



**SIVILOMBUDET**

**BESØKSRAPPORT | nr. 95**

**Bruk av mekaniske tvangsmidler,  
Helse Bergen HF**

**24. – 26. mars 2026**



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



# SIVILOMBUDET

Helse Bergen HF  
Psykiatrisk klinikk Sandviken  
Kontrollkommisjonen, Sandviken sykehus 2

Vår referanse  
2025/5801

Deres referanse  
«Ref»

Vår saksbehandler  
Mari Dahl Schlanbusch

Dato  
23.06.2026

## **Oversendelse av rapport til Helse Bergen HF etter besøk til Psykiatrisk klinikk 24.-26. mars 2026**

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken, 24. til 26. mars 2026.

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 **23. oktober 2026**.

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

Hanne Harlem  
Sivilombud

Helga Fastrup Ervik  
avdelingssjef

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

Kopi til:

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET	Postboks 8011 Dep	0030	OSLO
HELSEDIREKTORATET	Postboks 220 Skøyen	0213	OSLO
HELSE VEST RHF	Postboks 303	4068	STAVANGER

Likelydende brev er sendt til:

HELSE BERGEN HF	Postboks 1400	5021	BERGEN
HELSE BERGEN HF PSYKIATRISK DIVISJON	Sandviksleitet 1	5036	BERGEN
PSYKIATRISK KLINIKK SANDVIKEN			
Kontrollkommisjonen, Sandviken sykehus 2	Postboks 0413 Marken,		
	5832 Bergen		



**SIVILOMBUDET**

## **BESØKSRAPPORT**

**Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken**

24.-26. mars 2026

## Innholdsfortegnelse

<b>I. Besøk til Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken - 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 klinikk Sandviken, akuttposter .....</b>	<b>9</b>
2.1 Organisering .....	9
2.2 Fysiske forhold .....	9
2.2.1 Felles mottaksområde.....	9
2.2.2 Sengepostene.....	10
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 .....	16
<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.....	25
<b>6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler.....</b>	<b>28</b>
6.1 Ledelse .....	28
6.2 Fysiske forhold og belegg.....	29
6.3 Opplæring .....	29
6.4 Pasientinvolvering.....	30
<b>7 Klage og kontroll .....</b>	<b>32</b>

# I. Besøk til Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken - 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 Psykiatrisk klinikk Sandviken

Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken 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 24. til 26. mars 2026. Temaet var sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) i perioden 1. januar 2025 til 24. mars 2026.<sup>2</sup> Vi besøkte de to postene i psykiatrisk akuttmottak, PAM 1 og PAM 2. Under besøket gjennomførte vi befaring og intervjuer med pasienter og ansatte ved sykehuset. Enkelte intervjuer ble gjennomført etter at besøket. Vi innhentet også omfattende dokumentasjon fra sykehuset. Avsluttende møte med sykehusets ledelse ble gjennomført fredag 24. april 2026.

## Helse Bergen HF, Psykiatrisk klinikk Sandviken

Klinikken består av Psykiatrisk akuttmottak og fire andre avdelinger. Akuttmottaket er lokalisert i et renovert lokale i Sandviken i Bergen. Akuttavdelingen er delt i to poster, psykiatrisk akuttmottak 1 (PAM 1) og psykiatrisk akuttmottak 2 (PAM 2). Postene har felles mottaksområde. Det er ni pasientrom på hver post. Gjennomsnittlig liggetid på postene er ca. 1-5 dager. Postene har som oppgave å ta imot, ta vare på og behandle mennesker i den akutte fasen av et sykdomsforløp.

---

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

<sup>2</sup> De som deltok i besøket var Helga Fastrup Ervik (avdelingsleder, jurist) Solveig Igesund (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter), Mari Dahl Schlanbusch (seniorrådgiver, samfunnsviter), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Inga Tollefsen Laupstad (seniorrådgiver, jurist), Susanne Wikborg (rådgiver, jurist) og Julia Kråkenes Bennin (seniorrådgiver, jurist).

## 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, postene PAM 1 og PAM 2, Psykiatrisk klinikk Sandviken, Helse Bergen HF i tidsrommet 1. januar 2025 til 24. mars 2026.

### Forbedring i de fysiske forholdene ved akuttmottaket

Akuttmottaket på Psykiatrisk klinikk Sandviken er lokalisert i renoverte lokaler i Sandviken i Bergen. Det nye mottaket åpnet i 2025 og framstod som en betydelig forbedring av de gamle lokalene, som var svært trange og slitte. Visitasjonsområdet i akuttmottaket framstod imidlertid som lite privat, og uegnet for å gjennomføre kroppsvisitasjoner.

### Svakheter i vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Loven krever at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke belter. Vi fant flere vedtak hvor dette kravet var godt begrunnet, men også flere vedtak hvor det var vanskelig å forstå om lovens vilkår var oppfylt. I noen tilfeller var begrunnelsen i vedtakene slik at belteleggingen framstod som direkte ulovlig.

Ingen av vedtakene inneholdt vurderinger av individuelle forhold hos pasientene som kunne gjøre belteleggingen ekstra belastende, som for eksempel tidligere traumer eller ung alder. I tilfeller der politiet hadde vært til stede i avdelingen, manglet det beskrivelser av politiets rolle og involvering i belteleggingene.

Over halvparten av vedtakene som hadde blitt fattet i undersøkelsesperioden, var såkalte hastevedtak, fattet på et tidspunkt hvor faglig ansvarlig ikke var tilgjengelig i posten. Våre funn viste at sykehuset bør styrke kontrollen med disse vedtakene og styrke involveringen av faglig ansvarlig i beslutninger om bruk av mekaniske tvangsmidler.

### Ivaretagelse av pasienter i belter

Ivaretagelse av pasienter som lå i belter ble stort sett dokumentert fortløpende, men i noen tilfeller var det likevel vanskelig å få inntrykk av hvordan pasienten hadde blitt ivaretatt underveis i belteleggingen. 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 lettelse eller posisjonsendring, uten at årsaken til dette kom frem. Det kunne også være vanskelig å lese i journalen om pasientene som lå i belter hadde blitt tilsett av lege en gang i hver 24. time, slik sykehusets rutiner tilsa.

Noen av belteforløpene vi undersøkte, var bekymringsverdige, med pasienter som ble liggende lenge i belter uten å få komme på toalettet og uten å få nødvendig stell.

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

Flere pasienter var beltelagt lenge. De to lengste vedtakene som i sin helhet ble gjennomført på PAM varte i over 5 døgn. Belteleggingen skal opphøre med en gang vilkårene for tvangsmiddelbruken ikke lenger er til stede. Vi fant mange eksempler på at pasienten ble liggende i belter etter at vilkårene for

tvungen tilsynelatende hadde opphørt. 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 rettsikkerhetssvikt.

### **Forebygging av mekaniske tvangsmidler**

Ledelsen på sykehuset fulgte med på bruken av tvangsmidler. Samtidig viser funnene at det er behov for å styrke det forebyggende arbeidet. Dette gjaldt særlig opplæring av ansvarshavende, gjennomføring av ettersamtaler og at hendelser systematisk blir evaluert og fulgt opp.

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

Fordi få pasienter klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler, er Kontrollkommisjonens egne undersøkelser sentrale for å ivareta pasientenes rettsikkerhet og for å avdekke langvarig eller overdreven beltebruk. Kommisjonens egen gjennomgang av vedtak om mekaniske tvangsmidler begrenset seg til kontroll med vedtaket, og inkluderte ikke gjennomgang av selve belteforløpet. Dette gjorde at kommisjonen ikke fanget opp at noen pasienter fortsatt var beltelagt etter at vilkårene for belteleggingen ikke lenger var til stede.

### 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.

#### Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

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. Sykehuset bør sikre at pasienter som ligger i belter kan ha konfidensiell kontakt med advokat.
8. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagt, bør ikke forekomme.

#### Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

9. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
10. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.

#### Forebygging av mekaniske tvangsmidler

11. Sykehuset må sikre at pasienters erfaringer om bruk av belter og forslag til hva som kunne vært gjort annerledes samles, deles og brukes aktivt for å forebygge langvarig tvangsmiddelbruk.
12. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.

#### Klage og kontroll

13. Kontrollkommisjonen bør styrke den rutinemessige gjennomgangen av sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av beltelegging.

