



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 96

Bruk av mekaniske tvangsmidler
Lovisenberg diakonale sykehus

3.–5. mars 2026



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



SIVILOMBUDET

Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus,
Avdeling for døgnbehandling
Kontrollkommisjonen Lovisenberg diakonale sykehus 1

Vår referanse
2025/5799

Deres referanse
«Ref»

Vår saksbehandler
Aurora Geelmuyden

Dato
23/09/2026

Oversendelse av rapport etter besøk til Lovisenberg diakonale sykehus 3.-5. mars 2026

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus, Avdeling for døgnbehandling 3.-5. mars 2026.

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at rapporten og oppfølgingen av den blir gjort tilgjengelig for pasienter, ansatte og andre som ønsker å lese den. Vi ber videre om at sykehuset og kontrollkommisjonen gir hver sin tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **4. januar 2027**.

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. Nærmere forventninger til stedets utforming av svar på våre besøksrapporter er tilgjengelig her: <https://www.sivilombudet.no/torturforebygging/besoksinformasjon/>

Hanne Harlem
sivilombud

Johannes Flisnes Nilsen
spesialrådgiver

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



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Lovisenberg diakonale sykehus

3.-5. mars 2026

Innholdsfortegnelse

I. Besøk til Lovisenberg diakonale sykehus – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler.....	3
1.1 Sivilombudets mandat til å forebygge tortur og umenneskelig behandling	3
1.2 Forebyggingsenhetens besøk Lovisenberg diakonale sykehus.....	3
1.3 Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus, Avdeling for døgntilrettelagt behandling	3
II. Sammendrag.....	4
III. Anbefalinger	6
1. Beltelegging i sykehus: Inngripende tvangstiltak med høy risiko for umenneskelig behandling	7
2 Avdeling for døgntilrettelagt behandling.....	9
2.1 Organisering.....	9
2.2 Fysiske forhold	9
2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler	10
3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler	11
3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler.....	11
3.1.1 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak	11
3.1.2 Pasientens syn og forholdsmessighet	14
3.1.3 Særlig om bruk av belter for å gjennomføre behandling.....	15
3.2 Kompetanse og rollefordeling	16
4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter	18
5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging.....	21
5.1 Vurderinger om opphør	21
5.2 Særlig om søvn.....	23
5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter.....	23
6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler.....	26
6.1 Ledelse	26
6.2 Fysiske forhold og belegg.....	27
6.3 Pasientinvolvering.....	27
6.4 Opplæring	28
7. Klage og kontroll	30

I. Besøk til Lovisenberg diakonale sykehus – undersøkelse av bruk av mekaniske tvangsmidler

1.1 Sivilombudets mandat til å forebygge tortur og umenneskelig behandling

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

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

1.2 Forebyggingsenhetens besøk Lovisenberg diakonale sykehus

Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus, Avdeling for døgnbehandling ble i brev av 9. september 2025 varslet om at Sivilombudets forebyggingsenhet ville gjennomføre et besøk innen utgangen av 2026. Det nærmere tidspunktet for besøket ble ikke oppgitt. Besøket ble gjennomført 3. til 5. mars 2026.² Vi besøkte to enheter, Psykiatrisk akuttmottak og post 2A. Under besøket gjennomførte vi befaring og intervjuer med pasienter og ansatte ved sykehuset. Enkelte intervjuer ble gjennomført etter at besøket var gjennomført. Vi innhentet også omfattende dokumentasjon fra sykehuset.

1.3 Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus, Avdeling for døgnbehandling

Avdeling for døgnbehandling ved Lovisenberg diakonale sykehus ligger sentralt i Oslo og består av syv sengeposter med totalt 67 sengeplasser. Psykiatrisk akuttmottak (PAM) har syv sengeplasser og en gjennomsnittlig oppholdstid på omtrent to døgn. De øvrige seks postene har ti sengeplasser hver og arbeider både med kortvarige og lengre behandlingsforløp. En av de seks postene, post 2A, skiller seg ut ved at den benyttes som en ressurspost med noe høyere bemanning. Hovedmålgruppen for denne posten er pasienter med en alvorlig sinnslidelse og vedvarende forhøyet voldsrisiko.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og post 2A.

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

² De som deltok i besøket var Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist), Solveig Igesund (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter), Johannes Flisnes Nilsen (spesialrådgiver, jurist), Audun Solli (seniorrådgiver, samfunnsviter), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Viktoria Akre (ekstern ekspert, psykiater), Lars Mathias Enger (seniorrådgiver, jurist), Ida Giske (seniorrådgiver, journalist) og Aurora Lindeland Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist).

II. Sammendrag

Bruk av mekaniske tvangsmidler, som å bli fastspent i belteseng, innebærer høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Sivilombudets forebyggingsenhet har derfor undersøkt bruken av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak (PAM) og ressursposten 2A, Lovisenberg diakonale sykehus, Senter for psykisk helsevern og rus, Avdeling for døgnbehandling i tidsrommet fra 1. januar 2025 til 20. mars 2026.

Svakheter i vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

I mange av vedtakene vi gjennomgikk, fremstod hendelsen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet. I tre tilfeller ble pasienter overført fra andre sykehus til Lovisenberg iført belter, og beltebruken fortsatte ved ankomst på Lovisenberg uten noen selvstendig vurdering. Ombudet understreker at sykehuset må gjøre en selvstendig vurdering av om de strenge vilkårene for å bruke belter er oppfylt når pasienter kommer til institusjonen.

Flere av vedtakene vi gjennomgikk, gjaldt bruk av belter på to pasienter for å gjennomføre ulike typer behandling. Sykehuset burde arbeidet aktivt for å finne mindre inngripende måter å gjennomføre behandlingen på, i stedet syntes sykehusets innsats for å unngå bruk av belter å ha avtatt over tid. Det er kritikkverdig.

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

En pasient begrenset matinntaket for å unngå avføring i bekken fordi det opplevdes som nedverdiggende. Likevel fant vi ingen forsøk på å tilrettelegge for toalettbesøk før tre dager etter at beltene ble påført.

Vi fant at personale i enkelte tilfeller holdt et håndkle foran eller over pasientens ansikt dersom pasienten spyttet mye mot dem mens de lå i belter. Tildekking av ansikt kan virke skremmende og øker risiko for blokkerte luftveier. Ombudet understreker at det sterkt frarådes å dekke til beltelagte pasienters munn eller ansikt.

Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

For to pasienter som begge var beltelagt i nesten en uke, var dokumentasjonen av behovet for fortsatt beltelegging svært mangelfullt. I det ene av disse forløpene ble pasienten regelmessig gjennom fem dager beskrevet som samarbeidende, vennlig, rolig eller sovende gjennom flere timer. Pasienten fortalte tidlig om forhold som gjorde at beltebruken opplevdes ekstra belastende. Det var likevel ikke noen vurderinger av om disse merbelastningene ved belteleggingen gjorde det forholdsmessig å fortsette bruken av belter. Beskrivelsene i journal tilsa at pasienten skulle vært løst lenge før sykehuset endte med å ta av beltene.

På hverdager var det et møte klokken halv fire hvor de faglig ansvarlige ga informasjon videre til dem som skulle være forvakt og bakvakt gjennom kvelden. På fredager var dette møtet ekstra viktig fordi man formidlet informasjon om beltelagte pasienter for dem som hadde vakt gjennom helgen. Vi ble kjent med at faglig ansvarlige i slike møter kunne gi klare føringer om at en pasient skulle bli liggende i belter gjennom en natt eller også gjennom en hel helg. Dersom slike føringer gjør at ingen foretar løpende vurderinger av om vilkårene for beltelegging er oppfylt, vil det kunne medføre ulovlige og langvarige beltelegginger.

De strenge vilkårene for å opprettholde en beltelegging vil normalt ikke være oppfylt dersom pasienten sover, fordi det ikke lenger er en akutt faresituasjon. På de besøkte sengepostene ble pasienter som sov i belter som den klare hovedregel ikke løst opp. I vår dokumentgjennomgang fant vi ingen eksempler på av sovende pasienter ble løst ut av belter, selv om flere sov i belter i mange timer. Ombudet minner om at vilkårene for å opprettholde beltelegginger er like strenge i hele perioden de benyttes. Å bruke belter på pasienter som sover må begrunnes særskilt for å være lovlig.

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Oversikten over beltevedtak som vi mottok viste seg å inneholde flere feil. Korrekt informasjon om sykehusets bruk av tvang er viktig for at ledelsen skal kunne følge med på og å forebygge tvangsbruk. Dokumentasjon av langvarige beltelegginger bør gjennomgåes særlig grundig.

Flere pekte på at forholdene på sidefløyen ikke var særlig godt egnet for skjerming fordi arealet var lite og det fort ble for trangt, med få muligheter til tilpasset aktivitet. Slike forhold på skjermet enhet kan gi risiko for økt konfliktnivå og bruk av tvangsmidler. Sykehuset må være bevisst på denne risikoen og iverksette nødvendige risikoreduserende tiltak.

