



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 94

**Bruk av mekaniske tvangsmidler,
Nordlandssykehuset**

3. – 5. februar 2026



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



SIVILOMBUDET

Nordlandssykehuset HF, Akuttpsykiatrisk avdeling
Kontrollkommisjonen, Nordlandssykehuset HF

Vår referanse
2025/5798

Deres referanse
«Ref»

Vår saksbehandler
Audun Solli

Dato
17.06.2026

Oversendelse av rapport etter besøk til Nordlandssykehuset HF 3. til 5. februar 2026

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Nordlandssykehuset HF, Akuttpsykiatrisk avdeling 3. til 5. februar 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 **18. 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.



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Nordlandssykehuset

3. til 5. februar 2026

Innholdsfortegnelse

I. Besøk til Nordlandssykehuset HF – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler.	3
II. Sammendrag	4
III. Anbefalinger	6
1. Beltelegging i sykehus: Inngripende tvangstiltak med høy risiko for umenneskelig behandling	7
2 Akuttenhetene Sør og Salten	9
2.1 Organisering.....	9
2.2 Fysiske forhold	9
2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler	10
3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler	12
3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler.....	12
3.1.1 Lovlig formål.....	12
3.1.2 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak	13
3.1.3 Pasientens syn og forholdsmessighet	16
3.2 Kompetanse og rollefordeling	17
4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter	20
5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging	23
5.1 Vurderinger om opphør.....	23
5.2 Særlig om søvn.....	25
5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter.....	26
6 Forebygging	28
6.1 Ledelse	28
6.2 Fysiske forhold	29
6.3 Pasientinvolvering.....	29
6.4 Opplæring	30
7. Klage og kontroll	32

I. Besøk til Nordlandssykehuset HF – 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.¹

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

Forebyggingsenhetens besøk til Nordlandssykehuset

Sivilombudets forebyggingsenhet varslet i et brev 9. september 2025 akuttpsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF om at vi ville gjennomføre et besøk innen utgangen av 2026. Vi opplyste ikke om det nærmere tidspunktet for besøket. Besøket ble gjennomført 3. til 5. februar 2026.² Vi besøkte to poster, enhet Sør og enhet Salten. Under besøket gjennomførte vi en befaringsavdeling av lokalene og intervjuet pasienter og ansatte. Noen av intervjuene ble gjennomført i etterkant. Vi innhentet også omfattende dokumentasjon fra sykehuset. Avsluttende møte med sykehusets ledelse ble gjennomført 10. mars.

Akuttpsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset

Akuttpsykiatrisk avdeling ligger i et bygg fra 1902 i Bodø kommune. Avdelingen har tre lukkede døgnenheter, Nord, Sør og Salten, med totalt 32 sengeplasser og en samlet bemanning på cirka 105 årsverk. De tar imot pasienter avhengig av hvor de bor og kapasitet. Sør og Nord har 10 sengeplasser, mens Salten har 12. Enhetene gir psykisk helsehjelp til personer over 18 år med behov for øyeblikkelig hjelp. Manglende kapasitet ved sykehusets «Enhet for sikkerhetspsykiatri» gjorde at enkelte pasienter fra sikkerhetspsykiatri var innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling i løpet av undersøkelsesperioden.

Forebyggingsenhetens undersøkelse var avgrenset til bruk av mekaniske tvangsmidler ved sengepostene Sør og Salten. Undersøkelsesperioden var hele 2025 og fram til besøkstidspunktet i februar 2026.

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

² De som deltok i besøket var Helga Fastrup Ervik (avdelingsjef, jurist), Johannes Flisnes Nilsen (spesialrådgiver, jurist), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Viktoria Akre (ekstern ekspert, psykiater), Audun Gjernes (rådgiver, jurist), Ida Giske (seniorrådgiver, journalist), Lars Mathias Enger (seniorrådgiver, jurist) og Audun Solli (seniorrådgiver, samfunnsviter).

II. Sammendrag

Bruk av mekaniske tvangsmidler, som å bli fastspent i en belteseng, innebærer høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Sivilombudets forebyggingsenhet har derfor undersøkt bruken av mekaniske tvangsmidler ved sengepostene Salten og Sør ved Akuttpsykiatrisk avdeling på Nordlandssykehuset HF i perioden 1. januar 2025 til og med 5. februar 2026.

Fysiske forhold

Sykehuset fra 1902 bar preg av slitasje. Pasientene hadde ikke tilgang til et uteområde hvor de kunne få frisk luft uten følge av ansatte. På Sør var det ikke toaletter på pasientrommene. Gangene var trange, og dette gjorde postene mindre oversiktlige.

Ulovlig og svakt begrunnede vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler kan bare brukes i nødrettslignende situasjoner. To vedtak var begrunnet utelukkende med at pasientene ønsket eller ba om å bli lagt i belteseng. Det er ikke et lovlig formål for bruk av belter.

Begrunnelsen i flere vedtak tydet på at belteleggingene ikke hadde vært uomgjengelig nødvendige, slik loven krever. Det gjaldt særlig seks vedtak som utelukkende var begrunnet med å avverge betydelig skade på bygning eller inventar. Det gjaldt også mange vedtak med en så uklar begrunnelse at det var vanskelig å forstå hvilken fare tvangsmiddelet skulle avverge eller om faren var nært forestående i tid. Vedtakene hadde generelle beskrivelser av pasientenes opptreden, og manglet konkrete beskrivelser av forsøk på å bruke mindre inngripende tiltak.

Ingen av vedtakene vurderte om belteleggingen var forholdsmessig ved å beskrive om pasienten var særlig sårbar på grunn av alder, tidligere traumer eller andre forhold som kunne øke påkjenningen av å bli plassert i belter.

Nesten alle vedtakene om mekaniske tvangsmidler var fattet og kvalitetssikret av helsepersonell uten nødvendig kompetanse til dette. Funnene om store mangler i mange av vedtakene tilsier at dette har hatt direkte konsekvenser for kvaliteten på vedtakene. Dette er alvorlig og innebærer en høy risiko for at mekaniske tvangsmidler blir brukt i situasjoner der lovens vilkår ikke er oppfylt.

Ivaretagelse av pasienter i belter

I rommet med belteseng på den ene posten ble det funnet spyttetter. Spyttetter kan tres over hodet på en person for å hindre spyting. Disse utgjør risiko for alvorlig skade, blant annet fordi det kan gi risiko for kvelning og gjøre det vanskeligere å oppdage medisinske tilstander som er under utvikling. Å få dekket til ansiktet slik, samtidig som man er lagt i belter, vil i tillegg bidra til frykt og avmaktsfølelse. Spyttetter er ikke tillatt i psykisk helsevern. Det er svært kritikkverdige at ulovlige tvangsmidler er tilgjengelige.

Pasientenes verdighet og grunnleggende behov skal ivaretas mens de er beltelagt. Dokumentasjonen tydet på at dette i stor grad ble ivaretatt. For noen av pasientene var det imidlertid for dårlig begrunnet hvorfor det ikke var mulig å la dem bruke toalettet i mobile belter.

Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

Mekaniske tvangsmidler kan bare brukes for å avverge en akutt faresituasjon, og tvangstiltaket skal opphøre så snart faren er avverget. Nesten 40 prosent av vedtakene varte ifølge sykehusets statistikk

i under to timer. Dette er positivt, og tyder på at sykehuset jobbet aktivt for å avslutte belteleggingene.

Samtidig var noen pasienter beltelagt i lang tid, og det gikk lang tid mellom hver gang sykehuset vurderte å avslutte tvangstiltaket. To pasienter var beltelagt i henholdsvis 34 og 38 timer uten en dokumentert vurdering. Den lange tiden det gikk mellom hver vurdering utgjorde i seg selv en betydelig risiko for at belteleggingene varte lenger enn nødvendig. Kvaliteten på begrunnelsene var lav, og forholdt seg ikke til lovens vilkår for å bruke mekaniske tvangsmidler. Flere av pasientene ble beskrevet som rolige eller samarbeidsvillige, uten at det førte til at de ble løst ut av beltene. I slike situasjoner vil videre opphold i belter være ulovlig og innebære en betydelig risiko for brudd på EMK artikkel 3.

Forebygging

I arbeidet for å forebygge tvang er internkontroll og kunnskap om nasjonalt regelverk og menneskerettslige standarder viktig. Funnene tilsa at ledelsen ikke hadde tilstrekkelig oversikt over risikoen for feil og svakheter i etterlevelsen av regelverket. Ledelsen hadde ikke fanget opp den manglende involveringen fra de faglig ansvarlige i tvangsmiddelbruken eller at mange vedtak hadde store mangler. Det var også behov for å sikre at ettersamtaler blir gjennomført og brukt til å forebygge nye beltelegginger.

Sykehuset hadde ikke en systematisk opplæring av ansatte i lovverket om bruk av mekaniske tvangsmidler. Undersøkelsen viste at både miljøpersonalet som tok beslutningen og legene som fattet vedtakene om bruk av belter hadde behov for å styrke kunnskapen om den høye terskelen for bruk av mekaniske tvangsmidler og om at vilkårene skal være til stede under hele belteleggingen.

