler%20-%20gjennomf%C3%B8ring%20og%20kontroll%202016.pdf?download=false>

<sup>21</sup> EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagernr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

Beskrivelsen i vedtakene av hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt før belteleggingen, varierte fra knappe oppramsinger til konkrete beskrivelser av tiltakene og effekten de hadde hatt. Generelle beskrivelser som «trygging», «deeskalerende samtale» og «dialog med pasienten» forteller noe om hva som har blitt forsøkt, men gir ingen konkret informasjon om hva som har blitt gjort og hvilken effekt det har hatt på pasienten. Vi savnet også i flere tilfeller opplysninger om hvor lenge personalet hadde forsøkt de lempeligere tiltakene som var beskrevet i vedtaket.

Denne type informasjon er viktig for å forebygge eventuell fremtidig tvang. 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 kravet om å vurdere mindre inngripende tiltak.

I et flertall av vedtakene vi gjennomgikk kom det ikke fram om de mekaniske tvangsmidlene innebar bruk av mobile belter eller om pasienten ble fastspent i seng. Valget av typen belter er relevant informasjon for å vurdere nødvendigheten og forholdsmessigheten av tiltaket, og bør derfor beskrives i vedtaket. Dette har sammenheng med at mobile belter gir mer bevegelsesmulighet og normalt anses som et mindre inngripende tvangsmiddel.<sup>22</sup>

Vi fant ett eksempel på et vedtak hvor det beskrives at pasienten først påføres mobile belter, men etter hvert spennes fast i seng på grunn av ytterligere fysisk utagering. I dette tilfellet ble mobile belter først benyttet som et mindre inngripende tiltak, som i utgangspunktet er positivt. Vi fant imidlertid at vedtaket først ble registrert som iverksatt når pasienten ble fastspent i belteseng. Ombudet understreker at mobile belter må anses som et mekanisk tvangsmiddel som krever vedtak, selv om det normalt vil være mindre inngripende. Slike feil gir et misvisende bilde av hvor lenge vedtak om mekaniske tvangsmidler varer.

I noen tilfeller inneholdt vedtakets felt for å beskrive sykehusets forsøk på lempeligere tiltak, i stedet tilleggsinformasjon om hendelsesforløpet. I ett vedtak ble det for eksempel beskrevet som et lempeligere tiltak at «pasientens belter ble fjernet i går, men pasienten utagerte igjen på morgenen og måtte beltelegges på nytt». Manglende informasjon om hvilke mindre inngripende tiltak som er vurdert, skaper tvil om belteleggingen var lovlig. Konkret informasjon om lempeligere tiltak og effekten av slike er også viktig som ledd i det systematiske arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler.

Samtidig fant vi også enkelte gode beskrivelser av lempeligere midler som var forsøkt før beltelegging. Felles for disse var at de beskrev konkrete tiltak, hvor lenge disse var forsøkt og effekten de hadde hatt. Ett slikt vedtak beskrev følgende:

«Det forsøkes å ha deeskalerende samtale med pasienten flere ganger. Vi reduserer antall personal i rommet for å fremstå mindre i overtall. Vi setter oss ned for å forsøke å skape ett trygt miljø for pasienten. Dette hjelper ikke. Pasienten er stadig motorisk urolig og meget økt stemningsleie. Når pasienten kaster stolen forsøker vi å fastholde for å roe situasjonen, [...] ytrer sterk motstand mot personalet som gjør det nødvendig å beltelegge pasienten for å i det hele tatt få kontroll på situasjonen.»

---

<sup>22</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017) 6, avsnitt 5.

Det samlede inntrykket fra intervjuene var at de ansatte hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og den høye terskelen for når det kan brukes. Ansatte ga gjennomgående uttrykk for at materielle skader eller verbale trusler i seg selv ikke ga adgang til bruk av belter. Ansatte ga flere gode eksempler på bruk av deeskalerende tilnærminger som hadde bidratt til å forebygge konflikt og bruk av tvangsmidler. Opplysningene underbygges av funn om at pasienters atferd har forårsaket store materielle ødeleggelser uten å medføre tvangsmiddelbruk og at kun ett vedtak var begrunnet i faren for betydelig skade på bygninger eller ting.<sup>23</sup>

Samlet viser likevel gjennomgangen at begrunnelsene for at belteleggingene var uomgjengelig nødvendige og at mindre inngripende tiltak var forsøkt, i mange tilfeller var mangelfulle. I noen tilfeller var begrunnelsene så mangelfulle at det gir risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling (se kapittel 5.3 *Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter*). Tilsvarende gjelder funnene om belteleggingene som framsto som iverksatt med forebyggende hensikt.

### Særlig om politiets involvering

Vi fant 19 tilfeller der belteleggingen skjedde kort tid etter at pasienten ankom psykiatrisk akuttmottak i følge med politiet. I disse tilfellene var det ikke dokumentert hvilken rolle politiet hadde etter ankomst til sykehuset. Det var uklart hvor lenge politiet ble ved sykehuset, om det ble forsøkt å ta politiet ut av situasjonen, om de la føringer for bruk av belter, inkludert om de hadde bistått med å legge pasienter i belter. Ledelsen formidlet at de var godt kjent med at det er sykehusets ansvar å beslutte bruk av mekaniske tvangsmidler, ikke politiet. I to av tilfellene var det dokumentert at politiet hadde «tatt kontroll» over pasienten inne på sykehuset etter ankomst, men det ble ikke spesifisert på hvilken måte. De samlede funnene tyder på at det forekom at politiet bistod personalet med å legge pasienter i belter. Sivilombudet er særlig bekymret for dette. 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. CPT har på denne bakgrunn flere ganger uttalt seg kritisk til politiets bistand med utagerende pasienter ved psykiatriske institusjoner.<sup>24</sup>

#### 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 dokumenteres «og ligge til grunn for vedtaket». Eventuelle uttalelser fra pasienten om tidligere erfaring med tvangsbruk skal særlig tillegges vekt.

Pasientens syn var gjennomgående dokumentert i vedtaket. Enkelte pasienter var ikke i stand til å uttrykke en mening i den situasjonen som hadde oppstått. Vi fant imidlertid ingen vedtak som inneholdt noen omtale av uttalelser fra pasienten om tidligere erfaring med tvangsbruk, selv om vi fant en rekke eksempler fra pasientenes journal om dette. For en pasient med flere innleggelses og erfaringer med bruk av belter er det for eksempel notert at innleggelsen og bruk av belter har vært en belastning for henne, og at bruken av belter har vært nøye vurdert og grunnlag for kontinuerlige

<sup>23</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd første setning.

<sup>24</sup> CPT, Rapport etter besøk til Nederland i 2016, CPT/Inf (2017)1, avsnitt 138; CPT, Rapport etter besøk til Danmark 2014, CPT/inf (2014) 25, avsnitt 127 og CPT, Rapport etter besøk til Tsjekia i 2014, CPT/Inf (2015)18, avsnitt 168.

etiske refleksjoner i personalgruppen. Det er også kjent fra journalen at pasientens atferd ikke forventes å bedres ved innleggelse utover stabilisering i akutt krise. Det er uheldig at slike erfaringer ikke er reflektert i vedtakene.

