



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 98

**Bruk av mekaniske tvangsmidler,
Akershus universitetssykehus**

4.-6.mai 2026



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



SIVILOMBUDET

Akershus universitetssykehus HF
Kontrollkommisjon Ahus I - Akershus universitetssykehus

Vår referanse
2025/5800

Deres referanse
«Ref»

Vår saksbehandler
Lars Mathias Enger

Dato
21.10.2026

Oversendelse av rapport etter besøk til Akershus universitetssykehus 4. til 6. mai 2026

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Akershus universitetssykehus, Psykisk helsevern Nordbyhagen, 4. til 6. mai 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 **22. 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 forventinger til stedets utforming av svar på våre besøksrapporter er tilgjengelig her: <https://www.sivilombudet.no/torturforebygging/besoksinformasjon/>

For sivilombudet

Hanne Harlem
sivilombud

Johannes Flisnes Nilsen
spesialrådgiver

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



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Akershus universitetssykehus

4.-6. mai 2026

Innholdsfortegnelse

I. Besøk til Akershus universitetssykehus – 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 Psykisk helsevern Nordbyhagen	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 Bruk av mekaniske tvangsmidler uten dokumentert vedtak og utenfor avdelingen	12
3.1.2 Lovlig formål.....	13
3.1.3 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak	13
3.1.4 Pasientens syn og forholdsmessighet	16
3.2 Kompetanse og rollefordeling	17
4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter	19
5 Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging.....	24
5.1 Vurderinger om opphør	24
5.2 Særlig om søvn.....	26
5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter.....	27
6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler.....	29
6.1 Ledelse og bemanning	29
6.2 Fysiske forhold	30
6.3 Pasientinvolvering.....	31
6.4 Opplæring	32
7. Klage og kontroll	33

I. Besøk til Akershus universitetssykehus – 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 Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus HF, akuttpsykiatrisk avdeling, 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. Fra januar 2026 er akuttpsykiatrisk avdeling og spesialpsykiatrisk avdeling samlet i Psykisk helsevern Nordbyhagen, som vi besøkte 4. til 6. mai 2026.² Under besøket, som undersøkte forholdene ved enhetene mottak og avklaring, gjennomførte vi befaring og intervjuer med pasienter og ansatte ved sykehuset. Enkelte intervjuer ble gjennomført etter at besøket var gjennomført. Vi innhentet også omfattende dokumentasjon fra sykehuset. Avsluttende møte med sykehusets ledelse ble gjennomført 8. juni 2026.

Akershus universitetssykehus, Psykisk helsevern Nordbyhagen

Psykisk helsevern Nordbyhagen samler sykehusets psykiatriske døgntilbud i dels eksisterende og dels helt nye lokaler. Senteret har 10 lukkede døgnenheter som hver har 12 eller 13 sengeplasser. Alle pasientene ble tatt imot ved enhet mottak, der pasienter kun oppholdt seg i omkring ett døgn. Pasienter som ikke ble utskrevet, ble overført videre til andre enheter, deriblant enhet avklaring. Denne enheten var ment for pasienter med behov for noe lenger observasjon, karlegging og stabilisering, uten at overføring til øvrige sengeposter ble ansett nødvendig. Ved enhet avklaring kunne pasientene være innlagt i opp mot 7 dager.

Forebyggingsenhetens undersøkelser gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler ved enhet mottak og enhet avklaring. Vi har også undersøkt enkelte forløp ved mottaksposten under tidlige organisering.

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

² De som deltok i besøket var Solveig Igesund (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter), Johannes Flisnes Nilsen (spesialrådgiver, jurist), Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist), Ida Giske (seniorrådgiver, journalist), Aurora Lindeland Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist) og Lars Mathias Enger (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 enhetene mottak og avklaring ved Akershus universitetssykehus HF, Psykisk helsevern Nordbyhagen.

