



SIVILOMBUDET

SYKEHUSET I VESTFOLD HF
Postboks 2168
3103 TØNSBERG

Vår referanse
2025/5748

Deres referanse
5e5409df-5e07-4ffe-
a2f2-1b483baba850

Vår saksbehandler
Johannes Flisnes Nilsen

Dato
30.09.2026

Sivilombudets svar på handlingsplan fra Sykehuset i Vestfold HF etter besøksrapport

Vi viser til tilbakemelding 28. august 2026 fra Sykehuset i Vestfold HF om hvordan Sivilombudets rapport etter besøket 10.–12. november 2025 er fulgt opp.

Sykehuset opplyser at besøksrapporten er grundig gjennomgått i avdelingens ledergruppe og i kvalitetsråd, på seksjonsnivå i personal- og stabsmøter, der ansatte er bedt om å gi innspill til oppfølgingstiltak. Det er også positivt at besøksrapportens funn er gjennomgått for alle ansatte og faggrupper, inkludert ved seksjonene som ikke ble undersøkt av ombudet.

Nedenfor gjennomgår vi sykehusets tiltak for å følge opp besøksrapporten. Der vi ønsker mer informasjon, er dette angitt med uthevet tekst. Vi har satt den aktuelle anbefalingen fra besøksrapporten i parentes for å gjøre sykehusets oppfølging enklere.

1. Guide for god dokumentasjon av tvangsvedtak

Ombudet har i sin dialog med sykehuset understreket at problematiske funn i rapporten om tiltak og vurderinger som er mangelfullt dokumentert, ikke kun handler om dokumentasjonen i seg selv. Mangelfull dokumentasjon gir også bekymring for underliggende svakheter ved vurderinger, tiltak og konkret oppfølging. God dokumentasjon er helt nødvendig for at ledelsen og andre skal kunne ha tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om bruken av mekaniske tvangsmidler skjer i tråd med lovens strenge krav.

Sykehusets arbeid for å heve kvaliteten på sin dokumentasjon er derfor viktig for å følge opp rapportens funn og anbefalinger. Sykehuset har laget en egen guide for å sikre lovpålagt dokumentasjon ved bruk av mekaniske tvangsmidler. Dokumentet har vært på høring internt i avdelingen og det er bred støtte om innholdet. Seksjonslederne har fått ansvar for at guiden brukes i opplæring og at innholdet blir fulgt opp i praksis.

Guiden inneholder viktig informasjon til helsepersonell der mekaniske tvangsmidler brukes. Den omfatter tolkningen av vilkårene i regelverket og hvordan vurderinger og oppfølging av beltelagte pasienter skal dokumenteres i vedtak og i løpende journal.

Ombudet har likevel merket seg at enkeltelementer i guiden ikke er i tråd med regelverket. Selv om det ikke er vår oppgave å vurdere guidens kvalitet, vurderer vi det riktig å gjøre sykehuset oppmerksomme på slike forhold.

Guiden beskriver blant annet hvordan sykehuset skal løse situasjoner der det må treffes nytt vedtak om mekaniske tvangsmidler etter 8 timer, som følge av forskriftsendringene som trådte i kraft 1. juni 2026 (s. 6 i guiden). Det framgår korrekt at slike vedtak ikke kan treffes av ansvarshavende som et hastevedtak. Derimot angis det at slike vedtak kan treffes av «forvakt ... på vegne av bakvakt». Selv om forvakt og bakvakt beskriver en funksjon og ikke sier noe om kompetanse, vil det normalt være en lege i spesialisering som er forvakt, mens en spesialist i psykiatri har bakvakt. Vi minner om at psykisk helsevernforskriftens hovedregel er at det er den faglig ansvarlige som treffer alle vedtak om mekaniske tvangsmidler.¹ I tilfeller der det er aktuelt å videreføre en beltelegging med et nytt vedtak etter åtte timer, vil det ikke være snakk om situasjon med en hastegrad som åpner for at andre enn den faglige ansvarlige kan treffe vedtaket.