Behov for styrket kontroll fra Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen hadde ikke fanget opp ulovlige og svakt begrunnede vedtak. Kommisjonen hadde heller ikke fanget opp vedtakene som var fattet av LIS-leger, den manglende involveringen til den faglige ansvarlige eller de ordinære vedtakene som skulle ha vært registrert som hastevedtak. Det gir grunn til bekymring om kontrollens kvalitet. At svært få pasienter klager på vedtak om belter, understreker betydningen av kommisjonens egenkontroll.

III. Anbefalinger

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

1. Sykehuset må sikre at mekaniske tvangsmidler bare brukes når tiltaket har et lovlig formål, 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 fastspennet 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 sikre at det fattes hastevedtak når ordinære vedtak ikke kan fattes av faglig ansvarlig som er spesialist, og at alle vedtak alltid kvalitetssikres av en faglig ansvarlig spesialist. Faglig ansvarliges kontroll av vedtakene bør også styrkes.

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 fjerne tilgangen til spyttetter.
7. Sykehuset bør sikre at pårørende får informasjon om vedtak om mekaniske tvangsmidler.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

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

Forebygging

11. Sykehuset bør styrke sitt arbeid med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, og sikre opplæring til de som beslutter bruk av belter og de som fatter vedtak.
12. Sykehuset bør styrke sin internkontroll av vedtakene og av de lange forløpene.
13. Sykehuset bør alltid tilby pasienter minst én samtale for å evaluere bruk av mekaniske tvangsmidler, og sørge for at relevant informasjon brukes systematisk for å forebygge bruk av tvang.

Klage og kontroll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) viser at beltelegging kan krenke forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 3. Beltelegging skal bare skje som en siste utvei, når det er den eneste måten å hindre skade på pasienten selv eller andre. Fordi inngrepet er så alvorlig, må det kontrolleres strengt. I 2020 ble Danmark dømt av EMD for brudd på artikkel 3 der en pasient var beltelagt i nesten 23 timer uten at staten kunne dokumentere at tvangen var strengt nødvendig i hele perioden.¹¹ Selv i tilfeller der pasienten fortsatt bedømmes som akutt farlig under belteleggingen, stilles det strenge krav til sykehuset. Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som varer i flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹² Dette ble bekreftet av EMD i en dom fra mars 2026, der en pasient var beltelagt i 13 dager.¹³ 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.

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

⁹ NOU 2019: 14 (2019) Tvangsbegrensingsloven, kapittel 23.8.5.2.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget, side 93. Tilgjengelig fra:

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

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

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

¹³ 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 Akuttenhetene Sør og Salten

2.1 Organisering

Akuttpsykiatrisk avdeling på Nordlandssykehuset i Bodø bestod av akuttpostene Nord, Sør og Salten og hadde totalt 32 sengeplasser. Forebyggingsenhetens undersøkelse gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved Sør og Salten, som hadde henholdsvis 10 og 12 sengeplasser. Pasientene ble mottatt direkte på akuttenhetene. Sykehuset opplyste at gjennomsnittlig liggetid på akuttenhetene var tre til fire dager. Pasientene ble deretter enten skrevet ut av sykehuset, eller overført til andre avdelinger på sykehuset.

På begge postene var bemanningen normalt 10 miljøpersonale på dagen, 6 på kvelden og 3 på natt. I helgene var det fast fem på dag- og kveldsvakt, og tre på nattevakt. Sykehuset leide fast inn ekstra vakter, slik at det alltid var en ekstra på kvelds- og nattevaktene. Enhetene hadde tre behandlere hver: to overleger og en psykolog. Både miljøpersonale og behandlere var fast knyttet til en av postene. Begge enhetene hadde en enhetsleder og en assisterende leder, men stillingen som enhetsleder på Sør var ubesatt under vårt besøk.

Flertallet av de ansatte opplevde at bemanningen var tilstrekkelig. På Sør ble det imidlertid pekt på at det var mange innleide og ufaglærte, og at de ofte manglet kompetanse og opplæring til å håndtere hendelser som kunne føre til bruk av belteseng (se kapittel 6.4 *Opplæring*).

Belegget hadde vært høyt over lengre tid på begge postene. Dette skyldtes delvis kapasitetsutfordringer i sikkerhetspsykiatrien, som gjorde at pasienter derfra ble overført til Akuttpsykiatrisk avdeling. Et styrereferat fra november 2025 beskriver situasjonen ved Akuttpsykiatrisk avdeling som «fortsatt krevende» og viste blant annet til høyt belegg.¹⁴ I tidligere styresaker ble det også beskrevet sykere pasienter, og mer vold og trusler.¹⁵

2.2 Fysiske forhold

Postene på akuttpsykiatrisk avdeling lå i et fredet bygg fra 1902. Bygget bar preg av slitasje. Sykehuset opplyste om at på grunn av byggets alder og forfatning var noen vinduer skrudd fast slik at det ikke var mulig å lufte.

Enhetsledere og assisterende leder hadde kontorer på postene og var dermed fysisk tett på pasientene og miljøpersonalet. Behandlerne, inkludert leger i spesialisering, hadde kontor plass i et eget bygg, men brukte også ledige kontorer i tilknytning til postene.

Sør og Salten var lokalisert i ulike bygg. Salten ble bygget om i 2009. Inkomstområdet bestod i begge postene av et samtalerom og et undersøkelsesrom. Belter eller andre tvangsmidler ble ikke oppbevart her. Etter inkomstarealet var det en gang som ledet inn til avdelingen, med vaktrom, pasientrom, røykerom og felleskapsområde.

Pasientene hadde ikke tilgang til et uteområde hvor de kunne få frisk luft uten følge av personalet.

¹⁴ Styresak 092-2025. Virksomhetsrapport november 2025. Tilgjengelig på https://www.nordlandssykehuset.no/4af27d/siteassets/documents/styret-i-nordlandssykehuset/styremoter-2025/16.-desember/styresak-092-2025-virksomhetsrapport-november-2025-m_vedlegg.pdf.

¹⁵ Styresak 049-2025. Virksomhetsrapport mai 2025 og halvårsrapport styringskrav 2025. Tilgjengelig på https://www.nordlandssykehuset.no/49d6d6/siteassets/documents/styret-i-nordlandssykehuset/styremoter-2025/18.-juni/styresak-049-2025-virksomhetsrapport-mai-2025-og-halvarsrapport-styringskrav-2025-m_vedlegg.pdf

På Sør var det 10 pasientrom med egen vask, men uten toalett. Posten hadde bare to toaletter på deling. Det var dusj på et av toalettene, og det var i tillegg et dusjrom uten toalett. Posten var U-formet og hadde trange ganger, og dette kunne gjøre det vanskelig å ha oversikt over posten. En belteseng var plassert i et eget rom i skjermingsenheten, som lå i enden av den ene gangen med pasientrom. Rommet med belteseng hadde i tillegg en stol og skap med lagringsplass for utstyr. Det hang en klokke på veggen. Nærmeste toalett var i gangen utenfor belterommet, og det var tisseflaske tilgjengelig. Sykehuset opplyste at det var lytt mellom belterom og skjermingsenheten.

Salten hadde 12 pasientrom, alle med toalett. Posten var L-formet, og dermed mer oversiktlig selv om gangene også her var trange. Det var kort avstand fra vaktrommet til skjermingsenheten der belterommet var plassert. Belterommet var tilsvarende innredet som på Sør, men manglet klokke. Rommet hadde også en dør direkte inn til fellesområdet på enheten. Det lå flere spyttetter åpent tilgjengelig. Spyttetter er et inngripende tiltak som det ikke er hjemmel for å bruke (se kapittel 4 *Ivaretagelse av pasienter som er i belter*).¹⁶

Det var stue og kjøkken med sittegrupper og sofa i fellesarealene på begge postene. På Salten var det også bordtennisbord og ergometersykler.

Beltesengene kunne reguleres, slik at pasienten kunne sitte. De var boltet fast i gulvet. Vinduene på begge belterommene var frostet. Det ga bra med dagslys, men ingen utsikt.

2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Sykehuset hadde ifølge egen statistikk fattet 84 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler ved Sør og Salten i løpet av undersøkelsesperioden 1. januar 2025 til og med 5. februar 2026.

De 84 vedtakene gjaldt 36 personer; 24 menn og 12 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 31 år for kvinnene og 35 år for mennene. De to yngste var 19 år, og den eldste var 70 år. 52 av vedtakene var fattet på Sør, og 32 var fattet på Salten.

En pasient i første halvdel av 20-årene hadde blitt beltelagt 16 ganger. Fire pasienter hadde fem eller seks vedtak om belter, mens 11 pasienter hadde blitt lagt i belter to eller tre ganger. 20 pasienter hadde blitt beltelagt én gang.

Sykehusets statistikk viste at mange av forløpene varte i noen få timer. Nesten 40 prosent av vedtakene hadde en varighet på under to timer. Den gjennomsnittlige varigheten var 9 timer og 48 minutter, mens mediantiden var 3 timer og 48 minutter.

Samtidig viste statistikken at noen pasienter lå lenge i belter. Til sammen varte 12 vedtak i mer enn 20 timer, og seks av disse varte lenger enn 30 timer. Det lengste vedtaket varte nesten 7 døgn. Det gjaldt en pasient som før dette hadde hatt fire beltelegginger i løpet av fire dager som varte til sammen 72,5 timer. Pasienten ble deretter beltelagt i nesten 7 døgn (165,5 timer). To dager etter dette forløpet, ble pasienten beltelagt igjen i 17 timer og 8 minutter. Til sammen var pasienten i belter i 255 timer og 11 minutter (litt over 10,5 dager) i en periode på 14 dager.