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».<sup>25</sup> Internasjonale rettskilder underbygger at det må gjøres en slik forholdsmessighetsvurdering.<sup>26</sup>

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 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

Ingen av vedtakene vi gjennomgikk inneholdt en uttrykkelig vurdering av om belteleggingen ville gi en så gunstig virkning at det klart oppveiet eventuelle ulemper for pasienten. Ingen av vedtakene omtalte på noen måte faren for skadevirkninger av belteleggingen, eller den mulige belastningen belteleggingen kunne utgjøre for pasienten. Dette omfattet flere pasienter der sykehuset hadde skrevet i journalen at bruk av belter hadde uheldig effekt på pasienten. Vi fant flere eksempler på gode vurderinger i pasientenes journal om bruk av mekaniske tvangsmidler og hvordan disse kunne forsterke pasientens utagering og psykiske krise. Disse vurderingene var imidlertid ikke reflektert i vedtakene.

Flere pasienter hadde gjentatte opphold i belter, kun avløst av relativt korte perioder uten belter. Flere pasienter ble skjermet eller fastholdt i perioden før de ble plassert i belter. Annen eller gjentakende tvangsmiddelbruk påvirker den samlede belastningen for pasientene, men vi fant ingen eksempler på at slike forhold ble vurdert eller omtalt i vedtakene.

Selv om sykehuset hadde et bevisst forhold til å innhente pasientens syn på belteleggingen, var det samlet sett 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 beltelegging*.

---

<sup>25</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd.

<sup>26</sup> 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 104 og EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 84.

### 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.<sup>27</sup> Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurdere bruken av tvang.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup>

På sykehuset var det faglig ansvarlige behandlere (overlege i psykiatri eller psykologspesialist) til stede på dag- og ettermiddag på ukedager, helger og helligdager. På kveld og nattvar psykiater tilgjengelig per telefon (bakvakt), mens en vakthavende lege, som regel en lege i spesialisering, var fysisk til stede på sykehuset (forvakt). Videre hadde hver post alltid én sykepleier eller vernepleier per vakt som var utpekt som ansvarsvakt (ansvarshavende i lovens forstand).

Av de vedtakene vi fikk tilsendt, var en klar overvekt fattet av en ansvarshavende, som oftest en sykepleier. Våre funn tydet på at den faglig ansvarlige normalt ble orientert umiddelbart via telefon dersom det ble fattet et hastevedtak om mekaniske tvangsmidler. Vi fant imidlertid at det kun for fire av de 31 hastevedtakene fantes dokumentasjon på om den faglig ansvarliges hadde tatt standpunkt til om hastevedtak skulle opprettholdes.<sup>31</sup> I ett av de fire tilfellene der vi fant en vurdering av om hastevedtaket skulle opprettholdes, ble pasienten tilsett av den faglige ansvarlige og sluppet ut av beltene etter under én time. De fleste hastevedtakene vi gjennomgikk hadde atskillig lengre varighet enn dette. Ni av de tolv tilfellene der pasienter hadde ligget lengst i belter, fra mange døgn og i ett tilfelle over 18 døgn sammenhengende, var hastevedtak. Vi fant imidlertid få spor av de faglig ansvarliges vurderinger også underveis i disse forløpene (se kapittel 5. *Vurdering av opprettholdelse eller opphold av beltelegging*).

Funn under besøket underbygger at underretningen av den faglige ansvarlige i praksis ble behandlet som en ren informasjonshendelse, og at den faglig ansvarlige ikke skulle behøve å ha noe med hastevedtakene å gjøre. Det ble blant annet framholdt av flere i personalgruppa og i ledelsen at den faglige ansvarlige ville ha begrensede forutsetninger for å vurdere vedtakene, i disse tilfellene hvor de ikke selv hadde vært til stede i hendelsen som førte til beltelegging. Det ble også påpekt at det var ønskelig at ansvarshavende burde ha ansvar for vedtaket i sin helhet.

Funnene tyder på at de faglige ansvarlige for vedtak gjennomgående ikke tar stilling til om hastevedtak om beltelegging skal opprettholdes. Dette er i strid med psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd, og er heller ikke i samsvar med sykehusets egne prosedyrer.

Kravet om at faglig ansvarlige skal vurdere om tvangsmidler fattet etter hastevedtak skal opprettholdes, er fra lovgivers side begrunnet i behovet for særskilt god kompetanse for å vurdere behovet for tvang og hvilken innvirkning tvangsmiddelbruk kan få for pasientens psykiske og

---

<sup>27</sup> Psykisk helsevernloven § 1-4.

<sup>28</sup> Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

<sup>29</sup> Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd.

<sup>30</sup> Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd.

<sup>31</sup> I tre av tilfellene fant vi dokumentasjon i feltet for den faglig ansvarliges standpunkt tilhørende vedtaket, og i et tilfelle fant vi dette i et notat i pasientens journal datert kort tid etter at vedtaket var iverksatt.

eventuelt somatiske tilstand.<sup>32</sup> Foruten høy helsefaglig kompetanse, er de faglig ansvarlige underlagt særskilte krav til kunnskap om helse- og omsorgslovgivningen, med særlig vekt på reglene i psykisk helsevernloven.<sup>33</sup> Kravet om at faglig ansvarlige skal ta selvstendig stilling til alle vedtak om tvangsmidler, er derfor viktig for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og helsetilstand.

De faglige ansvarlige for vedtak må forutsettes å ha særskilt kompetanse som gjør det mulig å vurdere behovet for fortsatt beltelegging, med utgangspunkt i et hastevedtak med tilstrekkelig begrunnelse, samtaler med de involverte og eventuelt pasienten hvis faglig ansvarlig er fysisk til stede. At faglige ansvarlige vurderer opprettholdelse kan derfor være et viktig tiltak for å unngå at pasienter blir liggende i belter lenger enn det lovens vilkår åpner for. Behovet for faglig ansvarliges involvering blir ekstra viktig tatt i betraktning våre funn om svakheter ved vedtakene om mekaniske tvangsmidler som i all hovedsak var fattet av en ansvarshavende (se kapittel 3.1 *Vedtak om tvangsmidler*). Ombudet har også merket seg at kontrollkommisjonen har rettet kritikk mot sykehuset for mangelfulle begrunnelser av hastevedtak (se kapittel 7. *Klage og kontroll*). Samlet viser dette også et stort behov for opplæringstiltak, særlig rettet mot ansatte utpekt som ansvarshavende (se kapittel 6.3. *Opplæring*).

#### 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 faglig ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler.

<sup>32</sup> Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

<sup>33</sup> Psykisk helsevernforskriften § 5 første ledd.