Vi gjør også sykehuset oppmerksomme på at vedtak om skjerming *ikke* kan forstås slik at det omfatter vedtak om kortvarig fastholding for å iverksette tiltaket, slik teksten i guiden tyder på (s. 5). Skjerming er videre ikke regnet som et tvangsmiddel. Enhver bruk av kortvarig fastholding forutsetter at vilkårene etter § 4-8 er oppfylt, og det må i tilfelle fattes et eget vedtak om dette.²

2. Økt involvering av fagutviklere ved bruk av tvangsmidler

Sykehuset orienterer også om at fagutviklerne på hver døgnsesjon har tatt initiativ til å etablere faste tidspunkter for drop-in verksted hvor ansatte i posten kan drøfte problemstillinger som gjelder bruk av tvangsmidler og dokumentasjon av dette. Tiltaket framstår som et nyttig kvalitetshevingstiltak som kan heve forståelsen av rettslige krav og legge til rette for økt etisk refleksjon.

3. Heve kompetansenivå hos ansvarshavende

Ifølge sykehuset har ledelsen og fagutviklere utformet et opplæringsprogram for å heve de ansvarshavende sin kompetanse om forståelse av lovkrav, inkludert plikten til å gjøre fortløpende vurderinger av tvangsmiddelbruk og krav til dokumentasjon. Kursinnholdet skal gjennomføres i planlagte seminarer for ca. 60 medarbeidere som har rollen som ansvarshavende i hele avdelingen på sykehuset.

Tiltakene er planlagt og skal gjennomføres i løpet av høsten 2026. Helsepersonell som til enhver tid er ansvarshavende i post har en viktig rolle i å sikre etterlevelse av de strenge reglene om bruk av mekaniske tvangsmidler i situasjoner der faglig ansvarlig ikke er til stede. Disse kompetansehevingstiltakene framstår som viktige og nødvendige steg i prosessen for å følge opp flere av risikomomentene som ble påpekt i besøksrapporten.

¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 femte ledd jf. psykisk helsevernforskriften § 27 første ledd.

² Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernlovens forskrift, kommentarer til § 21 første ledd.

Samtidig minner ombudet om at svakhetene knyttet til mangelfulle vurderinger og dokumentasjon av belteleggingene ikke kun dreide seg om de ansvarshavende. I rapporten framkom det at de faglig ansvarlige gjennomgående ikke tok stilling til om hastevedtak om belter skulle opprettholdes, slik regelverket stiller krav om.

Sivilombudet fremhevet at den faglige ansvarlige har en viktig rolle i å kvalitetssikre slike beslutninger, og at manglende vurderinger kan bidra til at pasienter blir liggende i belter lenger enn loven åpner for. På den bakgrunnen anbefalte vi sykehuset om «å styrke faglige ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler». Vi kan ikke se at vi har mottatt informasjon om hvordan denne anbefalingen er fulgt opp.

Vi ber om en tilbakemelding på hvordan sykehuset har fulgt opp anbefalingen om å styrke faglige ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler (anbefaling nr. 4).

4. Sikre etterlevelse av lovpålagte ettersamtaler

Sykehuset erkjenner et behov for tiltak for å sikre etterlevelse av lovpålagte krav om å tilby pasientene som er utsatt for tvang en «ettersamtale». Dette gjelder spesielt ved Psykiatrisk akuttmottak, der pasienter ofte oppholder seg i kort tid, før overføring til annen post eller utskriving. Sykehuset har utpekt fagutvikler og seksjonsleder på post som hovedansvarlig for å registrere behov og veilede miljøpersonale i gjennomføring.

Videre er et aktuelt tiltak at ettersamtale kan gjennomføres av andre aktører. Sykehuset nevne som konkret eksempel at pasientens faste behandler i poliklinikk kan tilby en slik samtale, dersom en ikke rekker å gjennomføre en ettersamtale under pasientens opphold på sykehuset. Sykehuset vil også jobbe med å finne en god praksis slik at relevant informasjon fra slike samtaler skal kunne legges til grunn ved eventuelle senere vedtak om tvang.