# 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 23. juni 2026 ikke fulgt opp.<sup>10</sup> Departementet fastsatte 1. juni 2026 en ny psykisk helsevernforskrift med endringer som innebærer at vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke kan vare over 8 timer.<sup>11</sup> Dette innebærer at etter 1. juni 2026 må det fattes nytt vedtak dersom belteleggingen varer lenger enn åtte timer.<sup>12</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>13</sup> Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som pågår i flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>14</sup> Dette ble bekreftet av EMD i en dom fra mars 2026, der en pasient var beltelagt i 13 dager.<sup>15</sup> EMD var enig i at pasienten utgjorde en akutt voldsrisiko under hele belteoppholdet, men konkluderte allikevel med krenkelse av EMK artikkel 3 fordi sykehuset ikke raskt nok sørget for overføring av pasienten til bedre tilpasset institusjon.

---

<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> Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd.

<sup>12</sup> Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28

<sup>13</sup> EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020.

<sup>14</sup> CPT, *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.1.

<sup>15</sup> EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026. Dommen blir rettskraftig når en av betingelsene i EMK artikkel 44 nr. 2 a-c er oppfylt.

## 2 Psykiatrisk klinikk Sandviken, akuttposter

### 2.1 Organisering

Psykiatrisk klinikk Sandviken er en del av Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF. Klinikken bestod på besøkstidspunktet av Psykiatrisk akuttmottak (PAM), og fire avdelinger (Avdeling spesialisert psykosebehandling, Avdeling for stemningslidingar, Avdeling for psykosomatisk medisin og Regional avdeling for spiseforstyringer). Totalt var det 11 ulike døgnsesjoner spredt på de ulike avdelingene i klinikken.

Akuttavdelingen var delt i to poster, psykiatrisk akuttmottak 1 (PAM 1) og psykiatrisk akuttmottak 2 (PAM 2). Gjennomsnittlig liggetid på postene var ca. 1-5 dager. Postene hadde som oppgave å ta imot, ta vare på og behandle mennesker i den akutte fasen av et sykdomsforløp.

Postene var organisert med hver sin seksjonsleder og en felles avdelingsleder. Hver av postene hadde tre behandlere som var tilknyttet postene, og flere leger i spesialisering (LIS). Behandlerne var i hovedsak tilknyttet en av sengepostene, men kunne også gå mellom avdelingene ved behov. Det var tre behandlere tilknyttet hver post. Pleiefaktor i begge postene var åtte miljøpersonell på dagvakt, sju på kveldsvakt og fem på nattevakt. Det var hovedsakelig egne nattevaktslag som jobbet kun natt, men noen ansatte gikk i tredelt turnus. Utover behandlere og pleiepersonale var det ansatt en sosionom i akuttavdelingen. Det var musikkterapeut og fysioterapeut, samt erfaringskonsulenter tilknyttet Psykiatrisk klinikk. Erfaringsmessig ble de brukt mindre i akuttmottaket hvor pasientene hadde kort liggetid, men kunne komme på forespørsel. Det var prest og imam tilgjengelig ved sykehuset.

### 2.2 Fysiske forhold

#### 2.2.1 Felles mottaksområde

Akuttmottaket var lokalisert i et renovert lokale i Sandviken i Bergen. Det nye mottaket ble åpnet i 2025. Postene hadde felles mottaksområde. Nye pasienter kom inn i mottaksområdet og ble tatt imot av mottakssykepleier. I mottaket ble pasienten bedt om å legge fra seg personlige eiendeler, og det ble gjennomført en ytre visitasjon ved at ansatte klappet utenpå klærne. Pasienten måtte så ta av seg sko og gå igjennom en metalldetektor. Alternativt ble det brukt en håndholdt detektor.

Ved indikasjon ble det gjennomført «skjerpet mottak». Vi fikk oppgitt at dette kunne være dersom pasienten hadde gitt uttrykk for å ha rusmidler eller farlige gjenstander på seg som vedkommende nektet å gi fra seg, eller dersom det var en kjent risiko for dette fra f.eks. tidligere opphold eller informasjon fra politiet. «Skjerpet mottak» innebar en totrinns kroppsvisitasjon og at pasienten måtte skifte til sykehusklær under observasjon av personale. Dersom det ble besluttet at det skulle gjennomføres skjerpet mottak, skulle det fattes vedtak.

Visitasjonsområdet i mottaket var rett ved siden av inngangen, atskilt fra resepsjonsområdet med en tynn, delvis gjennomsiktig gardin. En av veggene i visitasjonsområdet var av frosted glass. Området opplevdes som åpent, lite privat og generelt uegnet for å gjennomføre kroppsvisitasjon. Rommet var ikke egnet til å skape trygghet i en intim og potensielt krenkende situasjon.

I mottaksområdet var det et undersøkelsesrom. Vi fikk oppgitt at dette ble lite brukt pga. tidligere episoder med pasienter som utagerte. Det var også et legekontor tilgjengelig. Vi fikk oppgitt at

legeundersøkelse som regel ble foretatt inne på sengeposten. Transportbelter og en transportseng med mulighet for å feste belter var lagret i et eget rom, vi fikk oppgitt at det var sjeldent at dette utstyret var i bruk og at pasienten som regel ble ført til sitt eget rom på sengepost og beltelagt der dersom det var behov for beltelegging i mottakssituasjonen. Det var også et besøksrom i mottaket.

### 2.2.2 Sengepostene

De oppgraderte lokalene framstod som en betydelig forbedring fra slik lokalene var under Sivilombudets besøk i 2018. Nye gulv, møbler, bedre belysning og bedre lydisolering gjorde at lokalene var klart bedre egnet til å ivareta pasientgruppa. Veggpaneler i treimitasjon og store landskapsbilder på veggene gjorde lokalene imøtekommende.

Begge sengepostene hadde ni sengeplasser. Pasientrommene hadde dør med inspeksjonsvindu. Dette vinduet kunne lukkes og åpnes utenfra av personalet. Alle rommene hadde eget bad og var ellers møblert med seng, nattlampe, puff, et lite skrivebord og en liten hylle. Pasientene kunne ikke selv låse døra til eget rom, men i hyllen var det en låsbar skapdør til oppbevaring av personlige eiendeler. Rommene hadde gardiner og bilder på veggen. Badet var utstyrt med dusj, toalett, vaskeservant og speil.

Tre av disse rommene på hver av postene var såkalte «intensivrom» i det som ble omtalt som «intensivdelen» av posten. Disse rommene var i bruk både overfor pasienter som hadde aktive skjermingsvedtak og for pasienter som ikke hadde det, men som hadde behov for at personalet var tettere på. Rommene hadde eget bad, og rommet vi fikk se var utstyrt med seng, nattlys, puff og hylle. Vinduene var skjermet med frosting for innsyn og det var et naturprint direkte på veggen. I intensivdelen var dørene forsterket, og sengebunnen var avstivet slik at sengeryggen ikke kunne settes opp. Døra hadde en mindre inspeksjonsluke enn de vanlige pasientrommene, men denne kunne til gjengjeld ikke stenges for innsyn.

Belte koffert ble oppbevart på vaktrommene. Når en situasjon oppstod, måtte ansatte hente beltekofferten her. Samtlige av rommene i begge postene var utstyrt med moderne psykiatrisenger som kunne brukes til beltelegging. Postene hadde ikke eget «belterom».

PAM 1 lå i byggets andre etasje, og PAM 2 lå i første etasje. Begge sengepostene hadde fellesarealer bestående av stue, spisestue og TV-rom med TV i beskyttelsesglass. Det var kjøkken tilknyttet begge poster med eget kjøkkenpersonale. I fellesarealene var det tilgjengelig sittegrupper og noe hobbymateriell. Begge postene hadde også samtalerom med sittegruppe. Fra «intensivdelen» i begge poster var det også tilgjengelig egen stue med sittegruppe og TV i beskyttelsesglass, og et eget spiserom.

Sengepostene hadde et lite, felles uteområde med sittegruppe og bordtennisbord. Det var også tilgang til røykebalkong fra begge sengepostene. Lufteområdene var relativt små. Pasientene hadde tilgang til uteområdet etter individuelle dagsplaner.

## 2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Ved de to akuttpostene ble det i perioden fra 1. januar 2025 til 24. april 2026 fattet til sammen 94 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. 47 av vedtakene hadde blitt fattet på PAM 1 og 47 av vedtakene hadde blitt fattet på PAM 2. Vedtakene var fordelt på 68 forskjellige pasienter, 20 kvinner

og 47 menn, den yngste pasienten var 21 år og den eldste pasienten var 63 år. Gjennomsnittlig alder på pasienter med slike vedtak var 35 år.