## 4 Ivaretakelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.<sup>34</sup> For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.<sup>35</sup> En lege bør se til pasienter i belter så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom.<sup>36</sup> Pasienten skal så langt som mulig kunne spise og drikke selv og få ivaretatt behov for å gå på toalettet på en verdig måte.<sup>37</sup> Ivaretakelsen av beltelagte pasienter bør være godt dokumentert.<sup>38</sup>

Ifølge sykehusets prosedyrer skulle gjennomføringen av vedtak om mekaniske tvangsmidler dokumenteres i pasientjournalen, inkludert pasientens reaksjoner på belteleggingen, observasjoner og tiltak. Miljøpersonalet som hadde kontinuerlig tilsyn med pasienten skulle observere, kontrollere og rapportere på forhold som pasientens pustefrekvens, puls, kroppstemperatur, hevelser, mat og væskeinntak, blikk-kontakt og verbal respons. Ved fastspenning i belteseng skulle pasienten regelmessig tilbys å endre stilling for å hindre blodpropp, trykksår og nummenhet.

### Lite systematisk dokumentasjon

Sykehusets dokumentasjon av hvordan pasienten ble ivaretatt mens de var beltelagt gikk i hovedsak fram av løpende notater i pasientjournalen fra sykepleiere, annet miljøpersonale og behandlere. Sykehuset hadde også et eget skjema som miljøpersonalet skulle fylle ut og skanne inn i pasientjournalen. I skjemaet skulle det føres informasjon om somatiske observasjoner, legetilsyn, mat- og væskeinntak, toalettbesøk, hvordan beltene var festet og løpende endringer i dette, personlig hygiene, medisiner og en kode for observasjoner av pasientens tilstand (om pasienten var urolig, sov, samarbeidet med personale osv). Dette skjemaet ble imidlertid ikke brukt systematisk.

Utfra dokumentasjonen var det ofte vanskelig å få et klart inntrykk av hvordan sykehuset fulgte pasientene opp mens de var beltelagt. Bortsett fra voldsrisikovurderinger, som gjennomgående ble regelmessig dokumentert, var det nokså stor variasjon om og på hvilken måte observasjoner, vurderinger og tiltak ble beskrevet.

Ofte ga journalnotatene svært lite informasjon om pasientens tilstand. Fra et notat som oppsummerte status for en beltelagt pasient gjennom en hel vakt var det eksempel kun vist til at «pasienten må fullfikses i belteseng grunnet stor motorisk uro og forsøk på å skade seg selv ved [tidspunkt]. Ved [tidspunkt] gir pasienten igjen kontakt og låses ut diagonalt med høyre arm og venstre ben fri.» I dette tilfellet var pasienten beltelagt gjennom hele vekten. Dette gir ikke tilstrekkelig informasjon om hvordan pasientens behov er ivaretatt under belteleggingen.

<sup>34</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd.

<sup>35</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 7.

<sup>36</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

<sup>37</sup> 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.

<sup>38</sup> Helsepersonelloven § 40. Se også bl.a. EMD, *Bureš mot Tsjeckia*, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, avsnitt 103.

Det varierte i hvilken grad journalen viste om ansatte forsøkte å etablere dialog med pasienten som var beltelagt. Ofte var det ingen beskrivelser av om dialog var forsøkt, selv om pasientene hadde vært beltelagt i mange timer. Dette er ikke i samsvar med sykehusets egne prosedyrer.

Manglende systematisk dokumentasjon av pasientens tilstand gjør det vanskelig å vurdere om vilkårene for mekaniske tvangsmidler fortsatt er oppfylt (se kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*). Den manglende systematikken gjør det også vanskeligere å fange opp symptomer på forverret helsetilstand som krever oppfølging og behandling.

Det framsto tilfeldig om det var journalført opplysninger om pasientenes mat- og væskeinntak, og i flere tilfeller var det ingen eller svært begrenset informasjon om dette, også i tilfeller der belteleggingen hadde vart i mange timer og over ett døgn. Ombudet har ikke funnet holdepunkter for manglende tilbud om mat og drikke under beltelegging. Samtidig vil vi understreke behovet for god dokumentasjon av hvordan pasientenes grunnleggende behov ivaretas mens de er beltelagt.

### Legetilsyn

Legetilsyn ved beltelegging er blant annet viktig for å avdekke og behandle underliggende psykiske eller somatiske årsaker til uro gjennom kliniske undersøkelser og vurdering av behov for ytterligere behandlingstiltak (se ytterligere om legens rolle ved beltelegging i kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*). Ifølge sykehusets prosedyrer skulle beltelagte pasienter ha tilsyn av lege så fort som mulig for en vurdering av videre tiltak. På kveld, natt og i helgene var det normalt vakthavende lege, mens på dagtid kunne tilsynet gjøres av den faglig ansvarlige. Prosedyrene fastsatte at vakthavende lege skulle tilse pasienten minst hver åttende time, og skulle da blant annet vurdere behovet for belteleggingen.

Legetilsyn ble som regel gjennomført minst hver åttende time, men det kunne gå flere timer fra en pasient ble beltelagt, til det første beltetilsynet ble gjennomført. I ett tilfelle gikk det over fem timer fra pasienten ble beltelagt, til pasienten ble tilsett av lege. Vi har også sett eksempler på at det har gått mer enn åtte timer mellom legetilsyn. Dette er i strid med anbefalinger fra CPT om at lege skal se til beltelagte pasienter så fort som mulig.<sup>39</sup>

### Forhold som øker risiko for nedverdiggende behandling

I noen tilfeller fant vi at en pasient som var beltelagt i over 18 døgn ikke ble fulgt til toalettet fra beltesengen, men måtte bruke en beholder for å urinere. Ombudet anerkjenner at det kan oppstå situasjoner der toalettbesøk kan være svært krevende å tilrettelegge for, men peker samtidig på at pasientene så langt som mulig bør få anledning til å gå på toalettet på en verdig måte. Etter sitt besøk til Norge i 2024, uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.<sup>40</sup> Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Funn under besøket tyder på at personale i noen tilfeller holdt et håndkle opp foran pasientens ansikt dersom pasientene spyttet mye mot dem mens de lå i belter. I ett tilfelle beskrev journalen at en pasient fortalte at belteleggingen ble gjennomført på en brutal måte, og at personalet la et stramt håndkle over pasientens munn. Vi har ikke kunnet verifisere informasjonen nærmere. Generelt vil

<sup>39</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

<sup>40</sup> CPT, rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 03, avsnitt 192.

ombudet likevel understreke at det sterkt frarådes å dekke til beltelagte pasienters munn eller ansikt.<sup>41</sup> Dette kan virke skremmende, vanskeliggjør kommunikasjon og øker risikoen for blokkering av pasientens luftveier. Personalets legitime behov for å verne seg mot spytting må ivaretas på andre måter, for eksempel ved at de dekker til seg selv med verneutstyr, visir eller liknende.