Ombudet har forståelse for praktiske utfordringer med å tilby alle pasienter som utsettes for tvangsmidler en ettersamtale der de skrives raskt ut av sykehus, og har notert oss sykehusets beskrivelse om mulige løsninger. Slik sykehusets svar er formulert, er det likevel uklart om tiltak er iverksatt, om det pågår dialog med andre aktører i helsesektoren, eller om dette fortsatt er på idéstadiet.

Vi kan videre ikke se at sykehuset redegjør for hva slags tiltak som er innført for å sikre tilbud om ettersamtale der pasienter overføres fra akuttmottaket til en av de andre sengepostene på sykehuset. Det er også uklart hvilke rutiner sykehuset har etablert for å sørge for at relevant informasjon fra ettersamtaler brukes systematisk for å forebygge bruk av tvang.

I svaret til oss omtaler sykehuset også forventningssamtaler, som det også arbeides med å sikre en bedre gjennomføring av. Vi antar at dette er en samtale ved innleggelse om tidligere erfaringer med tvang, men det er ikke gitt nærmere informasjon om tiltaket.

Vi ber om at sykehuset klargjør hvilke tiltak som er iverksatt, og eventuelt hva som gjenstår, for å sikre at pasienter som utsettes for tvangsbruk, inkludert belter, får tilbud om minst en samtale om tvangsbruken (anbefaling nr. 12).

5. Leders ansvar

Ifølge sykehuset er det nå tydeliggjort en forventning om at leder er kjent med alle gjennomførte tvangstiltak og at vedkommende gjennomgår dokumentasjon og vurderinger enten samme dag eller første virkedag. Ombudet forstår det slik at ansvaret er gitt til seksjonslederne. Dette er et viktig tiltak, som legger til rette for å følge opp ombudets anbefalinger om å styrke internkontroll og opplæring om bruken av tvangsmidler.

Et annet tiltak er at forløp som defineres som vanskelige meldes som avvik, og skal gjennomgå av et lokalt arbeidsutvalg som skal gjennomgå problemstillinger, vurderinger og tiltak. Disse skal så presenteres i avdelingens Kvalitetsråd for drøfting, læring og identifikasjon av behov for endring. Sykehuset har også etablert et fast læringsforum der saker tas opp med avdelingens leger og psykologer på månedlig basis.

Sykehusets tiltak fremstår som lovende, selv om det ut fra beskrivelsen er uklart hva slags forløp sykehuset sikter til. Vi antar imidlertid at tiltaket er ment å omfatte pasienter som utsattes for gjentatte eller langvarige beltelegginger.

Ombudet har flere ganger etterlyst ytterligere tiltak fra lovgiver, for å bidra til å unngå langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler.³ I påvente av dette, bør sykehusene etablere lokale tiltak for å kunne avslutte langvarige beltelegginger. Rettspraksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) tyder på at dette er nødvendig for å hindre at norske sykehus utsetter beltelagte pasienter for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i strid med EMK artikkel 3.

Den lengste belteleggingen EMD har behandlet varte i over 13 døgn. I den saken konstaterte EMD med brudd på EMK artikkel 3 fordi nødvendigheten av de siste 11 døgnene og 11 timene belteleggingen ikke var tilstrekkelig dokumentert.⁴ Domstolen aksepterte at pasienten utgjorde en vedvarende akutt risiko, men ser blant annet ut til å ha lagt vekt på at de ansvarlige ikke hadde sikret tilstrekkelig rask overføring av pasienten til en mer spesialisert helseinstitusjon.⁵

Vi ønsker mer utfyllende informasjon om sykehusets tiltak for å sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt, som en mulig god lokalt forankret praksis (anbefaling nr. 8 og 11)

6. Involvering av Kontrollkommisjon ved lengre forløp

Sykehuset opplyser at det i samråd med kontrollkommisjonen er besluttet at beltelegginger som varer over 16 timer heretter skal varsles til kommisjonen. Hensikten er å sørge for å få til en tidligere vurdering av sykehusets beslutninger, kontroll av faglig vurdering og avklaring i forhold til videre prosess.