¹⁶ Helsedirektoratet 30. januar 2024. Svar - bruk av spyttmaske som tvangsmiddel i psykisk helsevern. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/bruk-av-spyttmaske-som-tvangsmiddel-i-psykisk-helsevern.pdf/_attachment/inline/c2989954-4ee7-40b8-9185-002d60fe4bd2:ad18223f360655361605ae9124e595a27d847816/Bruk%20av%20spyttmaske%20som%20tvangs%20middel%20i%20psykisk%20helsevern.pdf. Se også Sivilombudsmannen (2018) Rapport fra besøk til Sykehuset i Vestfold HF, kapittel 7.2 med videre henvisninger.

Varigheten av belteleggingene var klart lenger på Salten enn på Sør. Mediantiden på Salten var 10 timer og 25 minutter. Litt over halvparten av belteleggingene varte over 8 timer, og 27 prosent varte 20 timer eller mer. På Sør var mediantiden 1 time og 50 minutter, og 52 prosent av belteleggingene varte i mindre enn to timer. Bare åtte prosent varte i over 20 timer, og 14 prosent varte i over 8 timer.

Det var også betydelige kjønnsforskjeller i varigheten. Mediantid for kvinner var 1 time og 35 minutter, mens den var 7 timer og 35 minutter for menn. Av de 27 belteleggingene som hadde en varighet på under 2 timer, gjaldt 21 kvinner. Klart flere av pasientene som ble beltelagt på Sør var kvinner.

Sivilombudets gjennomgang av 32 forløp viste at sykehusets statistikk om varighet i flere tilfeller ikke var korrekt. I 11 tilfeller var varigheten i realiteten noe lenger enn det sykehusets statistikk viste. I ett tilfelle stod det i statistikken at belteleggingen varte i 5 minutter, mens journalen viste at det varte i 2 timer og 13 minutter. Det var også to vedtak av ukjent varighet som ikke stod i sykehusets oversikt.

Litt under halvparten av vedtakene ble fattet på kveldsvakten, mellom klokken 15:00 og 22:00. En tredjedel ble fattet på dagtid mellom klokken 07:00 og 15:00. Det var færrest vedtak på natten. De fleste belteleggingene opphørte på dag- eller kveldsvakten. 11 av belteleggingene opphørte i løpet av natten, mellom 23:00 og 07:00.

3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler

Det følger av psykisk helsevernloven at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes når dette er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å hindre at pasienten skal forårsake betydelig materiell skade.¹⁷ Forarbeidene slår fast at bestemmelsen er ment å gi tiltak til bruk i «nødrettslignende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert adferd».¹⁸ EMDs praksis underbygger at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes som siste utvei, og at faren for skade må være umiddelbar og overhengende.¹⁹ 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.²⁰

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.²¹ Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.²² Dersom begrunnelsen er mangelfull, øker risikoen for brudd på forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 42 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler ved Sør og Salten fra 1. januar 2025 til og med 5. februar 2026. I denne perioden benyttet sykehuset to ulike maler for vedtakene. Den ene malen, som så ut til å være eldre, manglet viktig informasjon til pasientene, blant annet om retten til å klage.

3.1.1 Lovlig formål

Bruk av mekaniske tvangsmidler er kun tillatt dersom det skjer på grunnlag av et av formålene i psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

Gjennomgangen av de 42 vedtakene viste at de fleste vedtakene var begrunnet med at pasienten var i ferd med å skade andre eller seg selv, eller begge deler. Et mindre antall var begrunnet med å avverge betydelig skade på bygning eller inventar. I flere av vedtakene var alle tre formål markert, men i begrunnelsen var bare ett av formålene beskrevet. Det gjaldt for eksempel en del vedtak som beskrev pasienten som utagerende mot andre, men hvor det også var oppgitt at grunnlaget for tiltaket var å forhindre selvskadning og skade på inventar. Vedtakene manglet imidlertid opplysninger om fare for selvskadning eller skade på inventar, og grunnlaget for disse formålene var derfor uklart.

To vedtak var utelukkende begrunnet med at pasientene ønsket eller ba om belteseng. Hverken vedtakene eller journalnotatene viste til noen av de lovlige formålene for bruk av mekaniske tvangsmidler. Det at en pasient gir uttrykk for et ønske om å bli lagt i belter er ikke i seg selv et lovlig grunnlag, og sykehusets vedtak var i disse to tilfellene derfor ikke lovlige. Helsedirektoratets

¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

¹⁸ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), merknadene til § 4-8.

¹⁹ 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.

²⁰ Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd annen setning og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

²¹ 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.

²² Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

kommentar til bruk av tvangsmidler understreker at vilkårene ikke vil være møtt «på grunnlag av pasientens samtykke alene, for eksempel fordi pasienten er redd for at han/hun vil utagere». ²³ CPT har også understreket at i de fleste tilfeller, er et ønske om beltelegging et uttrykk for at pasientens behov ikke blir møtt og at andre terapeutiske tiltak bør utforskes. ²⁴

3.1.2 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak

Nesten alle vedtakene beskrev situasjonen som førte til bruk av belter. I ett tilfelle inneholdt selve vedtaket ingen beskrivelse av hendelsen, og viste kun til et notat fra miljøpersonalet.

Det var stor variasjon i kvaliteten på vedtakene. I enkelte tilfeller fremstod hendelsen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet. I flere vedtak tydet imidlertid begrunnelsen på at det ikke hadde vært «uomgjengelig nødvendig» å bruke belter slik loven krever.

Dette gjaldt særlig seks av vedtakene som utelukkende var begrunnet med å avverge betydelig skade på bygning eller inventar. Beskrivelsene av de konkrete materielle skadene tilsa i disse tilfellene ikke at skadene var alvorlige nok til å begrunne et vedtak om belter. Bruk av inngripende tvang som belteseng utelukkende for å forhindre betydelig materiell skade fremstår i tillegg som problematisk i lys av menneskerettslige krav, selv om psykisk helsevernloven § 4-8 etter sin ordlyd åpner for dette. ²⁵ 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. ²⁶

I flere vedtak var beskrivelsen av hva pasienten gjorde så lite konkret at det var vanskelig å skjønne hvilken fare tvangsmiddelet skulle avverge eller om faren var nært forestående i tid. Vedtakene beskrev pasientenes adferd med generelle formuleringer som «forsøkte utagere», eller «utagerer fysisk mot personale». Noen vedtak som var begrunnet med å hindre pasienten i å skade seg selv, beskrev i liten grad hvor alvorlig selvskadningen var eller hvor lenge den hadde foregått. Når begrunnelsene gir så lite informasjon om hendelsen som utløste bruk av mekaniske tvangsmidler, blir det vanskelig å vurdere om belteleggingen var lovlig.

Et vedtak var for eksempel begrunnet med at pasienten ikke hadde «kontroll på seg selv», og viste til at han hadde urinert på gulvet og kunne ha falt ned fra en vinduskarm inne i rommet. Vedtaket beskrev ikke på hvilken måte pasientens manglende kontroll utgjorde en fare som det var uomgjengelig nødvendig å avverge, men viste derimot til at han lot seg «greit lede til belterommet».

²³ Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 31. juli 2025.)

²⁴ CPT, "Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT Standards)" 21. mars 2017, punkt 9.

²⁵ 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). Se også 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.

²⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ea7eeab31a4475cb0ac7e63b72e7784/horingsnotat-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget.pdf>

En pasient ble beltelagt til sammen 16 ganger i en periode på litt over to måneder. De første vedtakene tydet på at pasienten utgjorde en akutt fare for seg selv eller andre. Pasienten ble deretter beltelagt ni ganger i løpet av 25 dager. I disse vedtakene var beskrivelsene av hvilken fare belteleggingene skulle avverge, uklare. Ut fra dokumentasjon var det ikke tydelig at faren var tilstrekkelig alvorlig eller nært forestående. Samlet tydet dokumentasjonen på at sykehuset, etter de første vedtakene, hadde senket terskelen for å bruke mekaniske tvangsmidler overfor pasienten. Dette er et alvorlig funn og innebærer betydelig risiko for at pasienten ble lagt i belter ulovlig. Alvorligheten forsterkes av at pasienten var ung (se 3.1.3 *Pasientens syn og forholdsmessighet*.)

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».²⁷ Aktuelle tiltak kan for eksempel være skifte av personal, sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller andre tvangsmidler.²⁸ Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.²⁹

Funnene viste at miljøpersonalet var kjent med dette vilkåret, og det kom frem flere eksempler på tiltak for å trygge pasienten, roe ned situasjonen, samtale og validering av pasientens følelser, luftetur, røyk, kaffe eller beroligende medisiner.

Minst fem av belteleggingene ble gjennomført ved bruk av transportbelter. I 19 vedtak stod det at pasienten var fiksert til beltesengen, eller «fullt fiksert» eller «lagt i fullt beltesett». I 18 av vedtakene var det imidlertid uklart om pasienten var i transportbelter eller i belteseng. Mobile belter gir mer bevegelsesmulighet og anses normalt som et mindre inngripende tvangsmiddel.³⁰ Dette er derfor informasjon som burde vært beskrevet.