20 av pasientene hadde flere vedtak om mekaniske tvangsmidler fra akuttpostene i perioden. To av pasientene hadde blitt beltelagt fire ganger i perioden, mens to pasienter hadde blitt beltelagt tre ganger i løpet av perioden. De 16 andre pasientene hadde blitt beltelagt to ganger.

Flere av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler hadde lang varighet. Av de vedtakene som ble fattet på de to akuttpostene (totalt 94 vedtak), varte 31 i mer enn 24 timer, 16 av disse varte i mer enn 48 timer. De to lengste vedtakene som i sin helhet ble gjennomført på PAM varte i over 5 døgn. En av disse pasientene ble deretter overført i belter til en annen avdeling, og ble til sammen liggende i belter i 16 døgn. Median varighet var over 12 timer.

Mange av vedtakene ble fattet på kvelden og natten, 25 vedtak ble fattet på dagtid mellom 07:00 og 15:00, de resterende vedtakene ble fattet på ettermiddagen, kvelden eller om natten.

## 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>16</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>17</sup> EMDs praksis underbygger at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes som siste utvei, og at faren for skade må være umiddelbar og overhengende.<sup>18</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>19</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>20</sup> Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.<sup>21</sup> Dersom begrunnelsen er mangelfull, øker risikoen for brudd på forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Dette kapitlet bygger på en gjennomgang av 47 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fra 1. januar 2025 til og med 24. mars 2026.

#### 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. Over 40 prosent av de gjennomgåtte vedtakene var begrunnet i alle lovens formål: å forhindre skade på pasienten selv, på andre og å avvirke skade på inventar. For disse vedtakene var det sjelden beskrevet et potensiale for skade for samtlige kategorier. Over 20 prosent av vedtakene var begrunnet både i å forhindre skade på seg selv og i å forhindre skade på andre. I mange av disse vedtakene ble pasientens atferd beskrevet som aggressiv, voldelig eller truende mot andre, men i flere av tilfellene manglet det opplysninger om fare for at pasienten skulle skade seg selv, og grunnlaget for vedtaket var i disse tilfellene derfor uklart.

Kun ett vedtak var utelukkende begrunnet i å forhindre skade på inventar. Dette vedtaket gjaldt en pasient som forsøkte å bryte seg gjennom en dør. Beskrivelsene av de konkrete materielle skadene tilsa ikke at de fysiske ødeleggelsene i seg selv var alvorlige nok til å begrunne beltebruk. Menneskerettslige standarder understreker at det skal stilles strenge krav til bruk av tvangsmidler.<sup>22</sup>

<sup>16</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

<sup>17</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), merknadene til § 4-8.

<sup>18</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>19</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd annen setning og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

<sup>20</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>21</sup> Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

<sup>22</sup> Se bl.a. CPT, "Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)" 21. mars 2017, side 2, punkt 1.4. CPT/Inf(2017)6; Europarådets ministerkomité, Recommendation Rec (2004) 10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27.

Tvangsmidler skal bare anvendes som en siste utvei og dersom tiltaket er den eneste måten å forhindre skade på pasienten eller andre. Bruk av inngripende tvang som belteseng utelukkende for å forhindre betydelig materiell skade fremstår med dette som problematisk i lys av menneskerettslige krav, selv om psykisk helsevernloven § 4-8 etter sin ordlyd åpner for dette.<sup>23</sup> Vi merker oss også at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått at adgangen til å bruke mekaniske innretninger for å avverge betydelig skade på ting ikke skal videreføres.<sup>24</sup>

### 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 flere tilfeller fremstod situasjonen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet.

Det var imidlertid også flere begrunnelser som var så generelle eller uklare at det var vanskelig å vurdere om beltebruken var uomgjengelig nødvendig. Det var flere eksempler på at pasientens opptreden ble beskrevet med generelle begreper, som «utagerende», «mørk i blikket» eller «truende» uten at det ble beskrevet mer konkret. I ett vedtak stod det for eksempel at pasienten var «truende og lite samarbeidsvillig», og at pasienten «blir krakilsk». I et annet vedtak stod det kun «Pasient skader seg selv. Pasient fastholdes. Pasient klyper personale. Pasient roer seg ikke.» Disse beskrivelsene av pasientens atferd er så generelle at det er vanskelig å vurdere om situasjonen gjør tvangsbruken uomgjengelig nødvendig.

I flere tilfeller ble pasientene lagt direkte i belter ved ankomst til mottaket. I flere av disse vedtakene manglet det en beskrivelse av hvordan pasienten opptrådte ved ankomsten til akuttmottaket og disse belteleggingene fremstod derfor som forebyggende.

I noen av vedtakene var begrunnelsen som ble gitt så svak at den åpenbart ikke tilfredstilte lovens vilkår. I et eksempel var det beskrevet at pasienten skulle bli overført til en annen avdeling, men at dette ble planlagt gjennomført i belter «grunnet [pasientens] nåværende tilstand og manglende samarbeid». Det var ingen beskrivelse av pasientens tilstand eller hvorfor det var uomgjengelig nødvendig å bruke belter.

Sykehusets egen rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler beskrev en trinnvis modell hvor stående/sittende fastholding skulle forsøkes først, deretter mobile belter, og med belteseng som siste trinn. I flertallet av de gjennomgatte vedtakene var det ikke beskrevet om det ble brukt transportbelter eller beltelegging i seng, eventuelt hvor pasienten ble beltelagt og om det for eksempel var behov for å føre eller bære pasienten. Valget av typen belter er relevant informasjon for å vurdere nødvendigheten og forholdsmessigheten av tiltaket, og bør derfor beskrives i vedtaket.

---

<sup>23</sup> Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i klagesaker om beltelegging uttalt at «...such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» (M.S. mot Kroatia, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 104). Det samme fremgår av Europarådets ministerkomité's anbefaling Rec (2004) 10, artikkel 27 nr.1: «Seclusion or restraint should only be used (...) to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed». Ifølge artikkel 27 nr. 4 gjelder ikke disse kravene for "momentary restraint"

<sup>24</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ea7eeab31a4475cb0ac7e63b72e7784/horingsnotat-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget.pdf>

Dette har sammenheng med at mobile belter gir mer bevegelsesmulighet og normalt anses som et mindre inngripende tvangsmiddel.<sup>25</sup>

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>26</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>27</sup> Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.<sup>28</sup>

I flere av vedtakene vi gjennomgikk, var lempeligere tiltak relativt detaljert beskrevet. Det er positivt. Vi fant imidlertid også flere eksempler på generelle og lite konkrete beskrivelser, for eksempel «samtale, trygging», eller «samtale, medisiner». Disse beskrivelsene gir for lite konkret informasjon om hva som har blitt gjort og hvilken effekt det har hatt på pasienten. Manglende informasjon om hvilke mindre inngripende tiltak som har blitt forsøkt eller vurdert, skaper tvil om belteleggingene var lovlige. Konkret informasjon om effekten av lempeligere tiltak er også viktig i arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler.

### Særlig om politiets involvering

Vi fant 15 tilfeller der belteleggingen skjedde kort tid etter at pasienten ankom akuttmottaket i følge med politiet. I flere tilfeller var det ikke mulig å lese ut av vedtakene hvilken rolle politiet hadde etter ankomst til sykehuset, utover at pasienten ankom i følge med politi. I noen tilfeller var det notert at pasienten kom i håndjern eller var fiksert på bære eller i rullestol. I noen av vedtakene var det korte beskrivelser av hva politiet gjorde, f.eks. at politiet bar pasienten fra mottak og inn til sengeposten, eller at «politiet må bistå med å holde pasienten». I et tilfelle, som ombudet anser som problematisk, stod det i begrunnelse at «politiet mener pasienten må i belter», noe som syntes å ha hatt innvirkning på beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler. Politiet skal ikke legge føringer for sykehusets eventuelle bruk av tvangsmidler.

Når pasienter kommer til sykehuset i følge med politi og med bruk av tvangsmidler, bør dette beskrives i journalen slik at det er tydelig hvilken tvang pasienten samlet er utsatt for og om den utøves av politi eller helsepersonell. Helsepersonell må være bevisst sitt ansvar for å dokumentere og behandle eventuelle skader som skyldes politiets bruk av makt. I tillegg er det viktig at politiets bruk av maktmidler inne på sykehuset dokumenteres. Summen av maktmidler som en pasient utsettes for, er relevant informasjon når den totale belastningen av tvangen skal vurderes.