Gjennomgang av avviksmeldinger viste også to tilfeller der personalet ikke hadde ført kontinuerlig tilsyn med pasienter som var beltelagte. Slike lovbrudd utgjør risiko for pasientsikkerheten og ombudet forutsetter at sykehuset har iverksatt tiltak for å redusere faren for at det skjer igjen.

### **Tiltak for å dempe belastning og forebygge skader under beltelegging**

Ved sammenhengende bruk av belter over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «friere forpleining». Dette innebærer løsning av belter, få påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i stedet for belteseng.<sup>42</sup> Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres.<sup>43</sup> Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.<sup>44</sup>

Sykehusets dokumenterte normalt hvordan pasienten var beltelagt ca. hver andre time. Friere forpleining ble gjennomført ved at armer og bein ble løsnet opp diagonalt (for eksempel høyre fot og venstre arm), eller ved å sette på forlengere for noe økt bevegelsesfrihet. Mobile belter ble også aktivt brukt. Disse tiltakene var gjennomgående dokumentert i pasientenes journaler.

Vi fant imidlertid også eksempler på at pasienter ble liggende svært lenge i belter uten tegn til forsøk på å løse delvis opp, og uten at det ble dokumentert hvorfor dette ikke var gjennomført. I to tilfeller tydet dokumentasjonen på at pasientene lå fastspent i belteseng uten forsøk på lettelsener eller endring av posisjon i omkring tolv timer. En av disse pasientene ble i løpet av perioden tilsett av lege, som gjorde en kort vurdering av beltene, men avstod fra ytterligere undersøkelse fordi pasienten sov. Begge pasienter sov i deler av perioden (se også kapittel 5.2. *Særlig om søvn*). Dette er uheldig og øker risikoen for ubehag og trykksår.

### **Involvering av pårørende**

Både pasienten og deres nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.<sup>45</sup> Våre funn tyder på at pårørende stort sett ble underrettet per telefon og fikk vedtak tilsendt i posten. Det var imidlertid ikke alltid klart om pårørende hadde blitt informert om tvangsmiddelbruken, eller om informasjonsdelingen handlet om andre tema. Pårørende har rett til å klage på vedtak om tvangsmidler til kontrollkommisjonen, og informasjon om vedtaket er en forutsetning for at pårørende skal kunne bruke klageretten.<sup>46</sup>

I noen svært langvarige beltelegginger ønsket pårørende å få besøke pasientene. I personalgruppa mente enkelte at sykehuset hadde en generell regel om at pasienter ikke kunne få besøk mens de var

<sup>41</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006) 35, avsnitt 48.

<sup>42</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd.

<sup>43</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd siste setning. 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.

<sup>44</sup> Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 129 følgende.

<sup>45</sup> Forskrift om psykisk helsevern § 27 annet ledd.

<sup>46</sup> Psykisk helsevernloven §4-8 femte ledd.

i belter. Kontakt med pårørende kan være en trygghet for pasienten, og kan bidra med nyttig informasjon om tilnærming overfor pasienten for å avslutte en beltelegging. Alle som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern har i utgangspunktet rett til å motta besøk, og det er ikke adgang til å ha generelle regler som forbyr besøk under beltelegging.<sup>47</sup> Sterke behandlingsmessige, velferdsmessige eller sterke hensyn til nærstående kan begrunne unntak, men det må begrunnes konkret.<sup>48</sup>

#### **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 beltelagte pasienter alltid tilses av lege så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom inntil tiltaket avsluttes.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.

---

<sup>47</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 første ledd.

<sup>48</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 andre 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.<sup>49</sup> I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.<sup>50</sup> 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.<sup>51</sup> 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 ved gjentatt bruk av tvangsmidler, bør det også vurderes å involvere en annen lege og å overføre den aktuelle pasienten til en mer spesialisert institusjon.<sup>52</sup>

Den videre gjennomgangen i dette kapittelet bygger på en undersøkelse av 28 plasseringer i belteseng i perioden 1. januar til 10. november 2025.

### 5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.<sup>53</sup> Belteleggingen må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden de benyttes.<sup>54</sup> Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.<sup>55</sup>

En vurdering av om en beltelegging skal opprettholdes, må inneholde en tydelig beskrivelse av den konkrete situasjonen og hvorfor belteleggingen fortsatt er uomgjengelig nødvendig. Det er ikke tilstrekkelig med en ren fakta-beskrivelse av situasjonen eller av pasientens opptreden.<sup>56</sup>

Noen pasienter var beltelagt i kort tid. I et par beltelegginger vi gjennomgikk ble tiltaket avsluttet i løpet av 1-2 timer. 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 nokså regelmessig og godt beskrevet hvordan pasienten opptreden og tilstand var under belteleggingen, slik at en samlet sett fikk et inntrykk av behovet for å opprettholde

<sup>49</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.

<sup>50</sup> CPT, Rapport etter besøk til Danmark CPT/Inf (2014)25, avsnitt 121.

<sup>51</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.1.

<sup>52</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

<sup>53</sup> Vedtatt lovfestet i psykisk helsevernloven § 4-2 a, ikraft fra 1. juni 2026. Lovendringen innebar ingen endring av gjeldende rett, jf. Prop. 31 L (2024-2025), kapittel 5.1.

<sup>54</sup> 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.

<sup>55</sup> 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.

<sup>56</sup> EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

belteleggingen. I noen få tilfeller fant vi uttrykkelige vurderinger av hvorfor pasientens tilstand gjorde at belteleggingen ikke kunne avsluttes, som at:

«pasienten vurderes fremdeles å være i en slik tilstand at [skade på personal] er påregnelig. Pasienten bør vise noe mer stabilitet over tid før det er forsvarlig å ta av belter».

I en del tilfeller kom det fram vurderinger fra personalet om at beltelagte pasienten måtte ha evne til å samarbeide, vise selvkontroll eller lage en avtale med personalet om atferdsendring for å få slippe ut av belter. I noen slike tilfeller syntes sykehuset å sette for høye krav til hva pasienter som ligger i belter, ofte med psykotiske symptomer, skal framvise av samarbeidsevne og kontakt for at beltene skal kunne løses opp. I ett tilfelle omtales pasienten som «...rolig under samtale i seng, men noe manglende reflektering rundt hva h\*n kan gjøre annerledes for å ikke komme i belter.» En pasient som gjentatte ganger lå i belter i mange døgn (i ett tilfelle over 18 døgn sammenhengende), ble flere ganger informert om at beltene kunne avsluttes når h\*n hadde vist mer «egenkontroll» eller samarbeidet. Det er usikkert om pasienten, som var nysyk med psykose, var i posisjon til å forstå hva denne forventningen innebar.