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket. Involvering av pasienten er viktig for å redusere pasientens traumer, for sykehusets mulighet til å forbedre egen praksis og for å begrense tvang mot pasienten i fremtiden. Ifølge sykehusets oversikt var det gjennomført svært få evalueringssamtaler ved PAM og 2A. Ombudet understreker at sykehuset har plikt til å sikre at evalueringssamtaler tilbys og gjennomføres der pasientene ønsker det.

Mangelfullt begrunnede langvarige belteforløp viste også et klart behov for styrket opplæring, spesielt om plikten til fortløpende vurderinger av tvangsmiddelvedtak.

III. Anbefalinger

Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

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

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

5. Sykehuset bør løpende journalføre forhold som har betydning for ivaretagelsen av pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler.
6. Sykehuset bør arbeide for at pasienter som den klare hovedregel får tilbud om å bruke toalett under beltelegging.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

8. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
9. Sykehuset bør sikre en løpende vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler er oppfylt, og at vurderingene dokumenteres.
10. Sykehuset bør sikre at det gjøres konkrete og individuelle vurderinger av om det er uomgjengelig nødvendig at pasienter sover i belter.
11. Sykehuset bør sikre at det alltid er noen til stede på sykehuset som kan gjøre reelle vurderinger av om bruken av belter skal avsluttes.

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

12. Sykehuset bør sikre en pålitelig oversikt over vedtak og varighet av mekaniske tvangsmidler.
13. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk og opplæring i regelverk.
14. 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

15. Kontrollkommisjonen bør ytterligere styrke sin kontroll av varigheten av beltelegginger.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

personer med psykiske lidelser.⁸ I Norge foreslo et offentlig utvalg i 2019 at hjemmelen for mekaniske tvangsmidler skulle utfases over en periode på tre år og at bruk av mekaniske tvangsmidler som hovedregel deretter skal forbys.⁹ Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere uttrykt støtte til forslaget om utfasing, men forslaget er per 23. september 2026 ikke fulgt opp.¹⁰

Rettspraksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) viser at beltelegging kan krenke forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 3. Beltelegging skal bare skje som en siste utvei, når det er den eneste måten å hindre skade på pasienten selv eller andre. Fordi inngrepet er så alvorlig, må det kontrolleres strengt. I 2020 ble Danmark dømt av EMD for brudd på artikkel 3 der en pasient var beltelagt i nesten 23 timer uten at staten kunne dokumentere at tvangen var strengt nødvendig i hele perioden.¹¹ Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som pågår i flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹² 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) Tvangsbegrensningsloven, kapittel 23.8.5.2.3.

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

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

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

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

¹³ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026.

2 Avdeling for døgnbehandling

2.1 Organisering

Avdeling for døgnbehandling ved Lovisenberg diakonale sykehus tok imot pasienter over 18 år med behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Avdelingen har hovedansvaret for psykisk helsevern for befolkningen i tre av Oslos bydeler: Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. I tillegg tar avdelingen imot pasienter som trenger videre behandling på døgnpost fra Diakonhjemmets sektor, bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker.

Avdeling for døgnbehandling bestod av syv sengeposter med totalt 67 sengeplasser. Psykiatrisk akuttmottak (PAM) hadde syv sengeplasser og en gjennomsnittlig oppholdstid på omtrent to døgn. De øvrige seks postene hadde ti sengeplasser hver og arbeidet både med kortvarige og lengre behandlingsforløp. Postene var ikke diagnosespesifikke, fordelingen av pasienter skjedde etter hvilke poster som hadde ledig kapasitet eller som tidligere hadde hatt pasienten innlagt. Innleggelsene skjedde både på frivillig og tvungent grunnlag. En av de seks postene, post 2A, ble benyttet som en ressurspost med noe høyere bemanning enn de øvrige postene. Hovedmålgruppen for post 2A var pasienter med en alvorlig sinnslidelse og vedvarende forhøyet voldsrisiko. To av de ti sengeplassene på ressursposten 2A var brukerstyrte, slik at pasienter kan komme direkte dit uten henvisning og uten å måtte innlegges først på PAM.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak (PAM) og ressursposten 2A.

Både miljøpersonale og behandlere var som utgangspunkt fast knyttet til én av sengepostene. Ved Psykiatrisk akuttmottak var det henholdsvis 5, 5 og 4 miljøpersonale til stede på dag, kveld og natt i ukedagene. I helgene var det én mindre i bemanning både på dag og kveld. Ved ressursposten 2A var det 6, 6 og 4 ansatte til stede på dag, kveld og natt hele uken.

Hver post ble ledet av en enhetsleder og en driftssykepleier. Videre var det to psykiatere og tre leger i spesialisering (LIS) tilknyttet PAM. På 2A var det to psykiatere og én psykologspesialist i tillegg til en lege i spesialisering (LIS).

De siste årene hadde Lovisenberg opplevd en økning i belegg, og i 2025 var det overbelegg ved de fleste sengepostene. PAM hadde et snitt på 79,2 % belegg gjennom året og 2A hadde 93,3 % belegg. Alle de andre sengepostene hadde et snittbelegg på omtrent 110%.

2.2 Fysiske forhold

Avdeling for døgnbehandling flyttet i 2018 til et nytt bygg sentralt i Oslo. Lokalene var lyse, luftige og med brede korridorer. Bilder, grønne planter og tapet med dekorasjon dempet institusjonspreget noe.

Psykiatrisk akuttmottak (PAM) lå i byggets første etasje. Det var i tillegg adkomst dit via heis fra en lukket garasje. Ressursposten 2A lå i byggets andre etasje. Postene var helt likt utformet, og bestod av en sidefløy og en hovedfløy. Hovedfløyen hadde fellesområde, kjøkken og tilgang til en stor innglasset balkong i tillegg til et separat aktivitetsrom som kunne brukes av pasienter eller til å gjennomføre samtaler. Fire pasientrom (hvorav et var smitterom med sluse) var plassert i sidefløyen som kunne brukes til skjerming av pasienter ved å lukke døren inn til postens hovedfløy. Sidefløyen hadde et lite fellesareal med sitteområde og tilgang til en røykebalkong som vendte inn mot et

atrium. For å gi pasientene mer bevegelsesfrihet ble døren mellom hovedfløyen og sidefløyen holdt åpen så ofte det lot seg gjøre, og det ble løpende ført oversikt over hvor ofte døren var låst. Vaktrommet hadde gjennomskjulte flater som gjorde det enkelt for pasienter å få kontakt med personalet der inne. Samtidig ga det personalet et godt overblikk over posten.

De fleste pasientrommene var utstyrt med seng, stol, pult og hyller, men inventaret varierte noe mellom rommene. Rommene var romslige, men nakne og sterile. Rommene hadde bad med toalett, speil og dusj. Det var store vinduer som slapp inn dagslys. En stor del av vinduet var frostet for å hindre innsyn utenfra på pasientrommet, men førte samtidig til redusert mulighet til å se ut av vinduene. Ved siden av vinduene var det en luftespalte som kunne åpnes av ansatte. Pasientene kunne selv justere taklyset fra pasientrommet. Temperatur og belysning kunne også reguleres av ansatte fra utsiden av pasientrommet.

Sykehuset hadde ikke egne beltesenger eller belterom, men brukte løse belter som kunne festes til sengene på alle pasientrommene. Beltekofferter lå tilgjengelig på et lager i tilknytning til postene. Sykehuset hadde egne belter som kunne brukes i dusjen.

Postene hadde tilgang til flere fellesrom utenfor postene, som pasientene kunne bruke med følge av personalet. Det var blant annet treningsrom, gymsal, livsrom, musikkrom og et aktivitetsrom hvor pasienter kunne lage kunst og håndverk. Fra aktivitetsrommet var det tilgang til en stor takterrasse med god utsikt og flere grønne planter. Deler av området hadde vært avsperrert i to år grunnet sikkerhetsutfordringer, men under vårt besøk fikk vi høre om utbedringsplaner for snart å kunne ta i bruk hele terrassen igjen. Fysio- og ergoterapeuter hadde egne behandlingsrom. Pasienter med barn kunne få besøk i egne rom som var tilpasset formålet.

2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler

Det ble fattet 67 vedtak om bruk av belter på PAM og post 2A i perioden fra 1. januar 2025 til 20. mars 2026. Av de totalt 67 vedtakene i perioden var 34 hastevedtak. Av de 67 vedtakene ble 38 fattet på PAM og 29 av vedtakene fattet på post 2A. De 67 vedtakene var fordelt på 29 ulike pasienter. Den yngste pasienten som ble lagt i belter, var 18 år og den eldste var 68 år.

Det korteste oppholdet i belter varte i 20 minutter, mens det lengste varte i nesten 13 dager.¹⁴ Av de 67 vedtakene varte 28 i over 20 timer, 12 i over 48 timer og 7 i over 4 døgn. En stor andel av belteleggingene som varte under fire timer, gjaldt beltelegging for å gjennomføre behandling, se *kapittel 3.1.4 Særlig om bruk av belter for å gjennomføre behandling*.