I sju av vedtakene vi undersøkte ble det dokumentert at politiet hadde blitt tilkalt til avdelingen for å håndtere en pasient. I noen av disse tilfellene framsto det som at politiet også hadde vært involvert i

<sup>25</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017) 6, avsnitt 5.

<sup>26</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

<sup>27</sup> Helsedirektoratets brev til Helse Nord RHF 19.12.2016. [Nettdokument]. Tilgjengelig fra:

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

<sup>28</sup> EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagernr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

belteleggingen, for eksempel var det i to tilfeller notert at «politi tilkalles til avdeling for å bistå i belteleggingen» eller «for å gjennomføre nedleggelse i belter». Våre funn indikerer at det manglet en felles forståelse blant ansatte om rollefordelingen mellom helsepersonell og politi når politiet ble tilkalt til post. 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 samme bakgrunn flere ganger uttalt seg kritisk til politiets bistand med utagerende pasienter ved psykiatriske institusjoner.<sup>29</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 beskrevet i vedtaket. For enkelte pasienter var det beskrevet at pasienten ikke var i stand til å uttrykke en mening i situasjonen som hadde oppstått, for eksempel «uttale var ikke mulig grunnet akutt utagering». I et tilfelle var det beskrevet at pasienten ikke var «gitt mulighet til å uttale seg». 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>30</sup> Internasjonale rettskilder underbygger at det må gjøres en slik forholdsmessighetsvurdering.<sup>31</sup>

Sykehusets egen prosedyre for bruk av mekaniske tvangsmidler presiserer at «både pasientens utviklingstrinn, aktuelle sykdomstilstand, og syke- og evt. traumehistorie, bør tas hensyn til under avveien av hvilke skadeavvergende tiltak som er mest skånsomme». Ingen av de gjennomgåtte vedtakene inneholdt imidlertid vurderinger av individuelle forhold som kunne gjøre beltebruk ekstra belastende. Heller ikke for pasienter hvor sykehuset hadde dokumentert kjennskap til konkrete sårbarheter, som for eksempel ung alder eller tidligere omfattende bruk av tvang, kom det frem at dette var vurdert. Informasjon om pasientens synspunkt eller erfaringer med bruk av tvang fra f.eks. dokumenterte ettersamtaler, var heller ikke eksplisitt vurdert i noen av vedtakene (se kapittel 6.4 *Pasientinvolvering*). Vi fant ingen eksempler på at det var gjort en vurdering av om behovet for å gjennomføre beltelegging klart ville veie opp belastningen for pasienten.

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,

<sup>29</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.

<sup>30</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd.

<sup>31</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.

tidligere traumer, gjentatt eller omfattende bruk av tvangsmidler og erfaring fra tidligere bruk av tvang. Slike opplysninger kan også være viktige for hvordan sykehuset må ivareta pasienten under belteleggingen, og for hvor lenge belteleggingen kan vare. Selv om belteleggingen var forholdsmessig da den ble besluttet, kan forhold ved pasienten bidra til at den blir uforholdsmessig ettersom tiden går (se kapittel 5 *Vurderinger av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

### 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>32</sup> Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurdere bruken av tvang.<sup>33</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>34</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>35</sup> I den nye psykisk helsevernforskriften, som trådte i kraft 1. juni 2026, presiseres det at der tvangsmiddelbruken allerede er avsluttet, skal faglig ansvarlig likevel treffe etterfølgende vedtak, eventuelt dokumentere dersom tvangsmiddelbruken vurderes som ulovlig.<sup>36</sup>

Faglig ansvarlig behandlere var til stede i alminnelig kontortid. På kveld og natt var disse tilgjengelig per telefon (bakvakt), mens vakthavende lege var fysisk til stede (forvakt). Videre hadde hver av postene alltid én av miljøpersonalet utpekt som ansvarshavende. Denne rollen alternerte mellom mange av miljøpersonalet. Vi fikk oppgitt at man måtte ha jobbet i minst tre måneder, ha MAP-kurs og være sykepleier eller vernepleier for å være ansvarsvakt. Ansatte som skulle være ansvarsvakt fikk opplæringsvakter sammen med en erfaren ansvarshavende i posten før man skulle fungere i rollen som ansvarshavende. Sykehusets egen rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler beskrev at ansvarshavende i avdeling kunne være for eksempel «lege, avdelingssykepleier eller stedfortreder for avdelingssykepleier, og psykolog».

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

Over halvparten av vedtakene som hadde blitt fattet i perioden (totalt 54 av 94 vedtak) var såkalte hastevedtak, fattet i en akutt nødsituasjon der umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke var mulig. På disse vedtakene var det i all hovedsak en person med tittel «annen bemyndiget person» som hadde signert som faglig ansvarlig. I denne sammenhengen betyr dette en fagperson som ikke har relevant spesialistutdanning. For minst fire av de 16 hastevedtakene vi undersøkte nærmere var

<sup>32</sup> Psykisk helsevernloven § 1-4.

<sup>33</sup> Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

<sup>34</sup> Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se § 27 første og andre ledd.

<sup>35</sup> Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd (ny § 27 andre ledd).

<sup>36</sup> Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 27.

en LIS-lege<sup>37</sup> oppført som faglig ansvarlig, i ett tilfelle var dette en LIS1.<sup>38</sup> Kravet om faglig ansvarliges kompetanse kan kun avvikes ved dispensasjon fra Statsforvalteren.<sup>39</sup> I materialet vi fikk oversendt fra sykehuset forelå det kun dispensasjon for en konstituert overlege. Det forelå ikke dispensasjoner for noen av de som var oppført som «annen bemyndiget person» for de vedtakene vi gikk igjennom.

I hastevedtakene ble det notert hvilket tidspunkt den faglig ansvarlige ble informert om hastevedtaket, men vedtaket inneholdt ikke informasjon om faglig ansvarliges synspunkt eller vurdering av opprettholdelse av tvangsmidlet. I noen tilfeller hadde det blitt opprettet et nytt, likelydende vedtak på et senere tidspunkt, hvor faglig ansvarlig hadde signert og lagt til en påtegning om at «tvangsmidlet var indisert på det aktuelle tidspunktet». I disse tilfellene var den faglige ansvarlige en annen enn den som hadde signert som faglig ansvarlig på det opprinnelige vedtaket, og da alltid en spesialist. Selv om det var positivt at en spesialist hadde vært inne og vurdert vedtaket, førte denne praksisen til at det var uklart hvem som egentlig var ansvarlig for vedtaket. Praksisen var heller ikke systematisk gjennomført og det var uklart hvilken versjon av vedtaket pasientene hadde fått. I noen tilfeller hvor det hadde gått litt tid før et nytt vedtak ble opprettet, førte dette til vedtak ble ført dobbelt i tvangsstatistikken.

I de tilfellene hvor en «annen bemyndiget person, ofte en LIS-lege i forvaktsfunksjon, signerte som faglig ansvarlig på et hastevedtak, så bakvakt sjelden ut til å bli konsultert om bruk av mekaniske tvangsmidler. Forvakten ble ofte tilkalt sent i forløpet, i hovedsak for å signere som faglig ansvarlig på vedtaket og gjennomføre beltetilsyn. Våre funn tilsa at det kunne være uenighet mellom ansvarshavende og forvakt om hvem som skulle skrive vedtaket når det hadde oppstått behov for å bruke belter i en akutt nødsituasjon. Det så ut til å være en forventning at forvakt skulle skrive vedtaket dersom det var hektisk i post, og at det opplevdes som en administrativ øvelse som kunne være problematisk når forvakt ikke selv hadde vært til stede i situasjonen.

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 eventuelt somatiske tilstand.<sup>40</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>41</sup> Kravet om at faglig ansvarlige skal ta selvstendig stilling til alle vedtak om tvangsmidler, er derfor viktig for å ivareta pasientenes rettsikkerhet 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

<sup>37</sup> En lege i spesialisering (LIS) har medisinsk embetseksamen. LIS-1 leger har ikke begynt sin spesialisering, mens LIS-2 og LIS-3 leger går første og andre trinn på sin spesialistutdanning.