³ Sivilombudets høringsuttalelse om NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven, 30. desember 2019 og høringsuttalelse om forslag til ny psykisk helsevernloven, 6. mai 2026.

⁴ EMD, *Makki mot Danmark*. 31. mars 2026, klagenr. 10297/23,

⁵ *Makki mot Danmark*, særlig avsnittene 112–118.

7. Forbedret skjema for dokumentasjon av gjennomføringstiltak

Sykehuset har også revidert sitt skjema for hvordan vurderinger, tiltak og oppfølging av beltelagte pasienter skal dokumenteres. Ombudet har fått opplyst at det nye skjemaet er utformet i samråd med personalgruppa, og skal sikre bedre kvalitet på dokumentasjon om gjennomføringen av beltevedtakene. Vi har notert oss at skjemaet legger opp til at deler av skjemaet skal fylles ut hver halvtime. Slik skjemaet er utformet er det ikke like klart hvor hyppig det skal dokumenteres *vurderinger* om belteleggingen skal opprettholdes eller opphøre (nederst rubrikk). Guiden som sykehuset har laget (se punkt 1), inneholder så vidt vi kan se ingen informasjon om hvor hyppig fortløpende vurderinger av beltelegginger skal dokumenteres (utover at det skal være «regelmessig», se guide s. 10).

Vi ber om nærmere informasjon om hvordan sykehuset har fulgt opp anbefalingen om å sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres (anbefaling nr. 9)

8. Forbedring av prosedyre om bruk av tvangsmidler

Ifølge sykehuset er det besluttet at eksisterende prosedyre for bruk av tvangsmidler skal endres, blant annet for å få bedre fram lov- og dokumentasjonskrav. Dette arbeidet er påbegynt, men ikke fullført.

Vi ber om å få oversendt prosedyren eller en tidslinje for ferdigstillelse, dersom den fortsatt ikke foreligger ved ny svarfrist (anbefaling nr. 1, 8, 9 og 11)

9. Gjennomføring av revisjon

Klinikken skal i begynnelsen av januar 2027 gjennomføre en internrevisjon som undersøker de samme temaene som Sivilombudet undersøkte under sitt besøk. Det er positivt at revisjonen skal omfatte alle seksjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern, inkludert sikkerhets- og langtidspsykoseseksjonene. Sykehuset opplyser at revisjonen skal presenteres i løpet av mars 2027.

10. Behov for ytterligere informasjon om oppfølging

Sivilombudet takker for sykehusets redegjørelse for hvilke tiltak som er iverksatt og for god dialog både underveis og i etterkant av besøket.

I tillegg til punktene som er uthevet ovenfor, har vi behov for informasjon for å kunne vurdere sykehusets oppfølging av følgende anbefalinger:

- ***Anbefaling nr. 3: Sykehuset bør begrunne og beskrive politiets tilstedeværelse på sykehuset. Politiet bør ikke delta i å legge pasienter i mekaniske tvangsmidler.***
- ***Anbefaling nr. 7: Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.***
- ***Anbefaling nr. 10: Sykehuset bør gå i dialog med personalgruppa om tiltak for å unngå at pasienter sover i belter.***

Tidsfrist for å sende ytterligere informasjon settes til **fredag 23. oktober 2026**.

For sivilombudet

Solveig Igesund
Assisterende avdelingssjef

Johannes Flisnes Nilsen
spesialrådgiver

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

Kopi til:

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

HELSEDIREKTORATET

HELSE SØR-ØST RHF

Kontrollkommisjonen for Sykehuset i Vestfold

Postboks 8011 Dep

Postboks 220 Skøyen

Postboks 404

sg@advokatforum.no

0030 OSLO

0213 OSLO

2303 HAMAR