Av de 67 vedtakene ble 43 iverksatt mellom kl. 09:00 og 15:30. Ingen av belteleggingene ble avsluttet mellom 23:00 og 09:00. Av de 67 vedtakene om beltelegging ble 57 avsluttet mellom 09:00 og 16:00. Ni av 67 vedtak ble fattet mellom klokken 00:00 og 07:00. Ni vedtak ble fattet lørdag og søndag, og seks vedtak ble avsluttet i løpet av lørdag og søndag.

Under arbeidet med rapporten fanget vi opp flere feil i sykehusets oversikt over varigheten av beltelegging. Disse tallene ble korrigert etter dialog med sykehuset, men vi er fremdeles bekymret for om sykehuset har pålitelig oversikt over varighet av beltebruk, se *kapittel 6.1 Ledelse*.

¹⁴ Pasienter ble noen ganger flyttet fra PAM og 2A til andre avdelinger mens de var beltelagt. Lengden på belteoppholdet er totalen, uavhengig av hvilken post belteoppholdet ble avsluttet på.

3 Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

3.1 Vedtak om mekaniske tvangsmidler

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

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

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 38 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler ved Psykiatrisk akuttmottak og post 2A i perioden fra 1. januar 2025 til 20. mars 2026.

3.1.1 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak

Bruk av mekaniske tvangsmidler er kun tillatt dersom det skjer på grunnlag av ett av formålene i psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd. Alle vedtakene var helt eller delvis begrunnet i faren for at pasienten skulle skade andre. Flere vedtak var i tillegg begrunnet i fare for å skade seg selv og/eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.

I mange av vedtakene vi gjennomgikk fremstod hendelsen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet. I noen vedtak var det likevel vanskelig å forstå hvorfor belter var uomgjengelig nødvendig. Disse beskrives nedenfor.

I tre tilfeller ble pasienter overført fra andre sykehus til Lovisenberg iført belter. Beltebruken ved Lovisenberg ble da begrunnet i voldshendelser før innleggelsen og pasientens historikk. Ingen av disse vedtakene inneholdt informasjon om pasientenes atferd eller tilstand da de kom til sykehuset. I et av vedtakene fattet klokken 10:30 stod det blant annet at «det vil vurderes å løse pas ut av belter allerede i morgen, dersom pas har forholdt seg fint i avd til i morgen.» I et annet tilfelle skjedde belteleggingen etter opplysninger fra en institusjon hvor pasienten hadde vært *før* ankomst til det sykehuset som overførte pasienten til Lovisenberg. Ombudet understreker at sykehuset må gjøre en selvstendig vurdering av om de strenge vilkårene for å bruke belter er oppfylt når pasienter kommer

¹⁵ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

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

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

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

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

²⁰ Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

til institusjonen. Det er ikke lov å ha en pasient beltelagt en kveld og natt før denne vurderingen gjøres. Vi minner om at EMD har konstatert krenkelse av EMK artikkel 3 på grunn av manglende løpende vurdering av behovet for fortsatt beltelegging i et tilfelle som totalt varte i nesten 23 timer.²¹

I mange av vedtakene var beltebruken planlagt i forbindelse med gjennomføring av ulike former for behandling, se omtale av disse i *kapittel 3.1.4 Særlig om bruk av belter for å gjennomføre behandling*.

De fleste vedtakene inneholdt ingen tydelig informasjon om hvilken type belter som var tatt i bruk. I seks vedtak fremgikk det at pasienten beltelegges i seng og i syv vedtak stod det at «transportbelter» var brukt. Våre undersøkelser tydet imidlertid på at det ble brukt belteseng også der det i vedtaket stod «transportbelter». I de øvrige 25 vedtakene ble det brukt begreper som «overføre pasient til belter», «beltelegges», «beltelagt» eller «mekaniske tvangsmidler». Våre øvrige funn tydet på at den klare hovedregelen var at pasientene ble fastspent i belteseng og at transportbelter eventuelt ble brukt for å gjennomføre toalettbesøk eller som ledd i prosessen med å løse pasientene gradvis opp fra beltene. Måten beltevedtaket gjennomføres på er relevant for å vurdere nødvendigheten og forholdsmessigheten av tvangsmiddelet, og det bør derfor gå fram om vedtaket iverksettes med fastspenning i seng eller med transportbelter.

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».²² Aktuelle tiltak kan for eksempel være skifte av personal, sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller andre tvangsmidler.²³ Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.²⁴

Der bruk av tvangsmidler var nødvendig, fortalte ansatte og ledelse at det først skulle forsøkes kortvarig fastholding før man eventuelt besluttet mekaniske tvangsmidler. Ansatte fortalte at fastholdingen kunne vare i rundt 20 minutter slik at man hadde mulighet til å diskutere eventuelle neste steg og at legen kunne komme til og i en del tilfeller delta i diskusjon om veien videre.

Ansatte fortalte at nesten alle pasienter som ble beltelagt, var skjermet på sidefløyen da de ble beltelagt. Pasienter som er underlagt skjerming kan ofte ha behov for økt bevegelsesfrihet for å kunne regulere avstand og nærhet til andre.²⁵ Mange ansatte pekte på at forholdene på sidefløyen ikke var særlig godt egnet for skjerming fordi arealet var lite og det fort ble for trangt der, med få muligheter til tilpasset aktivitet. Slike forhold på skjermet enhet kan gi risiko for økt konfliktnivå og bruk av tvangsmidler. Sykehuset må være bevisst på denne risikoen og iverksette nødvendige risikoreduserende tiltak.

²¹ EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020.

²² Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

²³ 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>

²⁴ EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

²⁵ Bl.a. Sivilombudet, *Skjerming i psykisk helsevern*, temarapport 2018.

Det var stor variasjon i hvor gode redegjørelsene for mindre inngripende tiltak var. I noen tilfeller var det konkret redegjort for tilbud og forsøk fra personalet samt pasientens reaksjon på disse. I andre tilfeller stod det generelle formuleringer som «forsøk på dialog» og «verbal grensesetting». Denne typen omtale gjør det vanskelig å forstå hva som faktisk er forsøkt.

Kommunikasjon er grunnleggende for de ansattes arbeid med pasientene, og det må i utgangspunktet alltid forventes at en tilspisset situasjon forsøkes løst med kommunikasjon. Dersom en situasjon ikke kan løses gjennom samtale, må fortsatt andre mindre inngripende tiltak vurderes. Forsøk på dialog oppfyller ikke alene kravet om å vurdere mindre inngripende tiltak. I intervjuene fortalte flere ansatte om andre metoder for å roe ned situasjonen, slik som å tilby pasienten noe, som en røyk, medisiner eller en samtale. I en del av vedtakene var det imidlertid få konkrete spor av slike mindre inngripende tiltak.

I de tre tilfellene hvor pasienter ble lagt direkte i belter etter overføring fra et annet sykehus, var det ikke gjort noen selvstendig vurdering av mindre inngripende tiltak.

Det samlede inntrykket fra intervjuer med ansatte fra begge sengepostene var samtidig at de hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og terskelen for når det kan brukes.

Særlig om politiets involvering

I noen tilfeller så vi at politiet hadde vært til stede når pasienter ble beltelagt. Dokumentene vi har gjennomgått inneholdt ingen konkrete beskrivelser av hvorfor sykehuset mente det var nødvendig å involvere politiet i håndteringen av pasientene eller noen beskrivelse av hva politiet gjorde i situasjonen. I ett av tilfellene viste dokumentasjonen at politiet ble tilkalt for å bistå med en pasient som var innlagt på posten. Det ble ikke opplyst om hvorfor man tok kontakt med politiet i stedet for å be om hjelp fra andre avdelinger eller øke bemanningen på den aktuelle avdelingen. Politiet var i denne saken til stede under belteleggingen, men det er ikke tydelig hvorvidt de deltok under selve belteleggingen.

Sivilombudet understreker at terskelen for å tilkalle politi bør være svært høy.²⁶ 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. I forbindelse med et beltetilsyn var det notert i en journal at «Pasient forteller at det var ubehagelig at politiet kom, [h*n] fikk vonde minner om når [h*n] ble hentet av politi for innleggelse tidligere.»

Sykehuset må som utgangspunkt selv ha bemanning til å ivareta pasientene og personalets trygghet. Når en situasjon er så alvorlig at politi tilkalles, bør dette beskrives i journalene slik at det er tydelig hvorfor politibistand var nødvendig, hva politiet gjorde mens de var til stede og hvilken rolle de hadde i håndtering av pasienten.²⁷ Usikkerhet om ansvarsfordeling og politiets manglende opplæring i skånsom bruk av sykehusets tvangsmidler, øker risikoen for skade på pasientene. Sivilombudet er særlig bekymret for at politiet kan ha bistått med å beltelegge pasienter.²⁸

²⁶ 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.

²⁷ Helsedirektoratet (2012), Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid, kapittel 6. (Siste faglige endring 3. juli 2023.)