<sup>38</sup> Etter psykisk helsevernloven § 5 kan leger i spesialisering få dispensasjon fra kravet om at faglig ansvarlig skal være en spesialist i psykiatri eller spesialist i klinisk psykologi. Legene bør ha erfaring med tvungent psykisk helsevern, og skal som hovedregel ikke ha mer enn to år igjen av sin spesialisering.

<sup>39</sup> Psykisk helsevernloven § 5.

<sup>40</sup> Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

<sup>41</sup> Psykisk helsevernloven § 5 første ledd (ny forskrift § 4).

tvangsmidler som i all hovedsak var fattet av en ansvarshavende (se *kapittel 3.1 Vedtak om tvangsmidler*).

I ett tilfelle hadde en LIS signert både som ansvarshavende og faglig ansvarlig på et hastevedtak og i tre tilfeller hadde LIS-leger fattet ordinære vedtak. Dette gir grunn til bekymring om kvalitetssikringen av vedtakene er tilstrekkelig ved akuttpostene, og om sykehusets rutiner for å sikre tilstrekkelig kompetanse ved iverksetting av inngripende tvang som mekaniske tvangsmidler er gode nok.

Totalt fant vi at de som vurderte behovet for bruk av tvang og i realiteten fattet beslutningen om å bruke belter, ikke alltid hadde den nødvendige formelle kompetansen, og at faglig ansvarlig var for lite involvert i å følge opp om vilkårene for bruk av tvang var til stede. Samlet sett gir disse funnene risiko for at mekaniske tvangsmidler blir brukt i situasjoner hvor det ikke er uomgjengelig nødvendig, og dermed ulovlig.

#### **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 fagliges ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler.

## 4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.<sup>42</sup> For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.<sup>43</sup> En lege bør se til pasienter som er i belter så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom.<sup>44</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>45</sup> Ivaretakelsen av beltelagte pasienter bør være godt dokumentert.<sup>46</sup>

Sykehusets rutiner beskrev at pasientene skulle ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonell når mekaniske tvangsmidler ble brukt. I to tilfeller gikk det fram av dokumentasjonen at personalet som holdt tilsyn satt utenfor rommet. I disse to tilfellene var det ikke mulig å lese i journalen om tilsynet ble gjennomført med åpen dør eller via inspeksjonsluke. I notat fra ettersamtalen etter ett av de to forløpene kom det fram at pasienten ønsket at personalet satt inne på rommet sammen med pasienten, og ikke utenfor. Sivilombudet understreker at tilsynet må gjennomføres på en slik måte at det er mulig for personalet å gjennomføre kontinuerlig observasjon av pasienten, uten at pasienten opplever seg som forlatt. Dersom personalet skal gjennomføre tilsyn fra utenfor rommet, må dette være av hensyn til pasienten og fordi pasienten ønsker det.

Rutinen beskrev at pleiepersonale som hadde kontinuerlig tilsyn med pasienter som lå i belter, skulle observere pasientens respirasjon, sirkulasjon, psykiske tilstand, risikoatferd og «grad av kontroll, evne og vilje til videre samarbeid». Observasjonene skulle dokumenteres i pasientjournalen. Vi fikk se et eget observasjonsskjema som PAM 2 brukte. I skjemaet skulle det føres informasjon om somatiske observasjoner, mental tilstand, mat- og væskeinntak, toalettbesøk, og en kode for observasjoner av pasientens tilstand (om pasienten var urolig, sov, samarbeidet med personale osv.). Vi fant imidlertid ingen eksempler på slike skjemaer i pasientjournalen i de forløpene vi undersøkte.

I vaktnotatene ble det relativt systematisk dokumentert inntak av mat og drikke, toalettbesøk, søvn, voldsrisikovurderinger og pasientens tilstand. Det var samtidig enkelte eksempler på at hadde gått lang tid uten at det var dokumentert for eksempel inntak av mat og drikke.

### 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».<sup>47</sup> Dette innebærer løsning av belter, få påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i

<sup>42</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se ny § 28 første ledd.

<sup>43</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 7.

<sup>44</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

<sup>45</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>46</sup> Helsepersonelloven § 40. Se også bl.a. EMD, *Bureš mot Tsjekkia*, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, avsnitt 103.

<sup>47</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd annen setning. Begrepet «friere forpleining» er fjernet etter at forskriften ble endret 1. juni 2026. Ny § 28 andre ledd fastsetter at «Det skal fortløpende sørges for at pasienten så langt det er mulig løses helt eller delvis fra tvangsmidlet eller overføres til transportbelter.»

stedet for belteseng.<sup>48</sup> Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres.<sup>49</sup> Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.<sup>50</sup>

Sykehusets rutiner beskrev at friere forpleining skulle vurderes fortløpende. Journalforløpene tydet på at friere forpleining ble gjennomført, inkludert ved bruk av transportbelter. Vi så samtidig at det kunne gå lang tid, noen ganger mer enn åtte timer, mellom hver gang vurderinger av endringer i fikseringsgrad ble dokumentert i journal. To pasienter var for eksempel fullfiksert i over 12 timer før det ble iverksatt friere forpleining i form av hhv. belteforlenger på én arm og diagonal løsning av arm og fot. Samlet sett gjør dette at Sivilombudet er bekymret for om friere forpleining gjennomføres ofte nok, spesielt for pasientene som holdes lenge i belter.

### Legetilsyn

Sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler fastslo at «Pasienten skal ha tilsyn av lege så fort som mulig og senest innen en time etter mekaniske tvangsmidler er iverksatt, og deretter minst en gang i døgnet.» Vi fant det dokumentert at lege hadde tilsett pasienten innen en time i ni av de 21 av forløpene vi gjennomgikk. Selv om vi fant at lege stort sett var innom en gang i døgnet, gjorde manglende datering av tilsynsnotater og legenes vaktnotater at det var vanskelig å vurdere hvor ofte en lege faktisk så til pasienten. I to tilfeller ble pasienter beltelagt ved innkomst og ble liggende i belter i hhv. over 22 og over 10 timer uten at det ble dokumentert 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 mer om legens rolle ved beltelegging i kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

### Forhold som øker risiko for nedverdiggende behandling

Sykehuset dokumenterte stort sett hvordan pasientene fikk gjennomføre toalettbesøk, og gjennomgangen ga inntrykk av at de fleste av pasientene fikk mulighet til å komme på toalettet iført transportbelter. Dette er positivt. Vi fant imidlertid to eksempler på at pasienter ikke fikk komme på toalettet pga. bemanning, men ble bedt om å urinere i tisseflaske i sengen. Begge disse pasientene lå lenge i belter, hhv. rett over og rett under to døgn. I et tredje tilfelle var det beskrevet at pasienten lå naken i beltesengen, kun iført bleie. Det ble beskrevet at pasienten hadde avføring i sengen flere ganger og at det tok tid før personalet fikk gjennomført skift og stell. 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.

I ett av disse tilfellene klarte ikke pasienten å bruke tisseflasken, og beskrev smerter som knyttes opp til urinretensjon og at det var vanskelig å sove pga. trang til å gå på toalettet. I journalen var det

---

<sup>48</sup> Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd.

<sup>49</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>50</sup> Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 129 følgende. Se også ny psykisk helsevernforskrift § 28 første ledd, som understreker at behovet for tvangsmiddelet skal vurderes fortløpende og straks avbrytes dersom tvangsmiddelet ikke lenger er absolutt nødvendig og forholdsmessig.

beskrevet at pasienten fikk avslag på å bruke toalettet pga. bemanningssituasjonen og at pasienten «valgte å tisse på seg framfor å bruke urinflasken». En slik omtale av pasientens intensjoner oppleves som lite omsorgsfull og uten hensyn til at det kan være både somatiske, psykiske og legemiddelinduserte årsaker til at det var vanskelig for pasienten å urinere liggende, fastspent i en belteseng. Pasienten fikk beskjed om at det «ville ta tid å bemanne opp» til å bistå med skift av natt- og sengetøy».

Etter sitt besøk til Norge i 2024, uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.<sup>51</sup> Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Funn under besøket tydet på at personale i noen tilfeller holdt et håndkle opp foran pasientens ansikt dersom pasientene spyttet mye mot dem mens de lå i belter. Dette ble i all hovedsak beskrevet som at håndkleet ble holdt med noe avstand til pasienten, men også at det kunne legges over pasientens munn. Generelt understreker ombudet at det sterkt frarådes å dekke til beltelagte pasienters munn eller ansikt.<sup>52</sup> Dette kan virke skremmende, vanskeliggjør kommunikasjon og øker risikoen for blokkering av pasientens luftveier. Personalets legitime behov for å verne seg mot spyting må ivaretas på andre måter, for eksempel ved at de dekker til seg selv med verneutstyr, visir eller liknende.