Hovedtendensen var 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 mange tilfeller fant vi svært få opplysninger om pasientens tilstand underveis i belteleggingene. Sykehusets rutine var at det skulle føres opplysninger om bruk av mekaniske tvangsmidler i protokollen minimum hver 2. time og ved endringer. Informasjon om pasienten og eventuelle vurderinger som ble gjort underveis kom i flere tilfeller i hovedsak fra disse. I disse notatene var det kun journalført tidspunkt og en kort setning som svært ofte handlet om hvordan beltene var festet, for eksempel «5 pkt. mobile belter», eller «fullt fiksert i belteseng». I noen tilfeller var det journalført noe ytterligere informasjon, for eksempel om pasienten sov eller var urolig, eller at «friere forpleining» var vurdert. Av og til ble de brukt bokstavkoder for å beskrive pasientens tilstand, eksempelvis «B» for «moderat uro» og «E» for «Pas. våken og rolig, samarbeider ikke».

I en del tilfeller tydet dokumentasjonen på at fortsatt beltelegging var ulovlig. I ett tilfelle ble det beskrevet at pasienten hadde samarbeidet fint gjennom natten og ba om å bli løst ut av beltene på morgenen, men hadde fått beskjed om å vente på ny vurdering til ansatte fra dagvaktskiftet kom på jobb. For denne pasienten var det i en periode på elleve timer beskrevet at pasienten enten var våken og samarbeidet eller sov, uten at det kom fram noen vurdering av om belteleggingen skulle avsluttes. I en annen beltelegging som varte i over 18 timer, var det dokumentert to legetilsyn. I det første tilsynet ble det beskrevet at pasienten ved spørsmål om beltene virker «lite bevisst dem, benekter at det er plagsomt, foreslår selv at det beholdes så lenge det er nødvendig». Samtidig beskrev legen at pasienten var «tillitsfull og samarbeider», uten at noen nærmere vurdering av hvorfor pasienten likevel skulle forbli beltelagt. Ved det neste legetilsynet kom det fram at pasienten sov. Det som var dokumentert i disse tilfellene tilsier at lovens strenge vilkår for bruk av tvangsmidler ikke var oppfylt i hele perioden belteleggingene pågikk.

En pasient ble gjentatte ganger beltelagt i mange døgn, det lengste oppholdet varte i over 18 døgn. I dette forløpet tok det cirka to døgn før vi fant en fornyet beskrivelse av pasientens atferd og behov for beltene. Selv om pasienten gjennom det svært langvarige beltetforløpet hadde flere episoder med fysisk utagering mot personalet, var det også lange perioder (inkludert hele vakter) der det framgikk at pasienten var rolig og samarbeidet, eller sov. Så langvarig beltelegging gir høy risiko for brudd på

forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, og det bør derfor dokumenteres svært nøye at beltene ikke ble opprettholdt lenger enn det som var uomgjengelig nødvendig.<sup>57</sup>

Etter sykehusets prosedyrer skulle varighet av mekaniske tvangsmidler i over åtte timer begrunnes særskilt i journal. Vakthavende lege skulle vurdere behovet minst hver åttende time og dokumentere dette i journal. Instruksen er forenlig med EMDs praksis, som vektlegger om pasienten jevnlig tilses av lege for å gjøre vurderinger av behovet for beltelegging.<sup>58</sup> Også CPT har uttalt at dersom belteleggingen varer i flere timer, bør en lege vurdere saken med korte intervaller.<sup>59</sup>

Våre funn viste imidlertid at denne rutinen ikke ble fulgt. Beltelegginger som varte i over åtte timer ble gjennomgående ikke begrunnet i pasientens journal. Ved legetilsynene ble behovet for å opprettholde vedtaket kun unntaksvis dokumentert i journalen. De samme manglene gjaldt sykepleienotatene. Vår journalgjennomgang viste at legene som regel kun dokumenterte pasientens allmenntilstand og at beltene ikke var festet for stramt. Pasientens somatiske og psykiske tilstand utover dette ble noen ganger gjengitt kort, men vi fant bare helt unntaksvis at behovet for å opprettholde tvangsmiddelbruken ble kommentert. Det var heller ikke alltid legetilsyn ble gjennomført hver åttende time, i noen tilfeller tok det atskillig lenger mellom hvert legetilsyn og derfor mellom hver gang en lege hadde grunnlag for å vurdere avslutning av beltene (se kapittel 4 *Ivaretagelse av pasienter som er i belter*).

Sykehusets manglende, eller svært mangelfulle, vurderinger av grunnlaget for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler utgjør en alvorlig rettssikkerhetssvikt.

## 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».<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup>

I 14 av forløpene vi har gått igjennom, var det dokumentert at pasienten sov i belter. I enkelte tilfeller var det sporadisk søvn, mens pasienter i andre tilfeller sov i mange timer. Vi fant eksempler på at pasienten fikk friere forpleining ved at beltene ble løst opp «diagonalt» (med for eksempel høyre hånd og venstre ben fri) under søvn, men vi har kun funnet ett eksempel på at noen har blitt løst helt ut av beltene mens de sov.

Vi fant det dokumentert at fem beltelagte pasienter sov hele natten uten at vi fant noen vurdering av om tiltaket kunne avsluttes. I flere andre tilfeller fant vi også lengre strekk med sammenhengende søvn. En pasient som ble fastspent i belteseng to timer før, sov for eksempel 6,5 timer fra ettermiddagen kl. 13:30 til kl. 20:00 på kvelden, før pasienten igjen sov 5 timer og 15 min fra kl. 23:45 til 05:00. Det var ingen dokumenterte vurderinger av behovet for belter i dette tidsrommet, kun

<sup>57</sup> Se bl.a. EMD, *Lavorgna mot Italia*, 7. november 2024, klagenr. 8436/21, avsnitt 115.

<sup>58</sup> EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 112.

<sup>59</sup> CPT, *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 4.2.

<sup>60</sup> Helsedirektoratet (2017). *Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8*. (Siste faglige endring 31. juli 2025).

<sup>61</sup> EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, 112 til 114.

opplysninger om justeringer av beltene. Så lange tidsrom med manglende dokumenterte vurderinger gir grunn til alvorlig bekymring.

Personalgruppa hadde ulike synspunkter når det gjaldt beltebruk og søvn. Noen mente at beltene kunne avsluttes under søvn, også på nattetid. Andre mente at det i praksis var vanskelig å få til, særlig på natt, når det var færre ansatte til stede. Flere av disse påpekte at det å løsne beltene ga risiko for å vekke pasienten. De viste til behov for å unngå og forstyrre pasienter som hadde sovnet, ettersom mange hadde sterkt behov for søvn. Enkelte trakk fram usikkerhet om pasientene ville være urolige eller aggressive når de våknet igjen, og pekte på behov for å se at pasienten var stabil og rolig over noe tid, og at det ikke var mulig å vurdere dette hvis pasienten sov. Ombudet understreker at bruk av mekaniske tvangsmidler er et svært inngripende tvangsmiddel og at det er ulovlig å benytte det som et forebyggende tiltak eller «for å være på den sikre siden».