²⁸ CPT, Rapport etter besøk til Tsjekkia i 2014, CPT/Inf (2015)18, avsnitt 168.

3.1.2 Pasientens syn og forholdsmessighet

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

Nesten alle vedtakene inneholdt opplysninger om pasientens syn, eller informasjon om at det ikke var mulig å kommunisere med pasienten i situasjonen. I to vedtak som gjaldt én pasient, var det ingen opplysninger om pasientens syn.

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.²⁹

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 vedtakene omtalte faren for skadevirkninger av belteleggingen, eller den mulige belastningen tiltaket kunne utgjøre for pasienten. Flere pasienter var skjermet, fastholdt eller isolert i perioden før de ble plassert i belter.³⁰ I tillegg ble flere pasienter injisert med korttidsvirkende legemidler under belteoppholdet eller rett før.³¹ Noen pasienter hadde gjentatte opphold i belter over relativt kort tid, eller hadde vært utsatt for omfattende tvang og isolasjon ved andre institusjoner. Annen eller gjentakende maktbruk øker den samlede belastningen for pasientene, men vi så ingen eksempler på at slike forhold ble vurdert eller omtalt i vedtakene.

Samlet var det klare mangler ved vurderingen av særlige sårbarheter eller forventet påkjenning av plasseringen i belter. Dette innebærer en risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling, særlig når det sees i sammenheng med funnene omtalt nedenfor i kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*.

²⁹ 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.

³⁰ Psykisk helsevernloven § 4-3 og § 4-8 annet ledd bokstavene b og d.

³¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav c.

3.1.3 Særlig om bruk av belter for å gjennomføre behandling

Flere av vedtakene vi gjennomgikk gjaldt bruk av belter på to pasienter for å gjennomføre ulike typer behandling. Detaljer i sakene er utelatt av personvern hensyn, men er fulgt opp direkte overfor sykehuset.

I det ene tilfellet ble belter gjentatte ganger brukt for å gjennomføre tvangsbehandling overfor en pasient som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Sykehusets vurdering var at pasienten forventet å bli påført belter for å markere at behandlingen ble gitt mot pasientens vilje. Belteleggingen for å gjennomføre tvangsbehandlingen hadde pågått regelmessig, tilsynelatende over mange år. Vi gjennomgikk vedtak over en periode på omtrent fire måneder. Begrunnelsen i vedtakene om bruk av belter viste til «historisk sett høy voldsrisiko» som ofte var «uforutsett og alvorlig». Vedtakene var i hovedsak begrunnet i hendelser som verken var tidfestet eller konkretisert, og som synes å ha skjedd for flere år siden. Vedtakene beskrev også tidligere mislykkede forsøk på å gjennomføre behandlingen uten belter, som ikke var tidfestet. Vi fant ingen beskrivelser av forsøk på å gjennomføre behandlingen uten tvang eller med mindre inngripende tiltak i perioden vi undersøkte. Selv om tvangsmiddelbruken ble begrunnet i høy voldsrisiko, var den siste utredningen av voldsrisiko foretatt for mange år siden. Tvangsbruken mot pasienten framsto som rutinepreget og rettslig problematisk.

I det andre tilfellet ble en pasient etter et alvorlig sykdomsforløp med gjentatte og svært langvarige beltelegginger, tilbudt et nytt behandlingstiltak. Pasienten takket ja til behandlingen og ble vurdert som samtykkekompetent. I de første ni behandlingene ble pasienten fastspent i belter før og i etterkant av at selve behandlingen ble gitt. Utfra dokumentasjonen skjedde disse belteleggingene i samråd med pasienten. Vår gjennomgang tyder på at sykehuset vurderte beltene som uomgjengelig nødvendig for å sikre trygg gjennomføring av behandlingen for pasienten og av hensyn til personalets sikkerhet. De første vedtakene om belter for å gjennomføre behandlingene, framsto som nokså velbegrunnet. Sykehuset hadde også forsøkt å gjennomføre behandlingen uten, eller med mindre bruk av belter. Flere av de etterfølgende vedtakene om belter for å gjennomføre behandlingen hadde imidlertid lik, eller tilnærmet identisk utforming, og dokumenterte ikke at lempelige midler var blitt forsøkt.

Belteleggingen av begge pasientene skjedde som ledd i en plan for å gjennomføre behandling. Planlagt bruk av belter er i utgangspunktet ikke lov. Unntak kan kun tenkes der erfaringer med en pasient klart tilsier at vilkårene for å bruke tvangsmidler vil være oppfylt basert på kjente handlings- eller reaksjonsmønstre. Bruk av belter som behandling er ikke tillatt, men Helsedirektoratet har lagt til grunn at belter kan brukes for å gjennomføre behandling, forutsatt at de strenge vilkårene for bruk av belter er oppfylt. Den rettslige adgangen til å bruke belter i slike situasjoner framstår likevel som uklar.³² Planlagt bruk av belter for å gjennomføre behandling må derfor begrunnes svært grundig.

Selv om pasientenes tilstand utvilsomt stilte sykehuset overfor krevende vurderinger, bar beslutningsgrunnlaget i begge tilfeller preg av manglende konkretisering av risikovurderinger og

³² Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven med kommentarer, § 4-4, rundskriv 2017 (siste faglige endring 1. juni 2026) og Helsedirektoratet, Lovfortolkning – Bruk av fysisk makt ved gjennomføring av behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven §§ 4-4 og 4.8, 24. april 2020. Se imidlertid Helse- og omsorgsdepartementet, høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget, side 92, som har en annen beskrivelse av gjeldende rett.

manglende forsøk på alternative gjennomføringsmetoder og lempeligere tiltak. Når beltelegging brukes planlagt over tid, må sykehuset jobbe målrettet for tiltak i dialog med pasienten, for å forsøke å tilby nødvendig behandling uten tvangsbruk. I disse tilfellene syntes sykehusets innsats for å unngå bruk av belter i stedet å ha avtatt over tid. Det er kritikkverdig.

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.³³ Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurdere bruken av tvang.³⁴ Dersom en akutt nødsituasjon gjør umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig umulig, kan den som er utpekt som ansvarshavende ved enheten fatte vedtak om mekaniske tvangsmidler, kortvarig fastholding eller isolasjon.³⁵ 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.³⁶ Der tvangsmiddelbruken allerede er avsluttet, skal faglig ansvarlig likevel ta stilling til vedtaket, eventuelt dokumentere dersom tvangsmiddelbruken vurderes som ulovlig.³⁷

Kravet om at faglig ansvarlige 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.³⁸ 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.³⁹ Kravet om at faglig ansvarlige skal ta selvstendig stilling til alle vedtak om tvangsmidler, er derfor viktig for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og helsetilstand.

Sykehusets behandlere var til stede ved sykehuset i alminnelig kontortid. På kveld og natt var en psykiater tilgjengelig per telefon (bakvakt), mens én vakthavende lege var fysisk til stede (forvakt). Forvakten var normalt en lege i spesialisering. I helgene var bakvakten fysisk til stede på sykehuset en periode om morgenen for å gjøre nødvendige vurderinger. Videre hadde hver post alltid én i miljøpersonalet utpekt som ansvarshavende, som kunne fatte hastevedtak.

Der den ansvarshavende fattet hastevedtak fulgte det av den interne rutinen at faglig ansvarlig skulle underrettes snarest og vurdere om tvangsbruken skulle fortsette. Rutinen åpnet videre for at man etter en konkret vurdering kunne vente med å varsle den faglige ansvarlige til vedkommende var til stede i avdelingen. Forvakten skulle ifølge rutinen alltid informeres om tvangsmiddelvedtak.

Alle hastevedtakene vi gjennomgikk hadde en merknad fra den faglig ansvarlige. En del av merknadene inneholdt kun gjengivelse av miljøpersonalets beskrivelser eller en konstatering av at faglig ansvarlig støttet vedtaket. Noen merknader hadde supplerende informasjon enten om hendelsesforløpet, faglig ansvarliges involvering eller status i etterkant. Ingen av merknadene fra faglig ansvarlig inneholdt en uttrykkelig vurdering av om vilkårene for beltelegging var oppfylt. Vi så

³³ Psykisk helsevernloven § 1-4.

³⁴ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

³⁵ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se § 27 første og andre ledd.

³⁶ Psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd (ny § 27 andre ledd).

³⁷ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 27.

³⁸ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

³⁹ Psykisk helsevernforskriften § 5 første ledd (ny forskrift § 4).

en håndfull tilfeller av at faglig ansvarlig hadde godkjent vedtakene først flere dager etter, og i ett tilfelle over 12 dager etter beltebruken var iverksatt. Dette er kritikkverdig. Kontrollen fra den faglige ansvarlige skal skje så snart som mulig etter at et eventuelt hastevedtak er fattet, slik at vedkommende kan ta stilling til om beltevedtaket skal opprettholdes dersom pasienten fortsatt er beltelagt, eller at lovligheten kontrolleres der vedtaket var avsluttet.