Flertallet av vedtakene viste kun til korte og generelle beskrivelser av hvilke mindre inngripende tiltak de ansatte hadde forsøkt. De ga i liten grad informasjon om hvordan pasienten hadde respondert på tiltakene. Det var derfor uklart hvorfor tiltakene var utilstrekkelige. Typiske eksempler var «forsøkt verbal deeskalering uten nytte» eller «det ble forsøkt dialog med pasienten, uten at det lot seg gjøre.» Forsøk på dialog oppfyller ikke alene kravet om å vurdere mindre inngripende midler. I et vedtak stod det at det var «godt dokumentert at man har forsøkt å avverge ytterligere tvang» uten at det var en konkret beskrivelse av hvilke tiltak dette var.

En pasient hadde i løpet av sju dager fem vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler for å gjennomføre sondeernæring eller overholde observasjonstiden i etterkant av at det var gitt ernæring gjennom sonde. Tvangsernæring innebærer å tilføre kroppen nødvendige næringsstoffer. Når ernæring gjennomføres under tvang ved at det legges en sonde gjennom nesen og ned i

²⁷ Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

²⁸ Helsedirektoratets brev til Helse Nord RHF 19. desember 2016. [nettdokument] Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/Presiseringer%20av%20§%204-8%20-%20Bruk%20av%20mekaniske%20tvangsmidler%20-%20gjennomføring%20og%20kontroll%202016.pdf?download=false>

²⁹ EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

³⁰ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017) 6, avsnitt 5.

magesekken, er dette samtidig et alvorlig inngrep i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelse over egen kropp.³¹ Bruk av belter gjør tvungen enda mer inngripende overfor pasienten. Tvangsbehandling må være nødvendig og forholdsmessig for ikke å bryte med pasientens rett til vern om personlig integritet. Vedtakene om å bruke mekaniske tvangsmidler for å gjennomføre sondeernæringen inneholdt ingen begrunnelse utover å vise til vedtak om tvungen ernæring og at pasienten motsatte seg denne. Vilklårene for mekaniske tvangsmidler er strenge og også ved motstand mot tvungen ernæring må det begrunnes hvorfor belter er uomgjengelig nødvendig for å unngå skade. Vedtakene viste til tilbud om å spise selv, verbal motivasjon og oppfordring til å overholde observasjonstiden, men det ble ikke forklart hvorfor tiltakene var utilstrekkelige, eller hvordan pasienten hadde respondert. Vedtakene redegjorde heller ikke for andre mindre inngripende tiltak sykehuset hadde prøvd.

Opplysningene i journalen tilsa at det var sannsynlig at pasienten kom til å motsette seg sondeernæringen. Likevel forelå det ingen plan for hvordan pasienten kunne motiveres til å ta imot ernæringen eller forebygge bruk av tvang. Det var flere journalnotater om samtale med pasienten, men innholdet i samtalene var ikke gjengitt. Pasienten hadde heller ikke fått tilbud om ettersamtaler etter belteleggingene (se kapittel 6.3 *Pasientinvolvering*). Pasienten hadde også flere vedtak om holding og tvangsmedisinering i samme periode. Samlet forelå det lite informasjon om hvordan sykehuset hadde jobbet for å bruke andre mindre inngripende tiltak og redusere den omfattende tvangsbruken.

Manglende informasjon om hvilke mindre inngripende tiltak som er vurdert, skaper tvil om vilklårene for å bruke mekaniske tvangsmidler var oppfylt i disse tilfellene. Konkret informasjon om mindre inngripende tiltak og effekten av disse er også viktig som ledd i det systematiske arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler.

Samlet avdekket gjennomgangen at flere av vedtakene ikke oppfylte kravene til begrunnelse for bruk av mekaniske tvangsmidler. Sivilombudet understreker at dette innebærer en risiko for at tvangstiltakene i disse tilfellene var et brudd på forbudet mot umenneskelig behandling.

Særlig om politiets involvering

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

For to av pasientene var det beskrevet at politiet var med pasienten inn på skjermingsrommet, men det gikk ikke i noen av tilfellene frem om politiet var involvert i å feste pasientene til beltesengen. Slik eventuell involvering fra politiet bør beskrives i pasientens journal. Politiets manglende opplæring i

³¹ Tvangsbehandling kan krenke artikkel 3, se EMDs dom *Herczegfalvy mot Østerrike*, 24. september 1992, klagenr. 10533/83, avsnitt 82. Tvangsbehandling kan også krenke EMK artikkel 8 nr. 2. Se EMDs dom i *X mot Finland*, 3. juli 2012, klagenr. 34806/04.

skånsom bruk av sykehusets tvangsmidler og usikkerhet om ansvarsfordeling mellom politi og sykehusansatte, øker risikoen for skade på pasientene. Politiets involvering kan også forsterke angst og motstand hos pasienten, og dermed lede til økt maktbruk. CPT har på denne bakgrunn flere ganger uttalt seg kritisk til politiets bistand med utagerende pasienter ved psykiatriske institusjoner.³² Det var videre ikke beskrevet godt nok hvordan pasienten fremstod før og under politiets ankomst, og heller ikke om politiet var uniformert, noe som skal vurderes av politiet.³³

3.1.3 Pasientens syn og forholdsmessighet

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

De fleste vedtakene inneholdt opplysninger om pasientens syn, og viste til at pasientene i de fleste tilfellene var uenig. I sju vedtak stod det at pasienten ikke var i stand til å uttale seg. Pasientens syn var i noen tilfeller også beskrevet i ettersamtaler.

Pasientens rett til å uttale seg om forhold av betydning for bruken av tvang, har sammenheng med at pasienten bare kan utsettes for tiltak som «gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket». Internasjonale rettskilder underbygger at det må gjøres en slik forholdsmessighetsvurdering.³⁴

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

Ingen av de gjennomgåtte vedtakene inneholdt en vurdering av om behovet for belteleggingen klart ville oppveie ulempene for pasienten. Det var heller ingen av vedtakene som omtalte risikoen for skadevirkninger ved beltelegging, eller den belastningen tiltaket kunne medføre for pasienten.

Enkelte pasienter hadde gjentatte og i noen tilfeller langvarige opphold i belter, og var også skjermet, fastholdt eller tvangsmedisinert i perioden før de ble plassert i belter. Annen eller gjentakende tvangsmiddelbruk påvirker den samlede belastningen for pasientene, men vi fant ingen eksempler på

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

³³ Helsedirektoratet (2012), Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid, kapittel 6. (Siste faglige endring 3. juli 2023.)

³⁴ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 1.2; Europarådets ministerkomité, Rec (2004)10 Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders, 22. September 2004, artikkel 27; EMD, *M.S. mot Kroatia*, klagenr. 75450/12, 19. februar 2015, avsnitt 105 og EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 84.

at denne historikken ble vurdert eller omtalt i vedtakene. I mange tilfeller var det heller ikke gjennomført ettersamtaler som kunne ha gitt sykehuset informasjon om belastningen for pasienten av å ligge i belter (se kapittel 6.3 *Pasientinvolvering*). Pasienten som ble beltelagt 9 ganger på 25 dager var ung, og hadde i en ettersamtale fortalt at belteleggingen minnet om tidligere overgrep. Begrunnelsen i vedtakene beskrev likevel ikke hvordan pasienten ble påvirket av den gjentatte tvangsbruken. Kravet om forholdsmessighet innebærer at terskelen for tvangsbruk kan bli høyere når samme pasient blir beltelagt gjentatte ganger.

For en dement pasient, framgikk det av journalen at beltebruken hadde gitt en negativ effekt. Pasienten ble forvirret, glemte hva som hadde skjedd og skjønnte ikke hvorfor det ble brukt belter. Under henvisning til hvordan beltesengen hadde påvirket pasienten, hadde en overlege notert at pasienten ikke skulle sove i belter og understreket at belter kun skulle brukes som siste utvei. Senere vedtak om bruk av belter overfor den samme pasienten reflekterte likevel ikke disse føringene.

Gjennomgangen viste at det var klare mangler i vurderingen av hvordan bruken av tvang kunne påvirke pasientene og om dette innebar at tvangsbruken likevel var forholdsmessig overfor den enkelte. Samlet innebærer disse funnene en risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

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.³⁵ Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurdere bruken av tvang.³⁶ Dersom en akutt nødsituasjon gjør umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig umulig, kan den som er utpekt som ansvarshavende ved enheten fatte hastevedtak om mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding eller isolasjon.³⁷ 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.³⁸ Der tvangsmiddelbruken allerede er avsluttet, skal faglig ansvarlig likevel treffe etterfølgende vedtak, eventuelt dokumentere dersom tvangsmiddelbruken vurderes som ulovlig.³⁹

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

Våre funn viste at beslutninger om å beltelegge pasienter ble tatt av miljøpersonalet, uavhengig av om hendelsen skjedde mens en faglig ansvarlig spesialist var til stede på sykehuset. Situasjonene ble drøftet av miljøpersonalet som var til stede, og det var den eller de mest erfarne som var involvert i hendelsen som i praksis tok beslutningen om belter var nødvendig. Ufaglærte eller innleide skulle ikke ta avgjørelsen.

³⁵ Psykisk helsevernloven § 1-4.

³⁶ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

³⁷ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se § 27 første og andre ledd.

³⁸ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd (ny § 27 andre ledd).

³⁹ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 27.