Samlet var sykehusets praksis at beltelagte pasienter som regel ikke ble løst ut av belter når de sov, heller ikke om natten eller når de ellers sov over lengre tid. Beltelegging av sovende pasienter vil lett komme i strid med lovens strenge vilkår for bruk av mekaniske tvangsmidler. Å våkne fra søvn i en belteseng kan oppleves traumatisk. Å unngå at pasienter sover i belter er et viktig forbedringsområde for sykehuset.

### 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*, mener Sivilombudet at de dokumenterte opplysningene tyder på at pasienten ble liggende for lenge i belter fordi den akutte faresituasjonen ikke lenger var til stede. Det er alvorlig. Videre viser vår gjennomgang at sykehuset i flere tilfeller dokumenterer for dårlig hvorfor pasienter blir liggende i belter så lenge som de gjør. Også dette er et alvorlig funn.

Ombudet betviler ikke at vurderinger om opprettholdelse eller opphør av belter også drøftes muntlig, i overlappsmøter og liknende, men understreker betydningen av at begrunnelsene for bruken dokumenteres.

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.<sup>62</sup> 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.<sup>63</sup> 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

---

<sup>62</sup> HR-2008-88-A, avsnitt 58.

<sup>63</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

kan benytte overfor pasienter. Det vil også gjøre det vanskeligere å lære av feil og å drive utviklingsarbeid.

Gode begrunnelser er også 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.<sup>64</sup> 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.<sup>65</sup> Varigheten mellom slike konsultasjoner er også vektlagt i saken *Lavorgna mot Italia*.<sup>66</sup> 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.<sup>67</sup> Norske domstoler vil tillegge disse avgjørelsene betydelig vekt ved prøvingen av tilsvarende spørsmål.<sup>68</sup>

#### Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

8. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
9. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.
10. Sykehuset bør gå i dialog med personalgruppa om tiltak for å unngå at pasienter sover i belter.

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

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

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

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

<sup>68</sup> HR-2015-1405-A avsnitt 20-22.

## 6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Statlige myndigheter er forpliktet til å iverksette tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>69</sup> 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 overordnet målet alltid bør være å forhindre bruk av tvangsmidler i størst mulig grad.<sup>70</sup>

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.<sup>71</sup> Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.<sup>72</sup>

### 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.<sup>73</sup> CPT har anbefalt at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for bruk av tvangsmidler, som ledd i dette arbeidet.<sup>74</sup>

Sykehuset hadde detaljerte prosedyrer for bruk av mekaniske tvangsmidler og for gjennomføring av ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler.

Ledelsen for Psykiatrisk sykehusavdeling fulgte med på bruken av tvangsmidler i avdelingen gjennom jevnlig statistikkuttrekk. Lederne på sengepostene fikk tilsendt alle tvangsmiddelvedtak fra sine poster til gjennomgang. Oversikt over tvangsmiddelvedtak hadde tidligere vært fast tema på morgenmøtene i postene, men etter at sykehuset gikk over til nytt journalsystem i mai 2024 var denne praksisen ikke videreført. Regelmessig gjennomgang av tall på tvangsmiddelbruk framstår som et viktig verktøy i sykehusets forebyggende arbeid. Flere ansatte på ulike nivåer beskrev at sykehusets ledelse var opptatt av å redusere bruken av tvang, fulgte med på den overordnede tvangsbruken, og stilte spørsmål ved langvarig beltebruk. Dette kunne skje i forbindelse med faste møter, for eksempel i behandlingsmøtene, eller i særmøter om enkeltpasienter som ble utsatt for mye tvang. Statistikk om tvangsbruk ble også tatt opp i kvalitetsrådene, som er sykehusets organ for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

---

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

<sup>70</sup> CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

<sup>71</sup> Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

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

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

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

Avdelingsledelsen problematiserte selv kvaliteten på tvangsmiddelvedtakene, og begrunnet oppmerksomheten blant annet med tilbakemeldinger fra kontrollkommisjonen høsten 2025. Ledelsen hadde som respons på tilbakemeldingene laget et skriv om vedtak om tvangsmiddel for å veilede de ansatte. Skrivet klargjorde ansvarsvaktens myndighet til å treffe hastevedtak ved behov, og ga veiledning om hvordan vedtakene skal utformes for å være i tråd med psykisk helsevernloven. Avdelingsledelsen framsto som fremoverlente i arbeidet med å sikre faglig kvalitet og juridiske vurderinger ved bruk av mekaniske tvangsmidler. Ledelsen uttrykte selv bekymring over bruk av belter ved søvn. I lys av funnene (se kapittel 5 *Vurderinger av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*) er det imidlertid behov for økt involvering av ledelsen i oppfølging og dialog med miljøpersonalet og behandlergruppen knyttet til fortløpende vurderinger av beltebruk.

Sykehusets prosedyre for bruk av mekaniske tvangsmidler fastslo at det skulle holdes minst én samtale med personalet etter bruk av tvangsmidler. Det skulle som et minimum holdes en kort gruppesamtale samme dag som hendelsen, som kunne bli etterfulgt av en mer strukturert gruppesamtale noen dager etter tvangsmiddelepisoden. Målet med samtalene var blant annet å evaluere hendelsen og forebygge fremtidig tvangsbruk. Samtaler med ansatte tydet på at det ble gjennomført slike samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler, men at det ikke var noe system for å sikre at læring fra disse gjennomgangene ble tatt i bruk.<sup>75</sup>

## 6.2 Fysiske forhold

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.<sup>76</sup> Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».<sup>77</sup>

Lokalene i de besøkte sengepostene tilfredsstilte langt på vei disse anbefalingene (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*). Flere trakk fram at overgangen til nytt bygg hadde vært positiv. Det skyldes både at det moderne bygget i seg selv var et bedre sted å komme til som pasient, og at bygningsmessige forhold gjorde det lettere å løse konflikter og tilspissede situasjoner. En omorganisering av personalgruppene ved overgang til nytt bygg hadde også bidratt til læring og kulturutvikling.

## 6.3 Opplæring

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring hos ansatte om regelverk og konfliktforebyggende kommunikasjon er sentralt for å anvende alternativer til tvang.<sup>78</sup>

Alle ansatte i miljøpersonalet var pålagt å gjennomføre et to-dagers kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk) hvert fjerde år. MAP er et opplæringsprogram for å øke forståelsen,

---

<sup>75</sup> Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2-råd nr. 4 (Siste faglige endring 14. desember 2021).

<sup>76</sup> Reducing mechanical restraint and seclusion in acute mental health inpatient wards - Human Rights and Biomedicine, og Boka: Coercion and Violence in Mental Health Settings – oppsummeringen av kapittelet omtalt på s. 228 i Nasjonalfaglige råd pkt 2 med videre henvisning til Husum et al., 2014, (Borckardt et al., 2011, van Der Schaaf et al., 2013). Madan et al., 2014

<sup>77</sup> Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3. (Siste faglige endring 14. desember 2021)

<sup>78</sup> Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3-råd nr. 2 (Siste faglige endring 14. desember 2021).

forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk.<sup>79</sup> Det inkluderer opplæring, blant annet i konfliktforebyggende kommunikasjon og deeskalering. Ledelsen fulgte med på dette og fikk varsel dersom ansatte ikke hadde gjennomført kurset.