Beslutningen om å bruke mekaniske tvangsmidler

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

4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.⁴⁰ For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.⁴¹ En lege bør se til pasienter i belter så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom.⁴² Pasienten skal så langt som mulig kunne spise og drikke selv og få ivaretatt behov for å gå på toalettet på en verdig måte.⁴³ Ivaretagelsen av beltelagte pasienter bør være godt dokumentert.⁴⁴

Legetilsyn med kontroll av beltene og pasientens somatiske helse skulle etter sykehusets rutine gjennomføres minimum hver åttende time. Legetilsynene ble som regel gjennomført så hyppig som foreskrevet, noen ganger oftere. I noen tilfeller var det journalført beltetilsyn uten klokkeslett, noe som gjorde det vanskelig å kontrollere hvor lang tid det gikk mellom vurderingene. Journalene ga gjennomgående lite informasjon om hvordan pasienten ble fulgt opp og ivaretatt så lenge belteleggingen varte. I mange av forløpene vi har gjennomgått var det ikke journalført hva og hvordan pasientene spiste og drakk under belteleggingen, selv om den varte i mange timer og over flere døgn. Næringsinntak over så lange perioder i belter er «relevante og nødvendige opplysninger» som øvrig helsepersonell bør ha kunnskap om. Slike opplysninger skal journalføres.⁴⁵

Tiltak for å dempe belastningen

Ved sammenhengende bruk av belter over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «friere forpleining».⁴⁶ Dette innebærer at pasienten løses opp av belter, får påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i stedet for belteseng.⁴⁷ Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres.⁴⁸ Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.⁴⁹

Bruk av «friere forpleining» var i hovedsak presist dokumentert i pasientenes journaler. Som oftest ble det gjennomført ved å løsne en arm eller et ben, eventuelt også den motsatte armen eller benet («diagonal fiksering»). I noen tilfeller hadde sykehuset gode begrunnelser for hvorfor det ikke ble

⁴⁰ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd. Ny psykisk helsevernforskrift ble fastsatt 1. juni 2026, se ny § 28 første ledd.

⁴¹ Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 7.

⁴² CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

⁴³ 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.

⁴⁴ Helsepersonelloven § 40. Se også bl.a. EMD, *Bureš mot Tsjekkia*, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, avsnitt 103.

⁴⁵ Helsepersonelloven § 40 første ledd.

⁴⁶ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd annen setning. Begrepet «friere forpleining» er fjernet etter at forskriften ble endret 1. juni 2026. Ny § 28 andre ledd fastsetter at «Det skal fortløpende sørges for at pasienten så langt det er mulig løses helt eller delvis fra tvangsmidlet eller overføres til transportbelter.»

⁴⁷ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd.

⁴⁸ Psykisk helsevernforskriften § 26 første ledd siste setning. Helsedirektoratet legger til grunn at det må gjøres tilsvarende vurdering og nedtegning minst hver 8. time under belteforløpet, se direktoratets brev Helse Nord RHF 19. desember 2016.

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

forsøkt tiltak for å gi pasientene økt bevegelsesfrihet i forbindelse med beltetilsyn. Vi fant imidlertid også eksempler på at begrunnelsen for at man unnlot å løse opp delvis kun viste til tidligere oppførsel, uten en konkret vurdering, se *kapittel 5.1 Vurderinger om opphør*.

Vi så videre flere eksempler på at pasienter ble festet tilbake i belteseng etter å ha vært løsnet ut til transportbelter i forbindelse med toalettbesøk, uten at det var tydelig hvorfor det var uomgjengelig nødvendig å legge pasienten tilbake i sengen. Å tilrettelegge for toalettbesøk i transportbelter kan gi et godt grunnlag for å se hvordan pasientens atferd påvirkes av økt bevegelsesfrihet. Hvis oppholdet i transportbelter går bra, bør det dokumenteres nøyte hvorfor vilkårene for fortsatt bruk av belteseng likevel er oppfylt.

Forhold som øker risikoen for nedverdiggende behandling

Det varierte om sykehuset dokumenterte hvordan pasientene gjennomførte toalettbesøk mens de var beltelagt. I en journal var det notert at en pasient halverte matinntaket for å unngå avføring i bekken under beltelegging fordi det opplevdes som nedverdiggende. Dagen etter var det notert at pasienten ikke ville spise for å unngå avføring i bekken. Vi fant ingen beskrivelser av forsøk på å tilrettelegge for dette før tre dager etter at beltene ble påført.

Etter sitt besøk til Norge i 2024, uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.⁵⁰ Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Komiteens uttalelser illustrerer at ivaretagelsen av pasientenes verdighet er viktig for å forhindre krenkelser.

Funn under besøket tydet på at personale i enkelte tilfeller holdt et håndkle opp foran pasientens ansikt dersom pasientene spyttet mye mot dem mens de lå i belter. Dette ble i all hovedsak beskrevet som at håndkleet ble holdt med noe avstand til pasienten, men også at det kunne legges over pasientens munn. Vi fant det også dokumentert at en pasient ble påført munnbind for å hindre spytting, uten at det var noen nærmere beskrivelse av type munnbind og om det dekket både nese og munn. Generelt understreker ombudet at det sterkt frarådes å dekke til beltelagte pasienters munn eller ansikt.⁵¹ Slik tildekking kan virke skremmende, vanskeliggjøre kommunikasjon og øker risikoen for blokkering av pasientens luftveier. Personalets legitime behov for å verne seg mot spytting må ivaretas på andre måter, for eksempel ved at de dekker til seg selv med verneutstyr, visir eller liknende.

Involvering av pårørende

Både pasienten og deres nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁵² 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.⁵³ Kontakt med pårørende kan være en trygghet for pasienten, og kan bidra med nyttig informasjon om tilnærming overfor pasienten for å avslutte en beltelegging.

⁵⁰ CPT, rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 03, avsnitt 192.

⁵¹ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006) 35, avsnitt 48.

⁵² 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).

⁵³ Psykisk helsevernloven §4-8 femte ledd.

Sykehuset syntes å ha et godt system for å gi informasjon om vedtak til pårørende.

Alle som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern har i utgangspunktet rett til å motta besøk, og det er ikke adgang til å ha generelle regler som forbyr besøk under beltelegging.⁵⁴ I journalene så vi flere eksempler på at pårørende spurte sykehuset om å få komme på besøk, men at de fikk beskjed om at det ikke lot seg gjøre mens pasienten var beltelagt. Det ble ikke gitt noen ytterligere begrunnelse for dette. Sterke behandlingsmessige, velferdsmessige eller sterke hensyn til nærstående kan begrunne unntak, men det må begrunnes konkret.⁵⁵

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 arbeide for at pasienter som den klare hovedregel får tilbud om å bruke toalett under beltelegging.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte bør ikke forekomme.

⁵⁴ Psykisk helsevernloven § 4-5 første ledd.

⁵⁵ Psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd.

5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

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

CPT har understreket at bruk av mekaniske tvangsmidler for pasienter som utgjør en fare for seg selv eller andre, kun bør benyttes «for the shortest possible time (usually minutes rather than hours)», og at det skal avsluttes så fort den akutte situasjonen som begrunnet tiltaket er over.⁵⁶ I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.⁵⁷ Komiteen har videre uttalt at bruk av mekaniske tvangsmidler over flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre krenkelse av forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁵⁸ Dersom belteleggingen helt unntaksvis, og av tungtveiende grunner, varer mer enn noen timer, anbefaler CPT at tiltaket vurderes av en lege med korte mellomrom. I slike tilfeller, samt ved gjentatt bruk av tvangsmidler, bør det også vurderes å involvere en annen lege og å overføre den aktuelle pasienten til en mer spesialisert institusjon.⁵⁹ Det sistnevnte understrekes i en EMD avgjørelse fra mars 2026 der domstolen konstaterte brudd på EMK artikkel 3 overfor en pasient som ble vurdert som vedvarende farlig under en beltelegging over 13 dager. Domstolen la særlig vekt på at sykehuset ikke raskt nok sørget for overføring av pasienten til bedre tilpasset institusjon.⁶⁰

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 20 opphold i belter fordelt på 14 pasienter i perioden fra 01. januar 2025 til 20. mars 2026.⁶¹

5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.⁶² Bruken av belter må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden beltene benyttes.⁶³ Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.⁶⁴ 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.⁶⁵ I ny psykisk helsevernforordning

⁵⁶ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.

⁵⁷ CPT, Rapport etter besøk til Danmark CPT/Inf (2014)25, avsnitt 121.

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

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

⁶⁰ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026, avsnitt 118.

⁶¹ I enkelte tilfeller ble pasientene flyttet til andre sengeposter enn de vi har undersøkt mens de var beltelagt, og vi har i disse tilfellene kun undersøkt den delen av belteleggingen som har vært på avdeling PAM eller 2A.

⁶² 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.