Ingen av vedtakene var fattet av ansvarshavende eller andre i miljøpersonale. Vedtakene var i nesten alle tilfeller fattet av LIS-leger.⁴⁰ De var ofte kun basert på informasjon fra miljøpersonalet, og informasjonen kom ofte gjennom kopier eller oppsummeringer av miljøpersonalets notater. Dokumentgjennomgangen viste ingen eksempler på at LIS-legene eller spesialistene hadde en annen vurdering enn miljøpersonalet som hadde lagt pasienten i belter. Flere beskrev det som unaturlig å fatte et vedtak om en situasjon de ikke hadde vært i, og oppfattet ikke at det var deres oppgave å ta selvstendig stilling til om vilkårene for å bruke mekaniske tvangsmidler var oppfylt.

Av de 42 gjennomgåtte vedtakene, var 13 ordinære vedtak, mens 29 var registrert som hastevedtak. Ett hastevedtak ble fattet av en spesialist og vi antar det var en feil at det var brukt hastevedtak i dette tilfellet. Sykehuset opplyste at det ikke forelå noen dispensasjoner for LIS-legene for å være faglig ansvarlig.⁴¹ Ifølge rutinene skulle LIS-legene derfor fatte hastevedtak. Likevel var 9 av de 13 ordinære vedtakene fattet av LIS-leger, og 2 var fattet av en medisinstudent. Sykehuset oppga at ved en feil hadde noen LIS-leger fått beskjed om at de kunne fatte ordinære vedtak.

Dette innebærer at 39 av 42 vedtak egentlig skulle vært registrert som hastevedtak og at kun 3 vedtak var fattet av en kvalifisert faglig ansvarlig. Dette til tross for at flere av vedtakene var fattet i alminnelig kontortid og uten at det var dokumentert at umiddelbar kontakt med en faglig ansvarlig var umulig. En slik praksis er ikke i tråd med regelverket.

At nesten alle vedtakene var fattet av LIS-leger uten dispensasjon fra kravet om å være faglig ansvarlig, gir grunn for bekymring om sykehusets rutiner for å sikre tilstrekkelig kompetanse ved iverksetting av inngripende tvang som mekaniske tvangsmidler.

Disse alvorlige funnene ble forsterket av svikt i kvalitetssikringen av vedtakene. I 24 av vedtakene hadde en LIS-lege ikke bare fattet vedtaket, men var i tillegg oppført som «faglig ansvarlig». I minst 13 av disse var dette en LIS 1. I lys av sykehusets informasjon om at LIS-leger ved en feil hadde fattet ordinære vedtak som skulle vært hastevedtak, var dette alle vedtak som skulle vært gjennomgått og kvalitetssikret av en faglig ansvarlig. Likevel inneholdt ingen av de 39 vedtakene som ikke var fattet av en faglig ansvarlig, noen merknad eller vurdering fra faglig ansvarlig spesialist om tvangsbruken skulle opprettholdes.

Kravet om at faglig ansvarlig skal ta stilling til om tvangsmidler skal benyttes eller 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.⁴² 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.⁴³ Kravet om at faglig ansvarlige skal ta selvstendig stilling til alle vedtak om tvangsmidler, er derfor viktig for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og helsetilstand.

Samlet viste funnene at nesten alle vedtakene om mekaniske tvangsmidler var fattet og kvalitetssikret av helsepersonell uten nødvendig kompetanse til dette. Funnene om store mangler i mange av vedtakene tilsier at dette har hatt direkte konsekvenser for kvaliteten på vedtakene (se

⁴⁰ En lege i spesialisering (LIS) har medisinsk embetseksamen. En LIS1-lege er i første del av spesialistutdanningen.

⁴¹ 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.

⁴² Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

⁴³ Psykisk helsevernloven § 5 første ledd.

kapittel 3.1 *Vedtak om tvangsmidler*). Dette er alvorlige brudd på regelverket og innebærer en høy risiko for at mekaniske tvangsmidler blir brukt i situasjoner der lovens vilkår ikke er oppfylt.

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

1. Sykehuset må sikre at mekaniske tvangsmidler bare brukes når tiltaket har et lovlig formål, 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 sikre at det fattes hastevedtak når ordinære vedtak ikke kan fattes av faglig ansvarlig som er spesialist, og at alle vedtak alltid kvalitetssikres av en faglig ansvarlig spesialist. Faglig ansvarliges kontroll av vedtakene bør også styrkes.

4 Ivaretakelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.⁴⁴ For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.⁴⁵ En lege bør se til pasienter i belter så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom.⁴⁶ Pasienten skal så langt som mulig kunne spise og drikke selv og få ivaretatt behov for å gå på toalettet på en verdig måte.⁴⁷ Ivaretakelsen av beltelagte pasienter bør være godt dokumentert.⁴⁸

Den løpende ivaretakelsen

Dokumentgjennomgangen tydet på at grunnleggende behov som mat, drikke og bruk av toalett gjennomgående var ivaretatt. Selv om den løpende dialogen var dokumentert i varierende grad, var det mange eksempler på samtaler om ivaretakelse av grunnleggende behov og hvordan pasientene hadde det. Det var også dokumentert dialog om hvordan beltebruken kunne opphøre. Det er grunn til å tro at dette kan ha bidratt til at flere av belteleggingene varte i noen få timer (se kapittel 5.1 *Vurderinger om opphør*). Samtalene og ivaretakelsen av grunnleggende behov var beskrevet i løpende behandlingsnotater og i oppsummerende notater etter vaktene. Sykehuset brukte tolk i en samtale med en pasient som snakket litt norsk og noe engelsk.

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*). Journalene viste at det første tilsynet som oftest ble gjennomført kort tid etter belteleggingen. Deretter varierte den gjennomsnittlige tiden mellom hvert tilsyn fra 2,5 til 4,2 timer. I ett tilfelle gikk det 11,2 timer. Med unntak av dette tilfellet, var legetilsynene i samsvar med sykehusets rutine om at pasienten skal ha tilsyn av lege så fort som mulig og senest innen 1 time, og deretter hver 8. time. Tilsynene bestod i hovedsak av en sjekk av somatiske forhold som pust, puls og risiko for blodpropp. Legene sjekket om beltene var for stramme og om pasientene responderte på tiltale. Det var eksempler på at legene hadde dialog med pasientene, og i noen tilfeller hadde legen skrevet et notat med vurderinger av pasientens psykiske helse.

Forhold som øker risikoen for nedverdiggende behandling

Under befaringen av sengeposten Salten lå det mange spyttetter lett tilgjengelig på rommet der beltesengen stod. Spyttetter kan tres over hodet på en person for å hindre spytting, men utgjør risiko for alvorlig skade, blant annet fordi det kan gi risiko for kvelning og gjøre det vanskeligere å oppdage medisinske tilstander som er under utvikling.⁴⁹ Å få dekket til ansiktet slik, samtidig som

⁴⁴ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se ny § 28 første ledd.

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

⁴⁶ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Helsepersonelloven § 40. Se også bl.a. EMD, *Bureš mot Tsjekkia*, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, avsnitt 103.

⁴⁹ Sivilombudet 30. september 2019. Sivilombudsmannens høringsuttalelse om forslag til endringer i straffegjennomføringsloven (bruk av spyttette mv.), side 4.

man er lagt i belter, vil i tillegg bidra til frykt og avmaktfølelse. Tvangsmiddelet er politiutstyr og ikke tillatt i psykisk helsevern.⁵⁰ Noen spyttetter lå ved sengen, og det var en eske med spyttetter inne i et skap. Sykehuset oppga at spyttettene ikke var i bruk, og de fleste ansatte var klar over at de ikke skulle brukes og at spyttetter er ulovlig. Det kom likevel frem informasjon som tydet på at det kan ha vært hendelser i undersøkelsesperioden der spyttette var blitt brukt. Det er svært kritikkverdig at ulovlige tvangsmidler er tilgjengelige for de ansatte.

Fem av pasientene gikk på do i bekken eller flaske mens de var fiksert i beltesengen. For noen av disse var det for dårlig begrunnet hvorfor det ikke var mulig å la dem bruke toalettet i mobile belter. Ombudet anerkjenner at det kan oppstå situasjoner der toalettbesøk kan være svært krevende å tilrettelegge for, men peker samtidig på at pasientene så langt som mulig bør få anledning til å gå på toalettet på en verdig måte. Etter sitt besøk til Norge i 2024, uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.⁵¹ Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

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».⁵² Dette innebærer løsning av belter, få påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i stedet for belteseng. Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken dokumenteres.⁵³ Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.⁵⁴

Ifølge sykehusets skriftlige rutine, skulle miljøpersonalet fortløpende vurdere muligheten for friere forpleining. I gjennomgangen av journalene var det ikke mulig å kontrollere sykehusets praksis systematisk.⁵⁵ I de lengre forløpene var det eksempler på at pasienter var i transportbelter i kortere eller lengre perioder før beltene ble løst helt. Dette så i flere tilfeller ut til å være et ledd i å gi pasienten friere forpleining.

⁵⁰ Helsedirektoratet 30. januar 2024. Svar - bruk av spyttmaske som tvangsmiddel i psykisk helsevern. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/bruk-av-spyttmaske-som-tvangsmiddel-i-psykisk-helsevern.pdf/_attachment/inline/c2989954-4ee7-40b8-9185-002d60fe4bd2:ad18223f360655361605ae9124e595a27d847816/Bruk%20av%20spyttmaske%20som%20tvangs%20middel%20i%20psykisk%20helsevern.pdf. Se også Sivilombudets rapport fra OUS, Regional sikkerhetsseksjon Dikemark (2022), kapittel 4.2.3.