I tillegg hadde sykehuset treninger i MAP-metodikken og simuleringstrening (trening på praktiske scenarier i posthverdagen) i gymsalen hver uke. Fagsykepleier skulle organisere disse treningene og annen veiledning. På besøkstidspunktet holdt sykehuset på å ansette nye fagsykepleiere (én per døgnpost i 25 prosentstilling) etter at de forrige hadde sluttet. Når fagsykepleiere kom på plass, forventet ledelsen mer systematisk oversikt over deltakelse på treninger. Natt- og helgevakter hadde ikke faste MAP-treninger i sin arbeidstid, og behovet for dette hadde blitt tatt opp av nattevaktene. Annenhver uke var det i tillegg kurs i bruk av mekaniske tvangsmidler. Her ble ansatte plukket ut for å delta i trening, og de som var nye, eller ofte i situasjoner hvor det kunne bli behov for å bruke belter, ble prioritert.

God kunnskap og ferdigheter i konfliktdepende kommunikasjon er sentralt for å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, og det er derfor positivt at sykehuset hadde sikret at ansatte har nødvendige basiskunnskaper om dette. Ombudet understreker samtidig betydningen av å sikre regelmessig vedlikeholdstrening i disse ferdighetene og på trygg og skånsom bruk av mekaniske tvangsmidler.

Det ble ikke gjennomført systematisk opplæring i lovverket bortsett fra et obligatorisk nasjonalt e-læringskurs for nyansatte. Heller ikke ansatte som fungerte som ansvarshavende for hastevedtak om tvangsmidler fikk noen tilpasset opplæring i å fatte vedtak, men fikk bistand av erfarne kolleger. I tillegg var det nylig laget et informasjonsskriv om utforming av hastevedtak for ansvarsvaktene (se kapittel 6.2. *Fysiske forhold*). For legene i spesialisering ble opplæring i hvordan vedtak skulle fattes tatt opp i veiledning, men ikke i noen egen opplæring. Vi viser til dokumentgjennomgangen om til dels alvorlige svakheter i vedtakene om mekaniske tvangsmidler (se kapittel 3 *Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler*) og særlig i de løpende vurderingene av opprettholdelse eller opphør av beltelegging (se kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*). I tillegg fant vi flere andre svakheter som tilsier et behov for tilpasset opplæring og økt bevissthet om hva lovgivningen krever av dokumentasjon for så inngripende tiltak, særlig for de ansvarshavende. Vi har i vår gjennomgang blant annet sett eksempler på:

- At det ble henvist til feil innleggelsesparagraf og feil innleggelsestidspunkt i vedtaket.
- At det ble vist til ulike tidspunkt for iverksettelse av tvangsmidlet i vedtaket og i påfølgende notater om gjennomføring av tvangsmiddel, slik at det var uklart hvor lenge pasienten ble liggende i belter. Det kan også bidra til feil i sykehusets tvangsstatistikker.
- Det var i noen tilfeller uklart hva slags tvangsmidler vedtaket omfattet. I ett vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, var det for eksempel krysset av for at kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede og kortvarig fastholding var benyttet, men ikke for mekaniske tvangsmidler. Slikt kan skape uklarhet i ettertid om hvilke tvangsmidler som ble brukt.

---

<sup>79</sup> MAP er utviklet av Sifer og de regionale helseforetakene. Programmet er anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern.

- Noen vedtak beskrev situasjoner som framstår som om personalet gikk ut av pasientrommet og stengte døren for pasienten. Dersom dette er tilfelle, må vilkårene for isolering være oppfylt og det må fattes et eget vedtak om dette.
- I noen tilfeller ble det beskrevet at pasienter som hadde skjermingsvedtak ble fastholdt for å få pasienten tilbake til skjermingsrommet uten at det ble fattet et tvangsmiddelvedtak.
- I ett tilfelle framsto det som om pasienten ble lagt kortvarig i belter umiddelbart etter at en annen beltelegging var avsluttet, uten at dette ble vedtaksført.

#### 6.4 Pasientinvolvering

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.<sup>80</sup> 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.

Ifølge sykehusets rutiner skulle ettersamtaler med pasienter etter tvangsmiddelbruk gjennomføres så snart som mulig og notat fra samtalen skulle journalføres.

Vår gjennomgang viste at ettersamtaler ikke ble gjennomført systematisk i etterkant av bruk av mekaniske tvangsmidler. I vår gjennomgang fant at det i ca. halvparten av forløpene var dokumentert ettersamtale i journal (eller at dette hadde blitt tilbudt, men avslått av pasienten). I tilfellene hvor det var dokumentert at ettersamtale var gjennomført, var det likevel ikke alltid journalført noe notat fra samtalen. Vi fant også tilfeller av at ettersamtalen gjaldt bruk av flere ulike tvangsmidler over et lengre tidsrom. Det er uheldig at flere tvangstiltak «samles opp», blant annet fordi samtalen skal skje så snart som mulig etter at det enkelte tvangsvedtaket er avsluttet.<sup>81</sup>

I ett tilfelle fant vi at en pasient som hadde uttrykt at vedkommende hadde det vanskelig etter bruk av tvang, hadde fått beskjed om at om å etterspørre ettersamtale selv ved behov. Dette er en uheldig måte å møte pasientens opplevelse om inngripende tvangsbruk på, og undergraver muligheten til kvalitetsforbedring og reetablering av relasjonen til pasienten.

Vi fant også eksempler på at viktig informasjon om pasienters opplevelse av tvangsbruk kunne være dokumentert andre steder enn i notater fra gjennomførte ettersamtaler, uten å bli fanget opp i forbindelse med vurdering av nye beltelegginger. I ett tilfelle hvor en pasient var beltelagt i nesten fem døgn, så pasientens ønske om å få et spesifikt medikament ut til å bidra til at beltene ble avsluttet to timer etter, men dette tiltaket så ikke ut til å bli fanget opp og videreført i senere tilfeller der mekaniske tvangsmidler var benyttet. Dette viser at sykehuset må sikre at pasienters erfaringer og forslag samles, deles og brukes aktivt for å forebygge langvarig tvangsmiddelbruk.

Sykehuset hadde iverksatt et forbedringsprosjekt for å sikre at ettersamtalene med pasientene ble gjennomført, at funnene fra samtalene ble forankret i behandlingsmøter og at arbeidet med å innhente pasientenes synspunkter ble systematisert. På besøkstidspunktet var prosjektet delvis implementert. Det er positivt at sykehuset selv har identifisert behov for å styrke arbeidet med å innhente og bruke pasientenes erfaringer med tvangsbruk. Ombudet minner samtidig på at slike samtaler har vært lovpålagt siden 2017. Ettersamtalene skal bidra til å forebygge tvang overfor

<sup>80</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd

<sup>81</sup> Helsedirektoratet, rundskriv til psykisk helsevernloven, kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-2.