⁶³ 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.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

gjeldende fra 1. juni 2026 er det 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

Det var legene som gjennomførte beltetilsyn, og de fleste notatene fra beltetilsynene inneholdt en kort beskrivelse av pasientens tilstand, kontroll av hvordan beltene satt og en vurdering av fortsatt beltebruk. Kvaliteten på vurderingene varierte imidlertid mye. Flere ganger så vi at pasienter ble beskrevet som rolige under tilsynet, men at konklusjonen likevel var fortsatt beltelegging på grunn av historikk eller hendelsen som førte til beltelegging. Et eksempel på en slik journalføring er her:

«Pas. ligger i seng, har sovnet i hele natt. Snakker med lav stemme, litt vanskelig å tyde [...] grunnet svært svingende tilstand og alvorlig utagering i går kveld, er det ikke foreløpig indikasjon for friere forpleining, men det bør vurderes hvis [h*n] forholder seg rolig gjennom formiddagen.»

I flere tilfeller fant vi at legen som gjennomførte beltetilsynet viste til at den faste behandleren var rett person for å gjøre en vurdering av om beltene skulle av. I ett forløp ble pasienten lagt i belter sent om kvelden, etter at nattevakten hadde startet. Ingen av beltetilsynene som ble gjennomført i løpet av nattevakten inneholdt noen vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk var oppfylt, men konstaterte kun at «beltelegging i seng videreføres gjennom natta». Tidlig om morgenen ble det bestemt å beholde beltene på til pasientens faste behandler kom på vakt og kunne gjøre sin vurdering, uten en selvstendig vurdering av om lovens vilkår for beltelegging fortsatt var oppfylt.

I et annet forløp stod det i notatene fra tre beltetilsyn i tidsrommet 17:30-07:40 at «beslutning om oppløsning gjøres på dagtid i samråd med kjent behandler». Notatene viser at det ikke ble foretatt en vurdering av om vilkårene var oppfylt utenom behandlerens kontortid. Dette er i strid med lovverket.

For to pasienter som begge var beltelagt i nesten en uke, var dokumentasjonen av behovet for fortsatt beltelegging svært mangelfullt. I det ene av disse forløpene ble pasienten regelmessig gjennom fem dager beskrevet som samarbeidende, vennlig, rolig eller sovende gjennom flere timer. Pasienten ga ifølge dokumentasjonen tidlig i belteforløpet uttrykk for at h*n opplevde å bli retraumatisert av belteleggingen fordi det vekket vonde minner. I tillegg sa pasienten ifra om at smerter flere steder i kroppen ble forverret under belteleggingen. Det var likevel ikke noen vurderinger av om disse merbelastningene ved belteleggingen gjorde det forholdsmessig å fortsette bruken av belter. Beskrivelsene i journal tilsa at pasienten skulle vært løsnet flere dager før sykehuset endte med å ta av beltene.

På hverdager var det et møte klokken halv fire hvor de faglig ansvarlige ga informasjon videre til dem som skulle være forvakt og bakvakt gjennom kvelden. På fredager var dette møtet ekstra viktig fordi man formidlet informasjon om beltelagte pasienter som kunne være viktig for dem som hadde vakt gjennom helgen. Vi ble kjent med at faglig ansvarlige i slike møter kunne gi klare føringer om at en pasient skulle bli liggende i belter gjennom en natt eller også gjennom en hel helg. Dersom slike føringer gjør at ingen foretar løpende vurderinger av om vilkårene for beltelegging er oppfylt, vil det kunne medføre ulovlige og langvarige beltelegginger.

Gjennom intervjuene ble det tydelig at hovedregelen var at overlegene tok den endelige beslutningen om å løse ut av belter, men at det som regel skjedde i samråd med miljøpersonalet og eventuell forvakt. Et synspunkt blant enkelte ansatte synes å være at vakthavende leger på kveld og

⁶⁶ Ny psykisk helsevernforordning § 28 andre ledd.

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

natt, som ennå ikke var spesialister og ikke kjente pasientene så godt, ikke burde ta beslutninger om å løse ut av belter, men at dette burde overlates til noen som kjenner pasienten. Det ble vist til at det ikke var realistisk å følge loven fullt ut i slike situasjoner. Slike oppfatninger gir grunn til bekymring for at sykehuset ikke i tilstrekkelig grad har tatt innover seg de strenge rettslige kravene på området. Ombudet minner om at beltelegging som får pågå over tid, uten at det foretas reelle vurderinger og forsøk på lempeligere midler, gir høy risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dersom kvalifikasjonene og kjennskapet til pasientene hos leger og ansvarsvakt ikke vurderes som tilstrekkelig til å foreta reelle vurderinger av om belter skal opprettholdes, må sykehuset i tilfelle ta organisatoriske grep for å sikre at lovens krav kan oppfylles hele døgnet.

Ombudets undersøkelser av forløpene avdekket samlet sett alvorlige mangler ved sykehusets løpende vurderinger av om vilkårene for fortsatt bruk av belter var oppfylt. Vi er særlig bekymret for funnene om at det er besluttet på forhånd at pasienter kan ligge i belter gjennom en natt eller over en helg. Manglende løpende vurderinger av om vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler er oppfylt, er i strid med loven og gir høy risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

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».⁶⁸ 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.

På de besøkte sengepostene på Lovisenberg ble pasienter som sov i belter som den klare hovedregel ikke løst opp. Ingen av de 67 vedtakene om belter som ble fattet ved PAM og 2A i undersøkelsesperioden ble avsluttet mellom 22:40 og 09:00. I vår dokumentgjennomgang fant vi ingen eksempler på av sovende pasienter ble løst ut av belter, til tross for at flere sov i belter over mange timer. Dette ble bekreftet i intervjuer av ansatte. Ansatte oppga særlig to grunner til at man ikke løste opp sovende pasienter fra belter; at man ikke kunne vite hvordan pasienten oppførte seg når vedkommende våknet og at pasientene ofte var veldig dårlige når de ble beltelagt og det derfor var særlig viktig å sikre at de fikk søvn. Ombudet minner om at vilkårene for å opprettholde beltelegginger er like strenge i hele perioden de benyttes, og at å bruke belter på pasienter som sover krever en særskilt begrunnelse for å være lovlig. Å våkne fra søvn i en belteseng kan oppleves traumatisk. Å unngå at pasienter sover i belter er et viktig forbedringsområde for sykehuset.

5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

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

⁶⁸ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 1. juni 2026.)

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.⁶⁹ Kontrollkommisjonen har en sentral rolle i å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved beltelegginger. Men pasientens mulighet til å klage og kommisjonens mulighet til å etterprøve sykehusets vurderinger, forutsetter at disse vurderingene er dokumentert.

Begrunnelser er også en forutsetning for at sykehuset kan føre effektiv internkontroll.⁷⁰ Dersom pasientens journal ikke inneholder tilstrekkelige begrunnelser for fortsatt beltelegging, vil det være vanskelig for sykehusets ledelse å kontrollere et av det mest inngripende tvangstiltakene sykehuset kan benytte overfor pasienter. Det vil også gjøre det vanskeligere å lære av feil og å drive utviklingsarbeid.

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

Nyere rettspraksis fra EMD viser at sykehusenes begrunnelser for hvorfor beltene ikke kunne løses tidligere, tillegges stor vekt i spørsmålet om belteleggingen var i strid med forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3. Det klare utgangspunktet er at det er opp til sykehuset å dokumentere at en beltelegging ikke ble forlenget utover perioden den var uomgjengelig nødvendig, og at dette forutsetter at helsepersonell vurderer dette spørsmålet jevnlig gjennom forløpet.⁷¹ 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.⁷² Varigheten mellom slike konsultasjoner er også vektlagt i saken *Lavorgna mot Italia*.⁷³ 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.⁷⁴ Norske domstoler vil tillegge disse avgjørelsene betydelig vekt ved prøvingen av tilsvarende spørsmål.⁷⁵

Sivilombudet ber videre sykehuset 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.⁷⁶ Dersom en beltelegging skal kunne pågå lenger enn dette, må det fattes et nytt vedtak.⁷⁷

⁶⁹ HR-2008-88-A, avsnitt 58.

⁷⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

⁷¹ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 122 og 123.

⁷² EMD, *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 112.

⁷³ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁷⁴ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

⁷⁵ HR-2015-1405-A, avsnitt 22.

⁷⁶ Ny psykisk helsevernforordning § 28 andre ledd

⁷⁷ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforordningen med kommentarer, merknadene til § 28.

Sivilombudet understreker på denne bakgrunn betydningen av at pasienter må løsnes fra mekaniske tvangsmidler så snart den akutte nødrettslignende situasjonen har opphørt, og at det undergis reelt løpende vurderinger så lenge belteplasseringen varer.

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 en løpende vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler er oppfylt, og at vurderingene dokumenteres.
10. Sykehuset bør sikre at det gjøres konkrete og individuelle vurderinger av om det er uomgjengelig nødvendig at pasienter sover i belter.
11. Sykehuset bør sikre at det alltid er noen til stede på sykehuset som kan gjøre reelle vurderinger av om bruken av belter skal avsluttes.