Gode fysiske forhold

Enhetene var plassert i nye lokaler overtatt av sykehuset i januar 2026. Enhetene var lyse og romslige, og alle pasientrommene hadde store vinduer, egnet møblering og eget bad med toalett og dusj. Hver enhet hadde to større pasientrom tilpasset bruk av skjerming og isolasjon, med egne balkonger og mulighet til å observere pasienten fra utsiden.

Svakheter i vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

Loven krever at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke belter. Ansatte syntes å ha et bevisst forhold til denne høye terskelen og i mange vedtak var dette kravet godt begrunnet. Samtidig hadde flere vedtak begrunnelser som gjorde det vanskelig å vurdere om vilkåret var oppfylt. I noen tilfeller var begrunnelsen slik at vedtakene fremstod ulovlige. Dette gjaldt blant annet tre vedtak der belter tilsynelatende ble brukt forebyggende, uten at det forelå en akutt faresituasjon. I ett tilfelle var en pasient beltelagt uten et dokumentert vedtak.

Ingen av de gjennomgåtte vedtakene vurderte mulige negative konsekvenser for pasienten, slik loven forutsetter. Dette inkluderte tilfeller der pasientene hadde kjente sårbarheter og eller var utsatt for omfattende tvangsbruk i perioden før vedtak. I tilfeller der politiet var til stede i avdelingen, manglet beskrivelser av politiets rolle og involvering i belteleggingen. Sivilombudet er også kritisk til at politiet bistod med å beltelegge fire pasienter.

En svært stor andel av vedtakene var såkalte hastevedtak, fattet uten at faglig ansvarlig var tilgjengelig i posten, og mange av disse manglet en dokumentert vurdering fra faglig ansvarlig.

Ivaretagelse av pasienter i belter

Det var gjennomgående godt beskrevet hvordan pasientene ble fulgt opp og ivaretatt så lenge belteleggingen varte, inkludert forsøk på kommunikasjon og inntak av mat, drikke og medisiner, toalettbesøk og søvn. Pasienter ble også som hovedregel tilsett av lege raskt etter beltelegging, og deretter minst hver åttende time.

Samtidig så vi at det enkelte ganger tok for lang tid før sykehuset vurderte eller forsøkte delvis å løsne beltene, og at pasienter som var delvis løsnet fra belter ble fullstendig fastspent på nytt uten tilstrekkelig begrunnelse. I noen tilfeller kunne ansatte holde et håndkle opp foran eller over pasientens munn dersom pasientene spyttet mens de lå i belter. Å få tildekket ansiktet i belter kan virke skremmende, vanskeliggjør kommunikasjon og øker risikoen for blokkerte luftveier. Vi fant også eksempler på at pasientenes kontakt med pårørende eller advokat ble begrenset mens de lå i belteseng. Å være i belter setter pasienten i en svært sårbar situasjon og det er viktig å kunne ha kontakt med pårørende og mulighet til kontakt med advokat i fortrolighet.

En pasient var beltelagt i 42 timer med et påvist brudd i hånda etter en utagering. Vi fant ikke tegn på at bruddet og pasientens smerter ble vektlagt ved vurderingene av hvor lenge beltene skulle være

på. Det er kritikkverdig at sykehuset ikke har dokumentert en forholdsmessighetsvurdering av fortsatt beltelegging for pasienten i en slik situasjon.

Risiko ved lange belteplasseringer

Sykehuset skrev beskrev hyppig tilstanden og atferden til beltelagte pasienter, og de dokumenterte som hovedregel jevnlig vurderinger av det fortsatte behovet for belteplassering. Omkring en tredjedel av de gjennomgåtte forløpene varte i tre timer eller mindre. Det er positive funn, som underbygger at mange pasienter syntes å bli løsnet fra belter så snart lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

Samtidig viser funnene at enkelte pasienter ble liggende i belter ulovlig lenge. En pasient var for eksempel beltelagt i omkring 12 døgn, uten tilstrekkelig dokumentert innsats for å avslutte belteleggingen. Terskelen for når pasienter kunne slippes ut av belter framsto i flere saker som for streng. Det ble blant annet tilsynelatende stilt krav om samarbeid over tid og enighet om hendelsesforløpet som ledet til belteplasseringen. Sovende pasienter ble som den klare hovedregel ikke løsnet fra beltesengen. Det tok også i en del tilfeller for lang tid fra en pasient var rolig, til beltene ble fjernet. Vilkårene for bruk av belter må være oppfylt så lenge plasseringen varer, og pasienter må løsnes opp så snart den akutte situasjonen har opphørt.

Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Enhetene hadde hatt stor utskiftning i behandlergruppa, og på besøkstidspunktet var det flere ubesatte behandlerstillinger. Ustabiliteten og det lave antallet behandlere skapte flere utfordringer i oppfølging av pasientene og for samarbeidet med miljøpersonalet. Sivilombudet understreker at sykehuset må ha et betryggende antall kompetente behandlere for å sikre forsvarlig ivaretagelse av pasienter og redusere bruk av tvang.

Alle ansatte i miljøpersonalet måtte gjennomføre obligatorisk kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), og det ble holdt regelmessige vedlikeholdstreninger. Behandlerne hadde ukentlige spesialistmøter og morgenundervisning. Det var imidlertid ingen systematisk opplæring i regelverket for bruk av tvang.

Våre funn viser videre svakheter ved sykehusets evaluering av hendelser som ledet til bruk av belter. Det var ingen fast praksis for gjennomgang av slike hendelser blant sykehusets ansatte, og kun i 10 av 30 gjennomgåtte forløp var det gitt lovpålagt tilbud om ettersamtale til pasienten.

Behov for styrket klagebehandling fra Kontrollkommisjonens

Pasienter kan klage til Kontrollkommisjonen over vedtak om mekaniske tvangsmidler. Ombudets gjennomgang av to vedtak i klagesaker viste en for lite inngående kontroll av om lovens vilkår var oppfylt under hele belteleggingen.

Samtidig hadde kommisjonen hyppig kontakt med ledelsen ved Psykisk helsevern Nordbyhagen, og deltok blant annet på spesialistmøter ved sykehuset. Kommisjonen gjennomgikk også alle vedtak om bruk av belter, og hadde i den forbindelse tatt opp flere konkrete problemstillinger med sykehuset. Flere ansatte uttrykte at kommisjonen stilte strenge krav til dokumentasjon underveis i belteforløp.

Det er en klar systemsvakhet at Kontrollkommisjonene ikke har et eget saksbehandlingssystem og at sykehusets journalsystem mangler dedikert funksjonalitet for kommisjonens arbeid. Dette gjør at etterkontrollen med kommisjonens virksomhet er vanskelig.

III. Anbefalinger

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

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

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

5. Sykehuset bør bruke tolk der dette er nødvendig for å sikre god kommunikasjon mellom pasienten og ansatte.
6. Sykehuset bør så raskt som mulig forsøke friere forpleining og som den klare hovedregel gi pasienten tilbud om å bruke toalett under beltelegging.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagt, bør ikke forekomme.
8. Sykehuset bør sikre at pårørende får informasjon om vedtak om mekaniske tvangsmidler, og at pasienten som hovedregel kan ha kontakt med sine pårørende under belteleggingen.
9. Sykehuset bør sikre at pasienter som ligger i belter kan ha konfidensiell kontakt med advokat.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

10. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
11. Sykehuset bør sikre at det gjøres konkrete og individuelle vurderinger av om det er uomgjengelig nødvendig at pasienter sover i belter.

Forebygging

12. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert å sikre styrket bemanning og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.
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 sin behandling av klager om mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av belteleggingen.

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 21. oktober 2026 ikke fulgt opp.¹⁰ Departementet fastsatte 1. juni 2026 en ny psykisk helsevernforskrift med endringer som innebærer at vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke kan vare over 8 timer.¹¹ Dette innebærer at etter 1. juni 2026 må det fattes nytt vedtak dersom belteleggingen varer lenger enn åtte timer.¹²

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.¹³ Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) har uttalt at beltelegging som pågår i flere dager ikke kan rettferdiggjøres og vil kunne utgjøre umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁴ Dette ble bekreftet av EMD i en dom fra mars 2026, der en pasient var beltelagt i 13 dager.¹⁵ EMD aksepterte 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 Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd.