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

⁵² Psykisk helsevernloven § 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.»

⁵³ 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.

⁵⁴ 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 helsevernloven § 28 første ledd, som understreker at behovet for tvangsmiddelet skal vurderes fortløpende og straks avbrytes dersom tvangsmiddelet ikke lenger er absolutt nødvendig og forholdsmessig.

⁵⁵ De ansatte dokumenterte den friere forpleiningen i journalsystemet. På grunn av en teknisk feil ved oversendingen av journalene til Sivilombudet ble ikke denne informasjonen med.

Involvering av pårørende

Både pasienten og nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁵⁶ Pårørende har rett til å klage på vedtak om tvangsmidler til kontrollkommisjonen, og informasjon om vedtaket er en forutsetning for at pårørende skal kunne bruke klageretten.⁵⁷

I vedtakene skal det noteres om pårørende har blitt informert eller ikke. Sykehuset oppga at pasientene fikk kopi av vedtak raskt i forbindelse med belteleggingen. I de fleste vedtakene vi gjennomgikk, var dette beskrevet med standardtekst. Det gjør det uklart om pårørende faktisk har fått informasjonen eller ikke. I tre vedtak stod det at pasienten ikke hadde ønsket varsling, og i tre vedtak stod det at pårørende ikke hadde blitt varslet.

I de langvarige belteleggingene, var det noen eksempler på at pasienter fikk besøk av familie eller fikk snakke med kjæreste på telefon. Det var også eksempel på at sykehuset hadde tett dialog med broren til en pasient de ikke kjente fra før, og fikk informasjonen om tidligere episoder og behandling. Kontakt med pårørende kan være en trygghet for pasienten, og kan bidra med nyttig informasjon om tilnærming overfor pasienten for å avslutte en beltelegging.

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 fjerne tilgangen til spytthetter.
7. Sykehuset bør sikre at pårørende får informasjon om vedtak om mekaniske tvangsmidler.

⁵⁶ 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).

⁵⁷ Psykisk helsevernloven §4-8 femte 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.⁵⁸ I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.⁵⁹ Komiteen har videre uttalt at bruk av mekaniske tvangsmidler over flere dager ikke kan rettfærdiggjøres og vil kunne utgjøre krenkelse av forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁶⁰ Dersom belteleggingen helt unntaksvis, og av tungtveiende grunner, varer mer enn noen timer, anbefaler CPT at tiltaket vurderes av en lege med korte mellomrom. I slike tilfeller, samt når det blir brukt tvangsmidler overfor samme pasient gjentatte ganger, bør det også vurderes å involvere en annen lege og å overføre den aktuelle pasienten til en annen institusjon.⁶¹ 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 at pasienten ble overført til en bedre tilpasset institusjon.⁶²

Gjennomgangen i dette kapitlet bygger på en undersøkelse av 32 plasseringer i belteseng i perioden januar 2025 til og med 5. februar 2026.

5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.⁶³ Belteleggingen må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden den varer.⁶⁴ Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Pasienten skal derfor tilses kontinuerlig av miljøpersonell, og i tillegg skal pasienten tilses av en lege så snart som mulig etter beltelegging og deretter jevnlig. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.⁶⁵ I ny psykisk helsevernforordning gjeldende fra 1. juni 2026 er det

⁵⁸ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.1.

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

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

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

⁶² 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.

⁶³ Vedtatt lovfestet i psykisk helsevernloven § 4-2 a, i kraft fra 1. juni 2026. Lovendringen innebar ingen endring av gjeldende rett, jf. Prop. 31 L (2024-2025), kapittel 5.1.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ Psykisk helsevernforordningen § 26 tredje ledd; pasientjournalforordningen § 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. Psykisk helsevernforordningen ble endret fra 1. juni 2026, se ny § 28.

fastsatt at vedtak om mekaniske tvangsmidler kan ha en varighet på inntil 8 timer.⁶⁶ Etter 8 timer må det eventuelt gjøres nytt vedtak.⁶⁷

Sykehusets skriftlige rutine inneholdt en føring om at de fleste pasienter skal bli løst fra belter innen én til fire timer. I forløpene vi undersøkte var nærmere 40 prosent av pasientene beltelagt i mindre enn to timer (se kapittel 2.3 *Bruk av mekaniske tvangsmidler*). 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 disse vurderingene ikke var skrevet ned.

Ifølge sykehusets rutine skulle forløp over åtte timer begrunnes særskilt i journalen. EMDs praksis vektlegger at pasienten jevnlig skal tilses av lege for å gjøre vurderinger av behovet for beltelegging.⁶⁸ Også CPT har uttalt at dersom belteleggingen varer i flere timer, bør en lege vurdere saken med korte intervaller.⁶⁹

Våre funn viste imidlertid flere eksempler på at det tok lang tid mellom hver vurdering. To pasienter var beltelagt i henholdsvis 34 og 38 timer uten en dokumentert vurdering av om belteleggingen var nødvendig. I ytterligere tre forløp tok det over 20 timer mellom vurderingene. Dette gjaldt blant annet pasienten som var beltelagt i nesten sju dager. Den lange tiden mellom vurderingene er ikke i tråd med kravet om fortløpende vurdering. EMD har i nyere dommer mot Italia og Danmark understreket at det skal gå kort tid mellom hver gang sykehuset gjør en vurdering.⁷⁰

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.⁷¹ Et godt eksempel var der det var journalført at pasienten sa at han ville angripe personalet dersom de slapp han ut av beltene. Det var også eksempler på at journalene beskrev slag, trusler og en aggressiv adferd, slik at en samlet sett fikk et inntrykk av behovet for å opprettholde belteleggingen.

Hovedinntrykket var imidlertid at vurderingene gjennomgående ikke inneholdt konkrete begrunnelser som viste at videre beltelegging var nødvendig for å avverge en fortsatt akutt faresituasjon. Vi fant ingen begrunnelser eller vurderinger som forholdt seg til vilkårene i psykisk helsevernloven §4-8. Flertallet av vurderingene var beskrivelser av pasientene som urolige, agiterte, lite samarbeidsvillige eller at personale ikke følte seg trygge på pasienten.

Et gjennomgående funn var at pasientene måtte vise at de hadde «kontroll», inngå «avtaler» eller samarbeide for å bli løst ut av beltene. Dokumentgjennomgangen viste at «avtalene» i enkelte tilfeller var konkret knyttet opp til at pasienten hadde utøvd vold, og at de ansatte prøvde å ha en konstruktiv dialog med pasienten for å hindre en ny utagering. I andre tilfeller syntes sykehuset å sette for høye krav til hva pasienter som ligger i belter, ofte med psykotiske symptomer, skal framvise av samarbeidsevne og kontakt for at beltene skal kunne løses opp.

⁶⁶ Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd.

⁶⁷ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28.

⁶⁸ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 112.

⁶⁹ CPT, *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 4.2.

⁷⁰ Se EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 112 og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁷¹ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

I de lange forløpene som varte 20 timer eller mer, viste journalene til forsøk på å inngå «avtaler» med pasientene om at de ikke skulle utagere eller skade seg selv på nytt. Dialog med pasienten om det som forårsaket belteleggingen er viktig. Samtidig er det avgjørende at journalen inneholder vurderinger av den konkrete faren og umiddelbare eller nært forestående faren.⁷² Selv om journalene beskrev pasientene gjentatte ganger som rolige, sløve eller vennlige kunne det gå flere timer før beltene ble løsnet. I ett tilfelle sa pasienten at han ikke ville snakke før beltene ble løsnet, og ble informert om at han måtte ha en dialog før det skjedde. Til tross for at pasienten stort sett ble beskrevet som rolig etter denne samtalen, tok det 17 timer før tvangsbruken opphørte.

Et særlig alvorlig tilfelle gjaldt en pasient som var beltelagt i nesten sju dager. De første dagene var belteleggingen begrunnet med at pasienten ikke klarte å «føre en adekvat dialog». Det var flere notater om at pasienten var rolig eller sov, men også enkelte beskrivelser av slag mot ansatte. Den fjerde dagen ble pasient ført over i transportbelter, og var det neste døgnet beskrevet som rolig, vennlig og i søvn uten at beltene ble løsnet. Pasienten ble festet så til beltesengen etter økende uro og kasting av møbler. Pasienten sov en natt i belteseng, og var ifølge notatene rolig påfølgende dag. Beltene ble først løsnet 30 timer senere, men uten at det var noen beskrivelser av utagering eller annen adferd i denne perioden som tilsa at belter var uomgjengelig nødvendig.

I disse tilfellene tydet sykehusets dokumentasjon og beskrivelse av pasientene på at fortsatt beltelegging var ulovlig.

De fleste av vurderingene var skrevet av miljøpersonalet. Ved legetilsynene ble behovet for å opprettholde vedtaket kun unntaksvis dokumentert i journalen. Det store flertallet av legetilsynene var avgrenset til en beskrivelse av somatiske forhold. En standardtekst i mange av tilsynene var at pasienten «forholder seg rolig og responderer på tiltale», uten at behovet for videre beltelegging var vurdert. Tilsvarende beskrev legene heller ikke behovet for videre beltelegging i forbindelse med vurderinger av om pasientene trengte medisiner. Flere pasienter fikk medisiner, enten frivillig eller etter tvangsvedtak. Selv etter at pasientene ble beskrevet som sløve eller døsig på grunn av medisinen, vurderte ikke legen om vilkårene for beltelegging fortsatt var oppfylt.