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 også ved senere innleggelser. Det er viktig at sykehuset har et system for dette.

## 6.5 Andre tiltak for å forebygge tvangsmiddelbruk

Over de siste årene har sykehuset satt i gang flere prosjekter hvor en av målsetningene har vært å forebygge bruk av tvangsmidler. Samlet sett framsto ledelsen for Psykiatrisk sykehusavdeling som fremoverlente ved å innføre prosjekter som kunne bidra til redusert tvangsbruk.

### SPIS ambulant team

1. januar 2023 startet Sykehuset i Vestfold opp et ambulant tilbud til pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Dette prosjektet ble trukket fram som en årsak til reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler på avdeling A, som tradisjonelt tok imot pasienter med spiseforstyrrelser. Det ble fremhevet at den ambulante tilnærmingen gav en bedre terapeutisk relasjon, tillit til systemet og evne til å ta imot hjelp enn ved innleggelse. Vi fant ingen eksempler på at mekaniske tvangsmidler hadde blitt brukt for å tvangsernære pasienter i det materialet vi gikk igjennom.

### Innføring av «Krisepakke – Ullevålmodellen for behandling av pasienter i krise»

Pasienter med vedvarende selvmords- og selvskadingsproblematikk ble også beskrevet som en pasientgruppe med høy risiko for å gjentatte innleggelser med omfattende bruk av belter og andre tvangsmidler.

For å møte den sistnevnte pasientgruppa på en bedre måte hadde PAM innført «Krisepakke – Ullevålmodellen for behandling av pasienter i krise» i mars 2024. Behandlingsmodellen ble utviklet på Ullevål sykehus i 2020, og innebærer blant annet tydelige rammer for innleggelsen for pasienter i krise, og korte innleggelser på en til to dager. Behandlingsforløpet innebærer strukturerte krisesamtaler, klare planer for innleggelsen og at man lager en kriseplan sammen med pasienten. Modellen er basert på at pasientene i all hovedsak er frivillig innlagt. Erfaringen på sengepostene vi besøkte var at når pasienter er frivillig innlagt, og samtidig vet hva de kan forvente underveis i innleggelsen, ble innleggelsen enklere å forholde seg til, med redusert tvangsbruk som resultat. Vi så eksempler på at krisepakken var i bruk i vår gjennomgang av dokumentasjon fra sykehuset.

### Forebygging av mekaniske tvangsmidler

11. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og opplæring.
12. 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.

## 7 Klage og kontroll

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal derfor ha en kontrollkommisjon.<sup>82</sup> Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontroll med tvangsinnleggelse, gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.<sup>83</sup>

Kontrollkommisjonen ved sykehuset i Vestfold besøkte sengepostene ukentlig. Da gjennomførte de klagesaksbehandling, kontroll med tvangsinnleggelse og velferdskontroll. Kommisjonen hadde faste dialogmøter med sykehuset fire ganger i året og tok ellers opp tema med avdelingsoverlege ved behov.

I velferdskontrollene gjennomgikk kommisjonen blant annet alle tvangsmiddelvedtak og snakket med pasienter. Kontrollkommisjonen gikk inn i sengepostene, hilste på nye pasienter og tilbød samtale til de som ønsket det.

Kommisjonen hadde i løpet av perioden 1. januar 2025 til 10. november 2025 behandlet seks saker der pasienter hadde klaget på bruk av mekaniske tvangsmidler. Flere av kommisjonens vedtak behandlet klager fra pasienter på flere beltevedtak.<sup>84</sup> I én av disse ble klagen om bruk av mekaniske tvangsmidler tatt til følge. I kommisjonens vedtak ble det lagt vekt på at sykehuset ikke hadde dokumentert at vilkårene for å opprettholde belteleggingen var til stede i hele perioden belteleggingen varte, der det var uklart om pasienten i en lengre periode sov i beltene. Flere av de andre vedtakene fra kommisjonen bar imidlertid preg av en for lite intensiv kontroll av om vilkårene for tvangsmiddelvedtaket var oppfylt i hele perioden belteleggingen hadde pågått. En annen svakhet var at kommisjonen i liten grad så ut til å ha vektlagt belastningen for pasienter med gjentatte beltelegginger og annen tvangsmiddelbruk.

Som ledd i kontrollen med tvangsmiddelvedtak hadde kommisjonen høsten 2025 orientert sykehuset om at en rekke vedtak ikke var tilstrekkelig begrunnet. Kommisjonen understreket at alle tvangsmiddelvedtak må stå på egne bein, og at begrunnelsen for at de strenge vilkårene i loven er oppfylt må framgå av vedtaket. Kommisjonen presiserte også at vilkåret om at tvangsmiddelbruken var «uomgjengelig nødvendig» gjelder i hele perioden pasienten er underlagt tvangsmiddelet. Kommisjonens opplysninger viste at de også tidligere samme år hadde tatt opp liknende forhold med sykehuset. Denne typen tilbakemeldinger er et viktig ledd i kommisjonens oppgave om å ivareta pasientenes rettssikkerhet. Ombudet har notert seg at sykehuset hadde fulgt opp dette blant annet med å lage et informasjonshefte til ansatte om krav til utforming av hastevedtak om tvangsmidler.

Fordi få pasienter klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler, er kontrollkommisjonens egne undersøkelser sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter. Kontrollkommisjonen opplyste at den gikk gjennom alle tvangsmiddelvedtak fattet ved seksjonene for å kontrollere om lovens vilkår for oppfylt. Eventuelle merknader til sykehuset fra kontrollen ble formidlet muntlig og skriftlig til sykehusets ledelse.

---

<sup>82</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>83</sup> Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften § 51 flg. samt § 62 og § 63

<sup>84</sup> Vi fikk opplyst at pasientene totalt hadde klaget på 27 vedtak om belter. Åtte av disse ble trukket før klagen var realitetsbehandlet.

På tidspunktet for besøket var det ikke etablert et system som ga oversikt over hvilke tvangsmiddelvedtak som var gjennomgått av kommisjonen. Protokollene fra kommisjonens møter beskrev som regel kun hvor mange vedtak per post som var gjennomgått, uten å dokumentere opplysninger om tidspunkt for vedtakene, navn på pasientene og kommisjonens vurderinger. Kommisjonens kontroll med tvangsmiddelvedtakene var dermed vanskelig å etterprøve.

Våre undersøkelser viste at kommisjonen i svært få tilfeller 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 kvalitet.

#### **Klage og kontroll**

13. Kontrollkommisjonen bør styrke sin behandling av klager om mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av beltelegging.
14. 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](mailto:postmottak@sivilombudet.no)  
[www.sivilombudet.no](http://www.sivilombudet.no)



Foto: Sivilombudet