¹² Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28. (Siste faglige endring 1. juni 2026.)

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

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

¹⁵ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026.

2 Psykisk helsevern Nordbyhagen

2.1 Organisering

Psykisk helsevern Nordbyhagen er en del av Akershus universitetssykehus og bestod på besøkstidspunktet av ti lukkede døgnenheter med 12 eller 13 sengeplasser hver.¹⁶ Enhet mottak tok imot alle nye pasienter, og enheten kunne ha over ti nye innleggelser i døgnet. Fra mottaket ble pasientene som regel innen et døgn utskrevet eller overført til en annen enhet ved Psykisk helsevern Nordbyhagen. Enhet avklaring ble nyetablert i januar 2026 og tok imot pasienter som trengte et noe lenger opphold uten at overføring til andre langtidsposter ble vurdert som nødvendig.

De to enhetene hadde felles seksjonsleder og hver sin enhetsleder som ledet miljøpersonalet. Ved enhet mottak var det i ukedagene henholdsvis 9, 9 og 6 miljøpersonale til stede på dag, kveld og natt, mens det i helgene var 8, 8 og 6 ved tilsvarende vakter. Ved enhet mottak var det både i ukedager og helger 7, 7 og 4 ansatte til stede på dag, kveld og natt. Miljøpersonale jobbet fast ved en av enhetene, og begge enhetene hadde egne nattevaktslag.

Det hadde vært store utskiftninger blant behandlerne tilknyttet mottak og avklaring. Flere behandlere hadde den senere tiden sluttet eller gått ut i permisjon. Det skulle være seks og en halv behandlerstilling til sammen på de to enhetene, i tillegg til flere leger i spesialisering («LIS»). På besøkstidspunktet var det imidlertid kun én fast ansatt og to innleide psykiatere knyttet til enhetene, og ingen psykologspesialist. Situasjonen gjorde at lederen for behandlergruppa i en periode måtte jobbe delvis klinisk. Kort tid etter besøket tiltrådte i tillegg en psykolog. Sykehuset arbeidet med å rekruttere flere faste behandlere. Ustabiliteten i behandlergruppa skapte frustrasjon og lite forutsigbarhet hos flere (se kapittel 6.1 *Ledelse og bemanning*).

2.2 Fysiske forhold

Psykisk helsevern Nordbyhagen bestod av dels helt nye lokaler overtatt av sykehuset i januar 2026. De nye lokalene var bygget i forlengelsen av det eksisterende bygget, med en ny samlet hovedinngang for alle enhetene.

Enhetene mottak og avklaring hadde lik planløsning og var lokalisert i parallelle fløyer i den nye delen av bygget. Enhet mottak hadde egne mottaksrom der nye pasienter kunne undersøkes, etter ankomst via en skjermet ambulanseinngang i byggets kjeller. Enhetslederne hadde kontorer i umiddelbar nærhet til enhetene, og hadde dermed god mulighet til å følge med hva som foregikk i sengeposten. Behandlerne, inkludert leger i spesialisering, hadde også kontorplass nært enhetene.

Lokalene var romslige, med brede korridorer og god takhøyde. Veggene var malt i rolige farger, og det var innfelt treverk på veggene. Enhetene mottak og avklaring hadde begge 12 pasientrom, som alle hadde seng, plassbygget hylle, pult og benk, stol og adskilt bad med toalett og dusj. Rommene hadde store vinduer og var utformet for å begrense muligheten for pasientskader. Temperatur, lys og screens på vinduer kunne styres av pasientene og overstyres fra vaktrommet.