6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Statlige myndigheter er forpliktet til å iverksette tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁷⁸ Selv om tvangsmidler kan være nødvendig for å beskytte pasienter og ansatte i akutte situasjoner ved døgnposter i psykisk helsevern, 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.⁷⁹

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.⁸⁰ Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.⁸¹

Lovisenberg hadde i 2013–2014 et prosjekt hvor det var et tydelig mål om reduksjon i bruk av belter. Prosjektet resulterte i en kraftig reduksjon i antall beltelegginger fra 2012 til 2014. Ansatte ga uttrykk for at terskelen for beltebruk var høy på Lovisenberg, noen påpekte at den iblant var for høy. Vi snakket også med ansatte som hadde søkt seg til Lovisenberg nettopp på grunn av fokuset på lite beltebruk.

6.1 Ledelse

Ledelsens kunnskap om 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 tvang som brukes på den enkelte post. Det er også viktig å følge med på hvordan tvangsvedtakene begrunnes, om interne rutiner for tvangsvedtak overholdes, og om interne forhold påvirker bruken av tvang.⁸² CPT har anbefalt at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for bruk av tvangsmidler, som ledd i dette arbeidet.⁸³

Et steg i retning av kunnskap om institusjonens bruk av tvang er en oppdatert og pålitelig tvangsstatistikk. Ledergruppen hadde gjennomganger av tvangsstatistikk på tvers av sengepostene hvert kvartal. Flere fortalte at ansatte jevnlig ble gjort kjent med statistikken over tvangsbruk.

Vi mottok en oversikt over beltevedtak som inneholdt informasjon om tidspunktet beltene ble tatt i bruk og tidspunktet for opphør. Denne ga blant annet oversikt over varigheten av belteleggingene og når på døgnet vedtak om belter ble iverksatt eller avsluttet. Underveis i arbeidet oppdaget vi imidlertid flere feil som tydet på at sykehusets oversikter ikke var korrekte. To oppføringer om pasienter som hadde vært i belter i omtrent en uke, viste seg å være feilføringer. I tillegg så vi at

⁷⁸ FNs torturkonvensjon artikkel 2 nr. 1 jf. 16 nr. 1 og FNs torturforebyggingskomité, General Comment nr. 2, Implementation of article 2 by States parties, CAT/C/GC/2, 24. januar 2008.

⁷⁹ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁸⁰ Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

⁸¹ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (1). (Siste faglige endring 14. desember 2021). Helsedirektoratet (2021).

⁸² Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (1). (Siste faglige endring 14. desember 2021) og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 11.

⁸³ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 1.7.

oversikten oppga et belteopphold på litt over fem timer, som ifølge et journalnotat varte i under to timer. Det vil alltid kunne oppstå feil når man registrerer og behandler tallmateriale, men for at ledelsen skal kunne ha et best mulig utgangspunkt for å følge opp tvangsbruken, må tallgrunnlaget være så korrekt som mulig. Dokumentasjon om langvarige beltelegginger bør gjennomgås særlig grundig.

Vi ble under besøket gjort oppmerksomme på at systemene for registreringen av beltebruk ikke var godt egnet for å få frem ulikheten i varighet av belteleggingene. Funnene i rapporten viser behovet for at sykehuset styrker sin internkontroll med varigheten av beltelegginger, og påser at det gjøres løpende vurderinger av behovet for fortsatt beltelegging i tråd med lovens krav (se særlig kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*). Ombudet minner om at institusjonen skal sørge for at gjennomføringen av mekaniske tvangsmidler registreres i elektronisk pasientjournal på en måte som gir en samlet oversikt over tiltak mot hver enkelt pasient.⁸⁴

6.2 Fysiske forhold og belegg

Studier tyder på at det fysiske miljøet for pasientene, med romslige, oversiktlige og hjemlige lokaler, enerom, nærhet til natur, naturlig lys og opplevelse av frihet og trygghet, kan bidra til å forebygge bruk av tvang.⁸⁵ Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».⁸⁶

Lokalene til de to enhetene tilfredsstilte i stor grad disse anbefalingene (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*). Det var imidlertid flere som pekte på at sidefløyen, som kunne skilles fra hovedfløyen med en dør og brukes som skjermet enhet, var for liten og trang, se kapittel 3.1.1 *Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak*. Slike forhold på skjermet enhet kan gi risiko for økt konfliktnivå og bruk av tvangsmidler.

Tilbud om ulike former for aktivitet kan bidra til å dempe uro, frustrasjon og aggresjon.⁸⁷ Sykehuset hadde fine aktivitetsrom utenfor sengepostene, men disse forutsatte at pasientene ble fulgt av ansatte. Et svært høyt belegg på døgnpostene i 2025 (se kapittel 2.1 *Organisering*) påvirket i tillegg ansattes muligheter for å gi individuelle tilpasninger til pasientene med hensyn til bruk av sykehusets arealer. Ledelsen pekte også på at det høye belegget gjorde at man ikke i samme grad fikk tid til å jobbe med å deeskalere situasjoner i posten som kunne skape konflikt.

6.3 Pasientinvolvering

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.⁸⁸ Involvering av pasienten er viktig for å redusere pasientens

⁸⁴ Ny psykisk helsevernforordning § 5 andre ledd, ikraftsatt 1. juni 2026.

⁸⁵ 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>.

⁸⁶ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁸⁷ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁸⁸ Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

traumer, for sykehusets mulighet til å forbedre egen praksis og for å begrense tvang mot pasienten i fremtiden.⁸⁹

Sykehuset hadde en rutine for evaluering av tvang hvor hensikten var læring, forebygging av nye episoder med tvangstiltak og kvalitetsutvikling. I vår gjennomgang av journaler har vi imidlertid funnet svært få eksempler som dokumenterer at slike evalueringssamtaler er gjennomført. Flere ansatte ga uttrykk for at evalueringssamtaler ble gjennomført, men at skjemaet sjelden ble brukt. Ifølge sykehusets oversikt over evalueringer av tvang hadde sengepostene PAM og 2A i perioden fra januar til august 2025 gjennomført til sammen syv evalueringssamtaler etter tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Totalt for de syv døgnpostene på sykehuset ble det gjennomført evalueringssamtaler i bare 8,6% av tilfellene pasientene hadde rett til slik samtale i perioden januar-august 2025.

Sivilombudet understreker at systematisk arbeid med å tilby og gjennomføre evalueringssamtaler av god kvalitet som blir brukt i pasientoppfølgingen, kan være viktig for å forebygge tvang mot pasienten og gi grunnlag for bredere læring. For å oppnå dette må informasjon fra evalueringssamtalene være tilgjengelig og brukes under innleggelsen og ved senere innleggelser. Ombudet understreker at sykehuset har plikt til å sikre at evalueringssamtaler tilbys og gjennomføres der pasientene ønsker det.

6.4 Opplæring

Alle ansatte i miljøpersonalet var pålagt å gjennomføre et todagers kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), et opplæringsprogram for å øke forståelsen, forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk. Sykehuset hadde også jevnlig vedlikeholdstreninger. Det inkluderte opplæring i forebyggende kommunikasjon og deeskalering. Alle leger og psykologer skulle også delta på todagers innføringskurs i MAP i tillegg til vedlikeholdstreninger. Slik opplæring er viktig, og en rekke kilder peker på at tilstrekkelig opplæring og kompetanse hos de ansatte innen kommunikasjon og regelverk er sentralt for å anvende alternativer til tvang.⁹⁰ Det er positivt at også behandlerne får opplæring og vedlikeholdstrening i MAP.

Funnene våre viser et klart behov for styrket opplæring, spesielt om plikten til fortløpende vurderinger av tvangsmiddelvedtak (se særlig kapittel 4 *Ivaretagelse av pasienter som er i belter* og kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

I dokumentene har vi sett noen eksempler på at personalet tilsynelatende bidro til eskalering av situasjoner, i stedet for å arbeide for å roe ned. Et eksempel var en pasient som tidlig om morgenen var sulten og ba om å få frukt, yoghurt og müsli. Pasienten fikk yoghurt og frukt, men fikk gjentatte ganger avslag på müsli på grunn av tidspunktet for forespørselen. Avslagene fremstod kategoriske og uten begrunnelse. Situasjonen endte med at pasienten ble beltelagt i flere timer. Dagen etter stod det i journalen at pasienten i løpet av kveldsvakten hadde fått en bolle med müsli inn på rommet for natten.

⁸⁹ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

⁹⁰ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (2) og del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021) og Europarådet. (2021) Compendium Report; Good practices to promote voluntary measures in mental health.

Vi har også sett eksempler på at pasienter filmet personalet med mobiltelefon inne på posten, og at situasjonen eskalerte når personalet forsøkte å frata pasientene telefonen. Maktubalansen på en institusjon er stor, og pasientene kan ha en berettiget interesse av å dokumentere en situasjon de opplever som vanskelig.⁹¹

Under besøket ble vi kjent med at Lovisenberg tidligere hadde brukt et skjema hvor de intervjuet personalet som la pasienter i belter for å lære av hvordan situasjonen ble håndtert. Slike samtaler kan skape gode rammer og praksis for å snakke om og vurdere om situasjonen kunne vært løst uten eller med mindre inngripende tiltak. En slik gjennomgang for å lære av situasjonen er også anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne.⁹²

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

12. Sykehuset bør sikre en pålitelig oversikt over vedtak og varighet av mekaniske tvangsmidler.
13. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk og opplæring i regelverk.
14. 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.