### **Involvering av pårørende**

Både pasienten og deres nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.<sup>53</sup> Pårørende har rett til å klage på vedtak om tvangsmidler til kontrollkommissjonen, og informasjon om vedtaket er en forutsetning for at pårørende skal kunne bruke klageretten.<sup>54</sup>

I vedtakene skal det noteres om pårørende har blitt informert eller ikke. I vedtakene vi gjennomgikk ble dette stort sett beskrevet med standardtekst. En del av vedtakene hvor det var notert at man ikke hadde oppnådd kontakt, eller at kontaktinformasjon var ukjent, gjaldt pasienter som har flere tvangsvedtak eller som var kjent for sykehuset fra tidligere innleggelse. Standardtekst kan svekke tilliten til om pårørende faktisk har blitt kontaktet. Gjennomgangen av journalforløp tydet samtidig på at pårørende oftest ble informert om vedtaket.

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>55</sup> Våre funn tydet på at pasienter ikke fikk

---

<sup>51</sup> CPT, rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 03, avsnitt 192.

<sup>52</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006) 35, avsnitt 48.

<sup>53</sup> Forskrift om psykisk helsevern § 27 annet ledd (se ny forskrift fastsatt 1. juni 2026, § 29 andre ledd. Etter endringen er det ikke lenger mulighet for pasienten til å motsette seg at nærmeste pårørende underrettes om slike vedtak).

<sup>54</sup> Psykisk helsevernloven §4-8 femte ledd.

<sup>55</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 første ledd.

motta besøk når de var i belter. Sterke behandlingsmessige, velferdsmessige eller sterke hensyn til nærstående kan begrunne unntak, men det må begrunnes konkret.<sup>56</sup>

Vi fikk beskrevet at pasienter som var lagt i belter kunne kontakte sin advokat, men at telefonen da ble holdt for dem av personalet og satt på høyttaler. Å være i belter setter pasienten i en svært sårbar situasjon og det er viktig å legge til rette for at han eller hun har mulighet til å snakke med sin advokat i fortrolighet. CPT understreker at dette må garanteres ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern.<sup>57</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. Sykehuset bør sikre at pasienter som ligger i belter kan ha konfidensiell kontakt med advokat.
8. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagt, bør ikke forekomme.

---

<sup>56</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd.

<sup>57</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 54, annet ledd.

## 5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

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

CPT har understreket at bruk av mekaniske tvangsmidler for pasienter som utgjør en fare for seg selv eller andre, kun bør benyttes «for the shortest possible time (usually minutes rather than hours)», og at det skal avsluttes så fort den akutte situasjonen som begrunnet tiltaket er over.<sup>58</sup> I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.<sup>59</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>60</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>61</sup> Det sistnevnte understrekes i en EMD avgjørelse fra mars 2026 der domstolen konstaterte brudd på EMK artikkel 3 overfor en pasient som ble vurdert som vedvarende farlig under en beltelegging over 13 dager. Domstolen la særlig vekt på at sykehuset ikke raskt nok sørget for overføring av pasienten til bedre tilpasset institusjon.<sup>62</sup>

Den videre gjennomgangen i dette kapittelet bygger på en undersøkelse av 21 plasseringer i belteseng i perioden 1. januar 2025 til 23. mars 2025.

### 5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.<sup>63</sup> Belteleggingen må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden de benyttes.<sup>64</sup> Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.<sup>65</sup> I ny psykisk helsevernforskrift gjeldende fra 1. juni 2026 er det fastsatt at vedtak om mekaniske tvangsmidler kan ha en varighet på inntil 8 timer.<sup>66</sup> Etter 8 timer må det eventuelt gjøres nytt vedtak.<sup>67</sup>

<sup>58</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.

<sup>59</sup> CPT, Rapport etter besøk til Danmark CPT/Inf (2014)25, avsnitt 121.

<sup>60</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.1.

<sup>61</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

<sup>62</sup> EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026, avsnitt 118. Dommen blir rettskraftig når en av betingelsene i EMK artikkel 44 nr. 2 a-c er oppfylt.

<sup>63</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>64</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>65</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>66</sup> Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd.

<sup>67</sup> Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28.

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 faktabeskrivelse av situasjonen eller av pasientens opptreden.<sup>68</sup>

I noen tilfeller fant vi eksplisitte vurderinger av opphør i pasientenes journaler. Et eksempel på en slik vurdering var i et legenotat hvor det ble beskrevet at «det vurderes i teamet at pasienten trolig kan løses gradvis fra beltene ilt. kvelden med utgangspunkt i aktuell tilstand (rolig, samarbeidende, ikke-truende og unnskyldende), men at man bør lage en plan videre ved økende agitasjon og/eller paranoia.» I dette tilfellet var notatet skrevet på kveldsvakten og pasienten ble løst ut av beltene ca. 1 ½ time etter at legenotatet ble opprettet.

I et annet tilfelle ble det i et notat fra et legetilsyn som ble utført på ettermiddagen vurdert at «det er grunnlag for å forsøke å fjerne beltene. Dette skal gjøres på senvakt.» Pasientens belter ble fjernet 3 ½ time etter legetilsynet. Dette ser i utgangspunktet ut til å være unødvendig lenge. Sivilombudet presiserer at når vilkårene først har opphørt, må bruken av mekaniske tvangsmidler opphøre så fort som mulig. CPT har etter et besøk til en psykisk helseverninstitusjon i Danmark uttalt følgende:

«In the CPT's view, the duration of the actual means of restraint should be for the shortest possible time (usually minutes to a few hours) and should always be terminated when the reason for the use of restraint has ceased. The maximum duration of the application of mechanical restraint should ordinarily not exceed 6 hours.»<sup>69</sup>

Vi fant også at flere av behandlernetatene inneholdt relativt detaljerte beskrivelser av pasientens tilstand. Dette er bra, men vi savnet at det også ble dokumentert konkrete vurderinger av om vilkårene for beltelegging fortsatt var oppfylt.

Noen pasienter var beltelagt i kort tid, og i disse tilfellene må det derfor raskt ha blitt gjort konkrete vurderinger av at behovet for fortsatt beltelegging ikke lenger var til stede, selv om vurderingene ikke var skrevet ned.

Flere av belteforløpene varte imidlertid lenge. I flere av disse ble det dokumentert at pasienten var rolig og samarbeidet i lengre perioder, uten at det ble begrunnet hvorfor pasienten ikke ble løsnet fra beltene. I et tilfelle var pasienten beskrevet som rolig og høflig og med adekvat kontakt gjennom en hel dagvakt. Pasienten ble utskrevet mot slutten av vekten. Likevel ble ikke beltebruken avsluttet før 14:25 på ettermiddagen.

For noen av pasientene som lå lenge i belter, som ofte var pasienter som hadde historikk med å utagere mot helsepersonell, framstod det som at belteleggingene ble opprettholdt for å forebygge nye utageringer. I ett tilfelle ble det for eksempel beskrevet at «pasienten formidles at det ikke vil bli gjort ytterligere løsning av beltene på dette skiftet, men ny vurdering til ettermiddagen hvis pasienten samarbeider godt med sykepleier og oppgir å ha kontroll på egne impulser.» Ombudet vil understreke at mekaniske tvangsmidler ikke kan brukes for å forebygge framtidige utageringer. Det kan heller ikke brukes for å håndtere alminnelig uro, trusler o.l. Helse direktoratet beskriver at erfaringer med pasientens spesielle reaksjons-/handlingsmønster og stort skadepotensiale helt

<sup>68</sup> EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagernr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

<sup>69</sup> CPTs rapport etter besøk til Danmark i 4.–13. februar 2014, side 65, avsnitt 121 [CPT/Inf (2014) 25].

unntaksvis vil kunne tilsi at vilkårene for å anvende tvangsmidler er oppfylt under slike omstendigheter, men at dette antas først og fremst å være aktuelt på sikkerhetsavdelinger.<sup>70</sup>

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

Våre funn tilsa at det var miljøpersonalet som avgjorde om pasienten kunne løses ut av beltene, og at ansvarshavende i avdelingen skulle godkjenne dette. Behandlere, evt. forvakt kunne konsulteres ved behov. Det er positivt at miljøpersonale ikke trenger å vente på legen for å iverksette løsning av belter. Samtidig var det en risiko for at behandlere, inkludert dersom de hadde pasientansvar eller stod oppført som faglig ansvarlig for vedtaket, i for liten grad fulgte med på hvor lenge pasientene ble liggende i belter og hadde lite ansvar for å vurdere om vilkårene for tvangen fortsatt var tilstede.