I egne korridorer hadde hver enhet to pasientrom tilpasset bruk av skjerming og isolasjon.¹⁷ Rommene var større enn ordinære pasientrom og bestod av to delvis adskilte deler, én med sofa og

¹⁶ Enhet avklaring hadde på besøkstidspunktet tatt i bruk 10 sengeplasser, men utvidet til 12 sengeplasser fra 1. juni 2026.

¹⁷ Psykisk helsevernloven § 4-3 og § 4-8 andre ledd bokstav b.

tv bak beskyttelsesglass og én med seng. Rommene hadde egne bad, med vask og toalett i stål. Små vinduer ved siden av dørene gjorde det mulig å observere pasienten fra utsiden, der det var en sofa og der personalet i utgangspunktet oppholdt seg under skjerming. Rommene hadde egne balkonger, som kunne disponeres av pasienten. Det var også mulig å låse en dør lenger borte i korridoren slik at disse to rommene var adskilt fra de andre pasientrommene.

Pasientene hadde tilgang til en felles liten balkong med overbygget tak. Balkongen stod åpen hele døgnet, selv om sykehuset ønsket at pasientene holdt seg på rommet om natten. Umiddelbart utenfor enhetene var det større hjørnebalkonger, som pasientene kunne benytte med følge. Enhetene hadde videre et lite kjøkkenområde, flere sittegrupper og samtalerom. Vaktrommet til miljøpersonalet var plassert i den ene enden av korridoren, med store vinduer som sikret godt utsyn til fellesområdene.

Felles for hele avdelingen var det også blant annet gymsal og treningsrom, sanse- og et besøksrom tilpasset besøk fra barn. Det var også en restaurant der både ansatte, pasienter og besøkende kunne spise. Det var også nylig etablert et terapikjøkken, der pasienter kunne øve på matlaging.

Alle pasientrommene var innredet med senger der belter kunne monteres. Beltene ble oppbevart i beltekofferter på vaktrommet og måtte hentes dersom de skulle brukes på en pasient.

2.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler

I vår undersøkelsesperiode fra 1. januar 2025 til 4. mai 2026, ble det fattet til sammen 177 vedtak om beltelegginger ved det tidligere akuttmottaket samt ved de nye enhetene mottak og avklaring. Av disse ble 113 vedtak fattet ved det gamle akuttmottaket i perioden 1. januar 2025 til og med 6. januar 2026. De øvrige 64 ble fattet ved enhetene mottak og avklaring i perioden 7. januar til 4. mai 2026, hvorav 53 ble fattet ved mottak og 11 ved enhet avklaring.¹⁸ Enhet avklaring brukte i tillegg mekaniske tvangsmidler ved ett tilfelle uten dokumentert vedtak (se kapittel 3.1.1 *Bruk av mekaniske tvangsmidler uten dokumentert vedtak og utenfor avdelingen*).

Vedtakene fra enhetene mottak og avklaring var fordelt på 47 pasienter, der 27 var menn og 20 var kvinner. Flertallet av pasientene var fra midten av 20-årene til 40-årene. De to yngste pasientene var 18 år og den eldste var 74 år.

33 pasienter ble beltelagt flere ganger i undersøkelsesperioden. Én pasient var beltelagt 11 ganger og én annen pasient var beltelagt 6 ganger. Videre var fem pasienter beltelagt 3 ganger og 26 pasienter beltelagt to ganger.

Flere pasienter var beltelagt lenge. Én pasient var beltelagt i nærmere 12 døgn, mens flere andre forble fastspent i flere døgn. Statistikk mottatt fra sykehuset viser at 35 av belteleggingene varte i over ett døgn, hvorav 14 av disse fant sted i perioden januar til mai 2026. Det var samtidig flere relativt korte beltelegginger, og totalt varte 38 forløp i under tre timer. Sykehusets tall viser at belteleggingene i gjennomsnitt varte i 18 timer og median var 7,5 timer. Tallene inneholder flere

¹⁸ Én pasient ble overført fra mottak til avklaring kort tid etter belteleggingen, og i sykehusets interne statistikk er vedtaket tilordnet enhet avklaring.