Oppsummert utgjør den lange tiden det gikk mellom hver vurdering i seg selv en betydelig risiko for at belteleggingene varte lenger enn nødvendig. Kvaliteten på begrunnelsene var lav, og forholdt seg ikke til lovens vilkår for å bruke mekaniske tvangsmidler. Flere av pasientene ble beskrevet som rolige eller samarbeidsvillige uten at det førte til at de ble løst ut av beltene. I slike situasjoner vil videre opphold i belter være ulovlig og innebære en betydelig risiko for brudd på EMK artikkel 3.

5.2 Særlig om søvn

De strenge vilkårene for å opprettholde en beltelegging vil i utgangspunktet ikke være oppfylt dersom pasienten sover, fordi det da ikke lenger vil foreligge en tilstrekkelig akutt faresituasjon. Helsedirektoratet har derfor understreket at belter som den klare hovedregel «ikke kan brukes (...) overfor en pasient som sover».⁷³ 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. Sykehusets skriftlige rutiner hadde en føring om å løsne opp beltene på sovende pasienter så lenge det er sikkerhetsmessig forsvarlig.

⁷² Se EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagernr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 127.

⁷³ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 1. juni 2026.)

I dokumentgjennomgangen så vi eksempler på at sovende pasienter ble løst ut fra beltene. Det var også eksempler på at beltene ble løsnet fra ben eller armer mens pasienten sov.

Likevel var det mange eksempler på at pasienter sov i kortere eller lengre perioder mens de var i belter. Dette gjaldt alle pasientene i forløpene som varte i 17 timer eller mer. En pasient sov i 23 timer i løpet av en beltelegging som varte 47 timer. En pasient som lå i belter i 33 timer, sovnet etter ca. to timer og sov stort sett hele tiden. Ifølge journalen var pasienten våken i korte perioder for å spise og gå på do. En annen pasient som var beltelagt i 21 timer, ble beskrevet som sløv på grunn av medisiner og «sover mye». Da pasienten våknet på ettermiddagen gikk det frem av journalen at pasienten «hilses høflig» og «har samarbeidet greit når han har vært våken». Pasienten ble løsnet fra beltene først 6,3 timer senere.

Sykehuset hadde ikke i noen tilfeller begrunnet at vilkårene var til stede mens pasientene sov. I intervjuene trakk flere ansatte fram at enkelte pasienter kunne ha behov for søvn og derfor ikke burde vekkes. Enkelte pasienter kunne også utgjøre en voldsrisiko dersom de ble vekket og beltene løsnet. Det forelå imidlertid ingen eksempler på skriftlige vurderinger av dette.

I to tilfeller hadde sykehuset bestemt på kvelden at pasientene skulle tilbringe natten i belter. Pasientene sov hele natta. Det er ulovlig å bestemme på forhånd at en pasient skal bli værende i belter over en hel natt.

Oppsummert utgjør sykehusets praksis med å la pasienter sove i belter en risiko for at de var beltelagt lenger enn nødvendig. Ut ifra dokumentasjonen framstod pasientene såpass rolige og trøtte at det er vanskelig å se at det var en nødrettslignende situasjon som kan forsvare bruk av belter. Beltelegging av sovende pasienter vil lett komme i strid med lovens strenge vilkår.

5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

Det er positivt at en høy andel av pasientene var beltelagt i mindre enn to timer. Gjennomgangen av de 32 forløpene tydet likevel på at enkelte pasienter ble liggende ulovlig lenge i belter (se kapittel 5.1 *Vurderinger om opphør* og kapittel 5.2 *Særlig om søvn*). I flere tilfeller var det dokumentert for dårlig hvorfor pasienter ble liggende i belter så lenge som de gjorde. Dette er alvorlig.

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

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

Begrunnede avgjørelser om å opprettholde en beltelegging, bidrar også til å sikre at avgjørelsen kan etterprøves.⁷⁴ Kontrollkommisjonen har en sentral rolle i å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved beltelegginger. Men pasientens mulighet til å klage og kommisjonens mulighet til å etterprøve sykehusets vurderinger forutsetter at disse vurderingene er dokumentert.

⁷⁴ HR-2008-88-A, avsnitt 58.

Begrunnelser er også en forutsetning for at sykehuset kan føre effektiv internkontroll.⁷⁵ 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.⁷⁶ 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.⁷⁷ Varigheten mellom slike konsultasjoner er også vektlagt i saken *Lavorgna mot Italia*.⁷⁸ 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.⁷⁹ Norske domstoler vil tillegge disse avgjørelsene betydelig vekt ved prøvingen av tilsvarende spørsmål.⁸⁰

Sivilombudet ber videre sykehusene om å merke seg at Helse- og omsorgsdepartementet i ny psykisk helsevernforordning har fastsatt at vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke kan vare lenger enn åtte timer.⁸¹ Dersom en beltelegging skal kunne pågå lenger enn dette, må det eventuelt fattes et nytt vedtak.⁸²

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

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

⁷⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁷⁶ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 122 og 123.

⁷⁷ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18), 15. september 2020, avsnitt 112.

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

⁷⁹ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁸⁰ HR-2015-1405-A avsnitt 20-22.

⁸¹ Ny psykisk helsevernforordning § 28 andre ledd.

⁸² Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforordningen med kommentarer, merknadene til § 28.

6 Forebygging

Statlige myndigheter er forpliktet til å iverksette tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁸³ Selv om tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner ved psykiatriske sykehus, innebærer bruk av tvangsmidler en risiko for at pasienten påføres psykiske traumer og fysisk skade. CPT har derfor understreket at det overordnede målet alltid bør være å forhindre bruk av tvangsmidler i størst mulig grad.⁸⁴

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.⁸⁵ Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.⁸⁶

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.⁸⁷ CPT har anbefalt at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for bruk av tvangsmidler, som ledd i dette arbeidet.⁸⁸

Sykehuset hadde en detaljert skriftlig rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler og for gjennomføring av ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler (jf. kapittel 5.1 *Vurderinger om opphør*). Ledelsen brukte statistikken om bruk av tvangsmidler for å følge med på antall vedtak og antall gjennomførte ettersamtaler. Sykehuset oppga også at bruk av mekaniske tvangsmidler jevnlig ble diskutert i ulike møter. Etter hendelser skulle det gjennomføres en debrief, hvor de ansatte blant annet snakket om hva de kunne lære og forbedre. De ansatte fortalte at det varierte om de evaluerte eller gjennomgikk situasjoner som hadde endt med beltelegging. Noen sa at de kunne prate om dette uformelt på vaktrommet i etterkant, men at det ofte ikke var tid til en strukturert debrief. På Salten hadde miljøpersonalet tilgang til en samtalegruppe ledet av en prest. Flere omtalte det som en nyttig arena for å luften tanker og følelser, og at det fungerte som en evaluering av vanskelige hendelser.

Blant de ansatte var det likevel delte oppfatninger om i hvor stor grad bruk av mekaniske tvangsmidler var et tema ledelsen fulgt med på.

⁸³ 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.

⁸⁴ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, 21. mars 2017, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁸⁵ Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

⁸⁶ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁸⁷ 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.

⁸⁸ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017) 6, avsnitt 1.7.

Belteleggingene varte markant lenger på Salten enn på Sør (se kapittel 2.3 *Bruk av mekaniske tvangsmidler*). Ledelsen syntes imidlertid ikke å være klar over forskjellen og hadde derfor heller ikke diskutert hva som kunne være årsaken til den. At heller ikke kontrollkommisjonen undersøkte hvor lenge pasientene var beltelagt eller om vilkårene var oppfylt gjennom hele forløpet, innebar at det manglet en overordnet kontroll av hvordan belteleggingene ble gjennomført og hvor lenge de varte (se kapittel 7 *Klage og kontroll*). Mangelen på involvering av faglig ansvarlige behandlere i tvangsmiddelbruken og at mange vedtak hadde store mangler, var heller ikke fanget opp (se kapittel 3.2 *Kompetanse og rollefordeling*).

Samlet tilsa våre funn at ledelsen ikke hadde tilstrekkelig oversikt over risikoen for feil og svakheter i etterlevelsen av regelverket.

6.2 Fysiske forhold

Studier tyder på at det fysiske miljøet for pasientene, med romslige, oversiktlige og hjemlige lokaler, enerom, nærhet til natur, naturlig lys og opplevelse av frihet og trygghet, kan bidra til å forebygge bruk av tvang.⁸⁹ Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».⁹⁰

Lokalene fra 1902 tilfredstilte på flere punkter ikke disse anbefalingene. Sykehuset hadde nærhet til naturen, men det var ingen uteområder der pasientene kunne velge å gå ut. Innvendig bar lokalene preg av slitasje, og flere steder var det trangt og uoversiktlig. Flere ansatte trakk særlige fram at trange ganger gjorde det vanskeligere å se hva som skjedde og begrenset mulighetene til en god håndtering av pasientene. Begrenset plass gjorde det vanskeligere for pasientene å bevege seg fritt, noe som kunne bidra til at noen pasienter ble frustrerte. Dette kunne øke risikoen for at de ansatte måtte gripe inn fysisk. Dokumentgjennomgangen ga imidlertid ikke holdepunkter for å si om de fysiske forholdene påvirket beltebruken.