⁹¹ Se Sivilombudets tidligere uttalelser om lignende problemstillinger på barnevernsinstitusjoner i besøksrapporter fra Stendi Nymogården barnevernsinstitusjon, 12.-14. november 2019 s. 27 og Jong ungdomshjem, 25.-26. september 2019, s. 27-28.

⁹² Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (4).

7. Klage og kontroll

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal derfor ha en kontrollkommisjon.⁹³ Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontrollere tvangsinnleggelser, gå på jevnlig velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.⁹⁴

Kontrollkommisjonen besøkte sykehuset ukentlig og gjennomførte da klagebehandling og besøk til alle avdelingene. I tillegg gjennomførte kontrollkommisjonen uanmeldte tilsyn nattestid noen ganger i året. Kontrollkommisjonen hadde to årlige dialogmøter med henholdsvis behandlerne og ledelsen for sengepostene. Dialogmøtene ga en anledning for kommisjonen til å ta opp gjennomgående utfordringer de hadde notert seg gjennom arbeidet den siste tiden.

Under kommisjonens ukentlige besøk i sengepostene snakket de med ansatte og med pasienter som var nyinnlagt eller som ønsket å snakke med kommisjonen. Det var imidlertid miljøpersonalet som kontaktet pasientene på vegne av kommisjonen for å høre om de var interessert i en samtale. Sivilombudet har ved en rekke tilfeller anbefalt at kontrollkommisjonen selv tar direkte kontakt med pasientene.⁹⁵ Kommisjonen hadde ikke praksis for å tilby samtale til pasienter som var innlagt på Psykiatrisk akuttmottak (PAM). Begrunnelsen for dette var at pasientene hadde kort liggetid og at de gjerne var svært syke rett etter ankomst. Sivilombudet vil fremheve at et psykiatrisk akuttmottak ofte har et høyere antall tvangsmiddelvedtak enn sengeposter med lengre gjennomsnittlig liggetid og at mange pasienter bare er innom PAM uten å bli overført til andre poster. Å ikke snakke med pasienter på PAM øker risikoen for at kommisjonen ikke oppdager kritikkverdige forhold i en sengepost som er pasientens første møte med sykehuset.

Sivilombudet har gjennomgått to vedtak om behandling av klage på beltelegging. Begge behandlet beslutningen om å beltelegge pasienten, og i det ene vedtaket behandlet kommisjonen også varigheten av belteplasseringen på en tillitsvekkende måte, med omtale av konkrete forhold som gjorde at pasienten ikke kunne løses ut tidligere. Forløpene klagene gjaldt er ikke blant belteforløpene vi har gjennomgått.

Det er samtidig svært få pasienter som klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁹⁶ Dette innebærer at kontrollkommisjonens egne undersøkelser er sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

En av kontrollkommisjonens oppgaver er å kontrollere at lovens vilkår er oppfylt for alle tvangsmiddelvedtak. Ved gjennomgang av beltevedtak gjennomgikk en samlet kommisjon alle vedtakene og i tillegg føringer i pasientjournalen både i forkant av vedtaket og så lenge belteleggingen hadde vart.

⁹³ Psykisk helsevernloven § 6-1.

⁹⁴ 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.

⁹⁵ Sivilombudet. (2023) Rapport fra besøk til St. Olavs hospital, regional sikkerhetsavdeling (Østmarka), kapittel 8, med videre henvisninger.

⁹⁶ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 60.

Vår gjennomgang av kommisjonens tilsynsrapporter viste flere eksempler på at kontrollkommisjonen stilte konkrete spørsmål til sykehuset om bruken av mekaniske tvangsmidler. Svarene fra sykehuset var inntatt i rapportene, slik at det var enkelt å få oversikt over kommunikasjonen. Eksempler på konkrete merknader fra kommisjonen var spørsmål om var hvorfor det var nødvendig å opprettholde tvangsmiddelet utover et konkret klokkeslett når pasienten ved tilsyn ble beskrevet som rolig, eller hvorfor en pasient blir liggende 50 minutter i belter etter at det er notert å ikke lenger være indikasjon for belter. Vår gjennomgang tyder på at kommisjonens kontroll med vedtak og gjennomføring av beltelegginger er grundig, og at den også følger opp forhold den vurderer som problematisk med sykehuset.

Funnene våre tyder samtidig på at kommisjonens kontroll med belteleggingenes varighet i en del tilfeller burde vært mer intensiv, spesielt i tilfellene der varigheten av belteleggingen ble fastsatt på forhånd og den rutinemessige opprettholdelsen av beltelegging overfor sovende pasienter (se særlig *kapittel 5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging*).

Klage og kontroll

15. Kontrollkommisjonen bør ytterligere styrke sin kontroll av varigheten av beltelegginger.

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

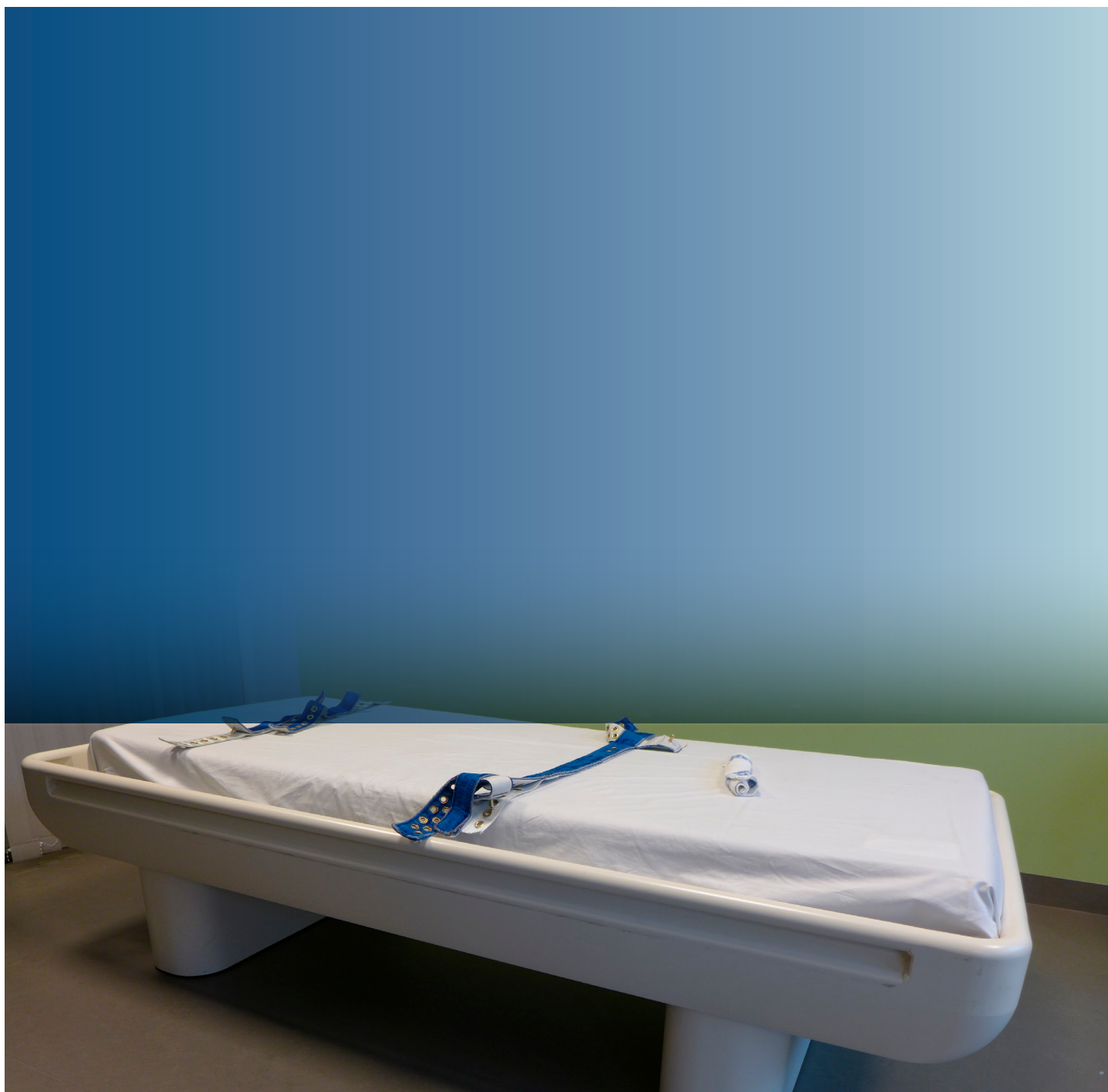


Foto: Sivilombudet