feilkilder. For elleve belteplasseringer fremgår ikke varigheten, og minst sju plasseringer varte mer enn én time lenger enn det statistikken viste.¹⁹

Tidspunktene for beltevedtakene fordelte seg nokså jevnt utover døgnet. På besøkstidspunktet jobbet dagvaktene fra kl. 7.30 til 15.00, og ved enhet mottak skjedde 19 av 53 beltelegginger i dette tidsrommet. Til sammenligning skjedde 24 plasseringer ved enheten under kveldsskiftet fra kl. 15 til kl. 22, og 10 plasseringer under nattskiftet fra kl. 22 til 7.30. Ved enhet avklaring ble ett av ett vedtak fattet om natten, to på dagtid og åtte i løpet av kveldsskiftet.

¹⁹ Statistikken beregner varigheten basert på tidspunktet da vedtaket ble fattet, ikke på tidspunktet plasseringen ble iverksatt.

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.²⁰ Forarbeidene slår fast at bestemmelsen er ment å gi tiltak til bruk i «nødrettsliknende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd».²¹ EMDs praksis underbygger at mekaniske tvangsmidler kun kan brukes som siste utvei, og at faren for skade må være umiddelbar og overhengende.²² 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.²³

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.²⁴ Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettssikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.²⁵ Dersom begrunnelsen er mangelfull, øker risikoen for brudd på forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 39 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fra enhetene mottak og avklaring. Vedtakene er fattet i perioden 23. april 2025 til 1. april 2026.

3.1.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler uten dokumentert vedtak og utenfor avdelingen

Under vår gjennomgang fant vi ett tilfelle der bruk av mekaniske tvangsmidler var beskrevet i pasientens journal, uten at det ble dokumentert i et vedtak. Belteplasseringen var ikke omfattet av sykehusets egen statistikk.

Bruk av mekaniske tvangsmidler er et svært inngripende tiltak, og det er et minstekrav at alle pasienter som utsettes for et slikt tvangsinngrep får en skriftlig begrunnelse for inngrepet. Dette er en forutsetning for at pasienten skal ha reell mulighet til å klage, og for at kontrollkommisjonen kan få utøvd sin funksjon. Manglende vedtak ved bruk av mekaniske tvangsmidler er en alvorlig svikt i pasientens rettssikkerhet.

Ett beltevedtak ble fattet og iverksatt mens pasienten oppholdt seg på en somatisk avdeling ved Akershus universitetssykehus. I ytterligere to tilfeller er det uklart om belteplasseringen ble iverksatt før eller etter at pasienten ble fraktet til en somatisk avdeling. Vedtakene bør utformes slik at det ikke er noen tvil om hvor pasienten oppholdt seg da tvangen ble iverksatt. Lov om psykisk helsevern

²⁰ Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

²¹ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), merknadene til § 4-8.

²² 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.

²³ Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd annen setning og EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagenr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 115.

²⁴ 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.

²⁵ Forvaltningsloven §§ 24 og 25.

§ 4-8 gir som hovedregel bare adgang til bruk av mekaniske tvangsmidler innen institusjonen,²⁶ og det ble ikke i noen av tilfellene fattet vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

3.1.2 Lovlig formål

Bruk av mekaniske tvangsmidler er kun tillatt dersom det skjer på grunnlag av ett av formålene i psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd. Godt over halvparten av vedtakene var helt eller delvis begrunnet i faren for at pasienten skulle skade andre. Fjorten vedtak fordelt på seks pasienter var kun begrunnet i faren for at pasienten skulle skade seg selv. Vi så ingen vedtak som utelukkende begrunnet bruk av mekaniske tvangsmidler i faren for betydelig materiell skade, noe som er positivt.²⁷

I en del vedtak der pasienten på ulike måter utagerte med aggressiv, voldelig eller truende atferd overfor andre, var det oppgitt at grunnlaget var både fare for skade på andre og enten fare for at pasienten skulle skade seg selv eller skade inventar. I flere av disse tilfellene manglet det imidlertid opplysninger som tilsa fare for at pasienten skulle skade seg selv eller inventar, og grunnlaget for disse formålene var derfor uklare.