## 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. Helseledelsen har derfor understreket at belter som den klare hovedregel «ikke kan brukes (...) overfor en pasient som sover.»<sup>71</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>72</sup>

At pasienter sov i belter, var dokumentert i 14 av de 21 journalforløpene vi gikk igjennom. For flere av pasientene som var i belter i flere døgn, var det dokumentert at pasienten sov periodevis i flere netter på rad. I sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler stod det at «Dersom pasienten sover, bør belter løses opp så fremt dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.» Likevel tydet funnene våre på at dette ofte ikke ble gjort. Vi fant flere eksempler på at pasienten sov i lengre strekk, uten at det var skrevet noen begrunnelse for hvorfor beltene ikke kunne løsnes. Det bør alltid vurderes, og om mulig forsøkes, å løse pasienten fra mekaniske tvangsmidler ved søvn.

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

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>73</sup> Kontrollkommisjonen har en sentral rolle i å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved

---

<sup>70</sup> Helseledelsen (2016). Psykisk helsevernloven § 4-8 - Bruk av mekaniske tvangsmidler – Gjennomføring og kontroll. Brev til Helse Nord RHF av 19.12.2016. Tilgjengelig fra: [Presiseringer av § 4-8 - Bruk av mekaniske tvangsmidler - gjennomføring og kontroll 2016.pdf](#)

<sup>71</sup> Helseledelsen (2026). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 1. juni 2026.)

<sup>72</sup> EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, 112 til 114.

<sup>73</sup> HR-2008-88-A, avsnitt 58.

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>74</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 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>75</sup> I saken Aggerholm mot Danmark ble en pasient som var beltelagt i 23 timer tilsett av lege 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>76</sup> Varigheten mellom slike konsultasjoner er også vektlagt i saken Lavorgna mot Italia.<sup>77</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>78</sup> Norske domstoler vil tillegge disse avgjørelsene betydelig vekt ved prøvingen av tilsvarende spørsmål.<sup>79</sup>

Sivilombudet ber videre sykehusene om å merke seg at Helse- og omsorgsdepartementet i ny psykisk helsevernforskrift har fastsatt at vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke kan vare lenger enn åtte timer.<sup>80</sup> Dersom en beltelegging skal kunne pågå lenger enn dette, må det eventuelt fattes et nytt vedtak.<sup>81</sup>

Sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler tilsa at «Vedtak som vedvarer utover 24 timer, bør drøftes mellom to faglig ansvarlige for vedtak. Vurderingsgrunnlaget skal bli journalført.» Vi fant imidlertid ingen eksempler på at dette hadde skjedd i de 9 forløpene vi gikk igjennom som varte mer enn 24 timer.

### Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

9. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

<sup>74</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

<sup>75</sup> EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 122 og 123.

<sup>76</sup> EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18), 15. september 2020, avsnitt 112.

<sup>77</sup> EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

<sup>78</sup> EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

<sup>79</sup> HR-2015-1405-A avsnitt 20-22.

<sup>80</sup> Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd

<sup>81</sup> Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforordningen med kommentarer, merknadene til § 28.

10. Sykehuset bør sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler vurderes fortløpende, og at vurderingene dokumenteres.

## 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>82</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>83</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>84</sup> Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.<sup>85</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>86</sup> CPT har anbefalt at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for bruk av tvangsmidler, som ledd i dette arbeidet.<sup>87</sup>

De to postene var organisert med hver sin seksjonsleder og assisterende seksjonsleder. Over disse var det en avdelingsleder som hadde personalansvar for seksjonslederne, samt behandlergruppa på de to postene. LIS-legene hadde sin personalleder ved en annen avdeling utenfor sykehuset.

Sykehuset hadde flere rutiner som var relevante for å forebygge og redusere bruk av tvang, inkludert rutinen for bruk av mekaniske tvangsmidler, rutine for gjennomføring av ettersamtale, pasientbrosjyre om ettersamtaler og et samledokument om bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven.

Ledelsen fulgte regelmessig med på tvangsstatistikk. Avdelingsleder i PAM gikk igjennom alle vedtak hver 14. dag i forbindelse med overlevering til Kontrollkommisjonen, og tilbakemeldingene fra kommisjonen ble diskutert på avdelingsmøte med seksjonslederne. Statistikk over vedtak om tvang og gjennomføring av ettersamtaler var også jevnlig tema på felles personalmøter for begge postene. Vi savnet samtidig regelmessig refleksjon om og kontroll av hvor lenge pasientene lå i belter.

---

<sup>82</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>83</sup> CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

<sup>84</sup> Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

<sup>85</sup> Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (Siste faglige endring 14. desember 2021).

<sup>86</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>87</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017) 6, avsnitt 1.7.

Vi fikk beskrevet at de to akuttpostene hadde gjennomgått større organisatoriske omlegginger i forbindelse med renovasjonen og samlokaliseringen av postene i nytt bygg. I forbindelse med sammenslåingen ble det oppgitt at ledelsen arbeidet med å unngå ulik praksis mellom de to postene og å bygge ned kulturforskjeller. Det er positivt at ledelsen har oppmerksomhet rettet mot dette.

## 6.2 Fysiske forhold og belegg

Studier tyder på at det fysiske miljøet for pasientene, med romslige, oversiktlige og hjemlige lokaler, enerom, nærhet til natur, naturlig lys og opplevelse av frihet og trygghet, kan bidra til å forebygge bruk av tvang.<sup>88</sup> Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».<sup>89</sup> Flere av de vi snakket med opplevde at ombyggingen hadde vært positiv og ga bedre forhold for både ansatte og pasienter.

En risikofaktor for konfliktsituasjoner som ble nevnt, var at uteområdene ikke kunne brukes fritt. Særlig for post 1 som befant seg i andre etasje av bygget, framstod utearealet som vanskelig tilgjengelig. Det var en lege som tok stilling til utgang på området og utgang i hagen. Utgang til røykebalkong begrenset til en røyk i timen og totalt en røyk på nattetid. Det kom frem informasjon om at dette også kunne bidra til å skape konfliktsituasjoner.

Den betydelige oppgraderingen av lokalene framstod uansett som positiv for både pasienter og ansatte. Større og lettere tilgjengelige utearealer tilpasset pasientgruppa bør være en del av planen når Psykiatrisk klinikk skal flyttes til den gamle Kvinneklubben på Haukeland i 2030.

Høyt pasientbelegg i og stor utskiftning av miljøpersonell ble trukket fram som en bekymring. Når det over tid var mye nytt personell på jobb krevde dette mye av erfarent personell, særlig i situasjoner som endte med utageringer eller høyt konfliktnivå. Dette kan føre til utrygghet, som igjen kan gi risiko for bruk av tvang. Støtte for de ansatte, inkludert mulighet for debrief og tilstrekkelig opplæring, er viktige tiltak å forebygge utrygghet og slitasje på ansattgruppa (se kapittel 6.3 *Opplæring*).

## 6.3 Opplæring

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring hos ansatte om regelverk og konfliktforebyggende kommunikasjon er sentralt for å anvende alternativer til tvang.<sup>90</sup> Alle ansatte i miljøpersonalet var pålagt å gjennomføre et to-dagers kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), et opplæringsprogram for å øke forståelsen, forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk. Det inkluderer opplæring i forebyggende kommunikasjon og deeskalering. Klinikken hadde fast vedlikeholdstrening i MAP en gang per uke. Seksjonsledelsen hadde ansvar for å følge opp at ansatte deltok på dette. Nattevakter hadde ikke faste MAP-treninger i sin arbeidstid, og

---

<sup>88</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>89</sup> Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3. (Siste faglige endring 14. desember 2021)

<sup>90</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).

derfor hadde det nylig blitt innført egne kompetansedager for nattevaktene som skulle kompensere for dette.