Det kom ikke frem informasjon som tilsa at det påvirket bruken av mekaniske tvangsmidler at sykehuset hadde egne belterom og at de var plassert på skjermet avdeling.

6.3 Pasientinvolvering

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.⁹¹ 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.⁹²

Informasjon om hvordan pasienter ønsket at de ansatte skulle håndtere eskalerende uro eller lignende kunne ligge i flere ulike dokumenter, som behandlingsplan, inntakssamtale eller ettersamtale. Dokumentgjennomgangen viste eksempler på slik informasjon i flere av forløpene.

⁸⁹ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (3). (Siste faglige endring 14. desember 2021); Nutmeg Hallett, Richard Whittington, Dirk Richter, Emachi Eneje, *Coercion and Violence in Mental Health Settings*, 2. Utgave (2024). Side 231-232. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4>.

⁹⁰ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁹¹ Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

⁹² CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

Miljøpersonalet ga uttrykk for at læringspunkter fra tidligere hendelser som var beskrevet i ettersamtaler var vanskelig å finne i journal, og at dette bidro til at de ikke ble brukt.

Dokumentgjennomgangen viste at ettersamtale hadde blitt gjennomført i 15 av de 32 forløpene. På Salten var det bare registrert to ettersamtaler i forløpene vi gjennomgikk. Ledelsen på posten var klar over behovet for å styrke gjennomføringen av ettersamtaler, og oppga at de jobbet med dette. Sykehuset førte også en egen oversikt over antall registrerte vedtak og ettersamtaler, som viste stor variasjon i om ettersamtaler ble gjennomført. Sykehusets internrevisjon planla å revidere bruken av ettersamtaler ved akutenhetene i 2025 og 2028.

Sivilombudet understreker at pasienter som har vært utsatt for tvang skal tilbys ettersamtale. Funnene viste at dette i mange tilfeller manglet, særlig ved Salten. Ombudet minner om at slike samtaler har vært lovpålagt siden 2017. Ettersamtalene skal bidra til å forebygge tvang overfor pasienten og skal i tillegg gi sykehuset grunnlag for bredere læring om hvordan tvang kan reduseres. For å oppnå dette må informasjon fra ettersamtalene være tilgjengelig og brukes under innleggelsen og ved senere innleggelser. Det er viktig at sykehuset har et system for dette.

6.4 Opplæring

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring hos ansatte om regelverk og konfliktforebyggende kommunikasjon er sentralt for å anvende alternativer til tvang.⁹³ Det er også avgjørende for å sikre at tvang aldri brukes uten at vilkårene for det er til stede.

Sykehuset hadde blant annet forelesninger om bruk av tvang i legeundervisningen, men det manglet kurs eller opplæring om lovverket om bruk av tvang for miljøpersonalet. Nye ekstravakter og nye fast ansatte skulle gjøre seg godt kjent med sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler. Fast ansatte skulle i tillegg sette seg inn i psykisk helsevernloven, og få veiledning av en fadder. Videre var ansatte i miljøpersonalet 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.⁹⁴ Det inkluderer opplæring, blant annet i konfliktforebyggende kommunikasjon og deeskalering. Samtlige ansatte beskrev MAP som nyttig og noe som gjorde dem tryggere til å håndtere ulike hendelser. Flere mente imidlertid at det ikke var tilstrekkelig med to-dagers kurset, og at de ikke trente eller øvde nok på det de hadde lært. Det kunne gå lang tid mellom hver gang enkelte ansatte fikk øvd dersom tidene ikke passet inn i turnus. Det ble også pekt på at det manglet opplæring i hvordan de skulle håndtere demente pasienter.

Mange ansatte pekte på en sammenheng mellom kompetanse og tvangsbruk. Særlig var flere kritiske til at Sør hadde mange ufaglærte og innleide på jobb. De understreket at mangel på kompetanse gjorde det vanskeligere å deeskalere situasjoner, fordi erfarne ansatte er tryggere på seg selv og flinkere til å roe ned pasienter. Selv om de mente at terskelen for å bruke belter var like høy, ga manglende kompetanse i praksis høyere risiko for at en hendelse ville eskalere og dermed føre til bruk av mekaniske tvangsmidler. Den høye bruken av innleide vakter og ufaglærte understreker behovet for økt kompetanse om konflikthåndtering.

⁹³ 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).

⁹⁴ MAP er utviklet av Sifer og de regionale helseforetakene. Programmet er anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern.

Rapporten viser et behov for å styrke kompetansen og opplæringen på flere områder. God kunnskap og ferdigheter i konfliktdepende kommunikasjon er sentralt for å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, og Sivilombudet understreker betydningen av å sikre regelmessig vedlikeholdstrening.

Sykehuset hadde ikke en systematisk opplæring av ansatte i lovverket om bruk av mekaniske tvangsmidler. Funnene om bruk av belter i situasjoner hvor det ikke var lov og uten at det var uomgjengelig nødvendig tilsier behov for å styrke kunnskapen om den høye terskelen for bruk av mekaniske tvangsmidler (se kapittel 3 *Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler*). Det gjelder både miljøpersonalet som tok beslutningen og legene som fattet vedtakene. Det var særlig et behov for å styrke opplæringen i å skrive vedtak, og sikre at de som tar stilling til bruk av mekaniske tvangsmidler har særlig kunnskap om psykisk helsevernloven.

Tilsvarende viser funnene i kapittel 5 *Vurderinger av opprettholdelse eller opphør av belter* at det i de lange forløpene var det gjort vurderinger for sjeldent og at pasienter var beskrevet som rolige eller samarbeidsvillige uten at beltene ble løsnet. Funnene tilsier et behov for økt kunnskap om at vilkårene skal være til stede under hele belteleggingen.

Forebygging

11. Sykehuset bør styrke sitt arbeid med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, og sikre opplæring til de som beslutter bruk av belter og de som fatter vedtak.
12. Sykehuset bør styrke sin internkontroll av vedtakene og av de lange forløpene.
13. Sykehuset bør alltid tilby pasienter minst én samtale for å evaluere bruk av mekaniske tvangsmidler, og sørge for at relevant informasjon brukes systematisk for å forebygge bruk av tvang.

7. Klage og kontroll

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettssikkerhet og for å forebygge umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal derfor ha en kontrollkommisjon.⁹⁵ Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontroll med tvangsinnleggelse, gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.⁹⁶

Kontrollkommisjonen hadde ukentlige møter hvor de behandlet klager og gjennomførte velferdskontroll. Kommisjonen gjennomførte også to årlige dialogmøter med de faglig ansvarlige på avdelingene. Den skulle besøke hver avdeling 12 ganger i løpet av et år, men hadde ikke hatt tid til å gjennomføre alle besøkene. Ifølge årsrapporten for 2025 hadde kommisjonen gjennomført 52 anmeldte og 26 uanmeldte kontrollbesøk. Denne delen av velferdskontrollene ble også gjennomført utenom de faste møtedagene, og bestod i å besøke postene, og snakke med ansatte og pasienter.

1. mai 2026 ble kommisjonen delt i to, og kontrollkommisjonen oppga at dette vil gi den økt kapasitet.

Kommisjonen hadde i undersøkelsesperioden ikke behandlet noen klager på bruk av mekaniske tvangsmidler. Fordi få pasienter klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler, er kontrollkommisjonens egne undersøkelser sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

Kommisjonen oppga at den gjennomgikk alle tvangsmiddelvedtak. Sammen med andre typer vedtak, kontrollerte den om lag 50 til 60 vedtak hver uke. I gjennomgangen undersøkte den om begrunnelsen i vedtaket var tilfredsstillende. Eventuelle merknader ble oversendt klinikkleidelsen i en protokoll. Dersom kommisjonen fant alvorlige mangler, ville den også kontakte behandlingsansvarlig eller ledelsen direkte.

Kommisjonen hadde ikke hatt merknader til noen av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler i undersøkelsesperioden, hverken når det gjaldt begrunnelser eller kompetansen til den som hadde fattet vedtakene. Den hadde heller ikke hatt merknader om ivaretagelsen av pasienter i belter eller om sykehusets vurderinger av opprettholdelse av beltelegginger. I lys av våre funn om store mangler i vedtakene var dette urovekkende (se kapittel 3 *Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler* og kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*). Kontrollkommisjonen hadde heller ikke fanget opp at vedtakene var fattet av LIS-leger uten dispensasjon, den manglende kvalitetssikringen de av faglig ansvarlige eller de ordinære vedtakene som skulle ha vært registrert som hastevedtak. Funnene gir grunn til bekymring om kontrollens kvalitet.

Sivilombudet vil på denne bakgrunn oppfordre kommisjonen til å gjennomføre en grundigere gjennomgang av vedtakene om bruk av mekaniske tvangsmidler. Gjennomgangen bør særlig se på om den høye terskelen («uomgjengelig nødvendig») for bruk av belter er nådd og om faglig ansvarlig har den nødvendige kompetansen til å vurdere behovet for bruk av tvang. En styrket kontroll vil være

⁹⁵ Psykisk helsevernloven § 6-1.

⁹⁶ Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften § 51 flg. samt § 62 og § 63. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se særlig forskriftens kapittel 4 og 5 for regler om kontrollkommisjonens virksomhet.

særlig viktig for pasienter som har blitt beltelagt gjentatte ganger og for belteleggingen som varer i flere timer.

Klage og kontroll

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

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



Foto: Sivilombudet