Én pasient ble beltelagt som følge av «nærgående og truende atferd» som bestod i at pasienten oppsøkte kvinnelig personale og tok tak i dem. Verken vedtaket eller journalnotatene beskrev noe om fare for utagering eller skade, og Sivilombudet stiller spørsmål ved om belteleggingen ble iverksatt for å hindre pasienten i å «skade» noen, slik psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav a krever.

3.1.3 Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak

Alle de 39 gjennomgåtte vedtakene om bruk av belter inneholdt en konkret beskrivelse av situasjonen som utløste bruk av belter. I mange tilfeller fremstod hendelsen som akutt og beltebruken som forsvarlig begrunnet. Vi fant også flere situasjoner der pasienter utagerte og som ble løst uten bruk av mekaniske tvangsmidler, enten deeskalerende avledning eller for eksempel kortvarig fastholding.

Noen vedtak hadde imidlertid begrunnelser som gjorde det vanskelig å forstå hvorfor belter var uomgjengelig nødvendig. Dette gjaldt blant annet vedtak med generell språkbruk, som at pasienten «utagerer», går mot en ansatt «på en truende måte» eller at «situasjonen kom ut av kontroll». Det gjaldt også vedtak der konkret og relevant informasjon manglet, for eksempel om en pasients atferd mens sykehuset ventet på at politiet skulle ankomme eller hvordan pasienten responderte på mottatt medisin etter en hendelse. Enkelte vedtak var også formulert slik at det ikke fremstod som en «akutt» situasjon som ble løst, for eksempel der det ble vist til gjentakende uønsket, men isolert sett mindre alvorlig atferd fra pasienten. Ett vedtak fremstod uferdig, ved at hele begrunnelsen lød: «Pas ble på tilsyn funnet på rom med kutt på venstre underarm».

I ett tilfelle synes personalets gjentakende tilbud om medisiner til en pasient som oppholdt seg på rommet og formidlet at han ønsket å sove, å ha bidratt til at pasienten til slutt «reiser seg brått opp igjen og går raskt mot personalet og fremstår i dette øyeblikk som at han er på vei til å utøve fysisk vold.» Pasienten ble derfor beltelagt, og han ble løst ut først etter tre og et halvt døgn.

²⁶ Psykisk helsevernforskriften § 24 (ny forskrift § 26)

²⁷ Sivilombudet har tidligere omtalt denne problemstillingen, se for eksempel Sivilombudet. (2026). Rapport etter besøk til Helse Bergen HF, kapittel 3.1.1.

Blant situasjonene der mekaniske tvangsmidler ble brukt for å hindre pasienten i å skade seg selv, var det gjennomgående vist til konkret, selvskadende atferd fra pasienten. Samtidig var alvoret i selvskadingen for ofte helt uklart, og i enkelte tilfeller manglet beskrivelser av om selvskadingen var pågående. I ett tilfelle uttrykte pasienten «behov for å dunke hodet i veggen», som sammen med motstand under påfølgende fastholding førte til beltelegging. Dette fremstår problematisk.

Mange vedtak beskrev godt hvorfor sykehuset måtte gripe inn overfor en pasient. Men i flere tilfeller fant vi vedtak der pasienter ble fastholdt og det var uklart hvorfor sykehuset mente situasjonen utviklet seg slik at belter ble uomgjengelig nødvendig. Noen vedtak viste for eksempel til at pasienten gjorde «motstand» under fastholdingen, uten nærmere beskrivelse. Andre vedtak beskrev ikke hendelsesforløpet etter fastholdingen.