Det ble avholdt ukentlig debrief eller internundervisning for miljøpersonalet. Behandlere kunne også delta dersom de hadde vært direkte involvert i hendelser. Selv om vi fikk inntrykk av at debrief ble gjennomført jevnlig, tydet våre funn på et forbedringspotensial når det kom til å bruke informasjonen som kom fram i debriefene til systematisk læring og forbedringsarbeid.

Nyansatte fikk opplæring i psykisk helsevernloven, inkludert bruk av tvangsmidler. LIS-legene hadde eget kurs i psykisk helsevernloven, organisert som del av deres utdanningsløp. For de av personalet som hadde ansvarsvakter, var det ikke noen formell opplæring utover kravet om at man måtte ha jobbet i minst tre måneder, ha MAP-kurs og oppfylle kravet om utdanning (se kapittel 3.2. *Kompetanse og rollefordeling*). Svakheter i vedtakene om mekaniske tvangsmidler (se kapittel 3 *Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler*) og manglene i de løpende vurderingene av opprettholdelse eller opphør av beltelegging (se kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*), tilsa at det var behov for styrket opplæring og økt bevissthet om hva lovgivningen krever av dokumentasjon for så inngripende tiltak. Dette gjelder særlig for de ansvarshavende. Også eksempler på andre feil i vedtakene, som feil innleggelsestidspunkt og innleggelsesparagraf, og at LIS-leger hadde fattet ordinære vedtak om bruk av tvangsmidler, understreket behovet for mer systematisk opplæring.

#### 6.4 Pasientinvolvering

God kunnskap om den enkelte pasients behov, meninger og tidligere erfaringer er viktig for å forebygge tvang og sikre pasientens rett til å bli hørt. Slik kunnskap kan innhentes på flere måter, for eksempel ved å ha inntakssamtaler med pasienten og eventuelle nærstående om erfaringer og kjente triggere hos den enkelte.<sup>91</sup> Sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler beskrev at «Pasienten skal spørres på et tidlig tidspunkt i forløpet om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og sinne og hvilke tiltak pasienten selv ønsker skal iverksettes i slike situasjoner» og at «Forebyggende strategier er særlig viktig overfor pasienter som har en kjent voldelig adferd rettet mot seg selv og /eller andre, eller som tidligere har blitt påført mekaniske tvangsmidler». Vi fant imidlertid ingen eksempler på at inntakssamtale eller andre dokumenter fra pasientforløpene vi gikk igjennom inneholdt dokumentasjon på at slike forebyggende samtaler hadde blitt gjennomført, selv om inntakssamtalene ble trukket fram som et sted hvor ansatte kunne finne informasjon om tidligere erfaringer med tvangsbruk.

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.<sup>92</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.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Det følger av psykisk helsevernloven § 4-2 andre ledd at «Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.»

<sup>92</sup> Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd

<sup>93</sup> CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

Ifølge sykehusets egne rutiner skal samtalen gjennomføres «så snart pasienten er i stand til å delta og hvis mulig innen en uke etter opphør av tvangen, eller senest ved utskrivelse.» Det er faglig ansvarlig og leder av døgnenhet som har et felles ansvar for at samtalen(e) finner sted.

Mange av de ansatte var bevisste på at det skulle gjennomføres ettersamtaler. Dette hadde blitt styrket ved akuttpostene etter at dette hadde vært et tema i Helsetilsynets tilsyn med forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttmottakene i 2023, blant annet ved at ettersamtale hadde blitt satt opp som eget punkt på pasienttavlen på vaktrommet. I halvparten av forløpene vi gjennomgikk var det imidlertid ikke gjennomført ettersamtale. I noen tilfeller var det dokumentert i overføringsnotater til andre poster, at ettersamtale måtte gjennomføres. For en pasient som hadde blitt beltelagt to ganger med kun i overkant av en time mellom de to belteleggingene, var det journalført ettersamtaler for begge belteleggingene. Begge ettersamtalene var imidlertid journalført underveis i det andre belteforløpet, og tilsynelatende gjennomført mens pasienten fremdeles var beltelagt. Ettersamtalen fra det lengste forløpet, som varte i mer enn seks døgn, framstod mer som en samtale om hva som skulle til for at pasienten skulle slippe ut av belter, enn en samtale om hvordan belteleggingen hadde blitt opplevd, og hva som kunne vært gjort annerledes.

Selv om de fleste vi snakket med visste hvordan de kunne søke på informasjon fra ettersamtalene i journalsystemet, var det usikkert om denne informasjonen ble brukt på en systematisk måte.

#### **Forebygging av mekaniske tvangsmidler**

11. Sykehuset må sikre at pasienters erfaringer om bruk av belter og forslag til hva som kunne vært gjort annerledes samles, deles og brukes aktivt for å forebygge langvarig tvangsmiddelbruk.
12. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert styrket internkontroll og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.

## 7 Klage og kontroll

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettssikkerhet og for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal derfor ha en kontrollkommisjon.<sup>94</sup> Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontroll med tvangsinnleggelse, gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.<sup>95</sup>

Kontrollkommisjonen som dekket akuttpostene hadde ansvar for PAM og avdeling for tidlig psykose og for kompleks rehabilitering. Kommisjonen kontaktet ikke pasienter selv når de var til stede i postene på velferdskontroll, men tilbød samtale til alle pasienter som var til stede i postene via personalet. Sivilombudet har ved en rekke tilfeller anbefalt at kontrollkommisjonen selv tar direkte kontakt med pasientene.<sup>96</sup> Dette kan være særlig viktig for å følge opp pasienter som er blitt lagt i belter flere ganger.

Kontrollkommisjonen gjennomførte klagebehandling og velferdskontroll hver 14. dag. Kommisjonen hadde ikke mottatt noen klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2025, og kun én klage i 2026 som hadde blitt trukket. Det lave antallet klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler innebærer at kontrollkommisjonens egne undersøkelser er sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

Kommisjonens leder gjennomgikk vedtakene, noterte eventuelle mangler i marginen på vedtakene og sendte dette til klinikken med et følgebrev som beskrev overordnede utfordringer. Vi fikk oppgitt at det tidvis kunne være et høyt antall vedtak og at vedtaksgjennomgangen kunne ta lang tid. Kommisjonen hadde ved flere anledninger gitt sykehuset tilbakemelding om at hastevedtak som var fattet ikke framstod som akutte hendelser hvor vilkårene for å beltelegge var til stede.

Vi har gjennomgått 15 vedtak med kommisjonens påtegninger. Flere av disse gjaldt hastevedtak som kommisjonen mente ikke framstod som akutte hendelser. Der kommisjonen krevde at det ble fattet nytt vedtak fordi informasjonen i vedtaket tilsa at det ikke dreide seg om en akutt nødsituasjon, hadde sykehuset opprettet et nytt, likelydende vedtak med påtegning fra faglig ansvarlig. Det samme hadde blitt gjort der hvor kommisjonen underkjente vanlige vedtak. Kommisjonen hadde sendt et varsel til statsforvalteren om dette, på bakgrunn av at gjentatte tilbakemeldinger til sykehuset ikke hadde medført tilstrekkelig endring i praksis. I sitt svar la klinikkledelelsen vekt på at klinikken jobbet med forbedring på flere nivåer, inkludert gjennom opplæringstiltak. Kommisjonens inntrykk var likevel at vedtaks kvaliteten hadde økt i undersøkelsesperioden.

I sin vedtaksgjennomgang vurderte kommisjonen kun innholdet i vedtakene om å iverksette mekaniske tvangsmidler. Den gikk ikke inn i journalen og vurderte perioden pasienten var lagt i belter. Dette ble begrunnet med et høyt antall vedtak og tilsvarende arbeidsmengde. I lys av at mange av belteforløpene varte lenge, er dette problematisk, fordi kommisjonen ikke da fanger opp om pasienten fortsatt er beltelagt etter at vilkårene for belteleggingen ikke lenger er til stede. Det er samtidig svært få pasienter som klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler.<sup>97</sup> Dette

<sup>94</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>95</sup> Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften § 51 flg. samt § 62 og § 63.

<sup>96</sup> Sivilombudet. (2023) Rapport fra besøk til St. Olavs hospital, regional sikkerhetsavdeling (Østmarka), kapittel 8, med videre henvisninger.

<sup>97</sup> Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 60.

innebærer at kontrollkommisjonens egne undersøkelser er sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

#### **Klage og kontroll**

13. Kontrollkommisjonen bør styrke den rutinemessige gjennomgangen av sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av beltelegging.

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