For tre pasienter som ble beltelagt direkte ved ankomst til sykehuset, ble belteleggingen begrunnet i voldshendelser forut for innleggelsen, samt i pasientens person og historikk. I to av vedtakene beskrives pasientene som henholdsvis «relativt rolig ved ankomst» med ønske om «å spise og sove» og som «rolig», «svært sløv» og liggende på en bære. Det siste vedtaket inneholdt ingen informasjon om hva pasienten sa eller gjorde etter ankomst til sykehuset. Beltebruken fremstår i disse tilfellene som forebyggende og ulovlig.²⁸ For det ene vedtaket ble dette også påpekt av faglig ansvarlig i etterkant.²⁹

Det fulgte av sykehusets rutine at ved bruk av mekaniske tvangsmidler skal pasienten legges i «seng med alle fem punkter festet». Ingen av de gjennomgåtte vedtakene beskrev uttrykkelig om pasienten ble beltelagt i seng eller påført transportbelter. Imidlertid underbygger både funn fra intervjuer med ansatte og øvrig dokumentasjon at samtlige pasienter først ble beltelagt i seng. Valget av typen belter er relevant informasjon for å vurdere nødvendigheten og forholdsmessigheten av tiltaket, og bør derfor beskrives i vedtaket. Dette har sammenheng med at mobile belter gir mer bevegelsesmulighet og normalt anses som et mindre inngripende tvangsmiddel.³⁰

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».³¹ Aktuelle tiltak kan for eksempel være skifte av personal, sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller andre tvangsmidler.³² Plikten til å forsøke mindre inngripende alternativer er også understreket i EMDs rettspraksis.³³

I enkelte vedtak var det gitt en relativt god og konkret beskrivelse av hvilke tiltak som var forsøkt før beltelegging. I mange tilfeller ble pasientene fastholdt før mekaniske tvangsmidler ble brukt. Allikevel ble det i flere vedtak stående uforklart hvorfor fastholding ikke ble forsøkt før pasienten ble

²⁸ Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 25. september 2026.)

²⁹ Psykisk helsevern forskriften § 25 andre ledd (ny forskrift § 27 andre ledd).

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

³¹ Ot.prp.nr.11 (1998-1999), punkt 8.8.4.4.

³² Helsedirektoratets brev til Helse Nord RHF 19. desember 2016. [nettdokument] Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/psykisk-helsevernloven/Presiseringer%20av%20%24-8%20-%20Bruk%20av%20mekaniske%20tvangsmidler%20-%20gjennomf%C3%B8ring%20og%20kontroll%202016.pdf?download=false>

³³ EMD, *Bures mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 97.

beltelagt. Belter ble også i flere tilfeller brukt uten at lempeligere midler var forsøkt og uten forklaring på hvorfor slike ville være åpenbart formålsløst eller utilstrekkelig. Videre var det flere eksempler på at beskrivelsene av mindre inngripende tiltak var generelle og lite konkrete, for eksempel «muntlig tilnærming», «fastholdt» eller «veiledning og deeskalering». Kun i ett tilfelle var det for eksempel konkret beskrevet at fastholding var forsøkt to ganger, uten at pasienten stanset selvskadingen. Vage beskrivelser gjør det vanskelig å vurdere hvilke tiltak sykehuset faktisk iverksatte forut for belteleggingen, og hvilken effekt de hadde. Dette kan skape tvil om belteleggingene var lovlige. Konkret informasjon om effekten av lempeligere tiltak er også viktig i arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler.

Særlig om politiets involvering

I flere av de gjennomgåtte vedtakene ble pasienten beltelagt kort tid etter ankomst til sykehuset i følge med politiet. I disse tilfellene var det som regel ikke mulig å lese ut av dokumentasjonen hvilken rolle politiet hadde etter ankomst til sykehuset. Det var ofte uklart hvor lenge politiet ble ved sykehuset, om de la føringer for bruk av belter, om det ble forsøkt å ta politiet ut av situasjonen og om de bistod ved belteleggingen av pasienten.

Ved to 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.³⁴ 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 journalene slik at det er tydelig hvorfor politibistand var nødvendig. Dette var ikke gjort, og det var blant annet ikke beskrevet hvorfor bistand fra personale fra andre enheter ikke ble forsøkt.

I ett tilfelle ga politiet beskjed om at de skulle være til stede ved enhver løsning av beltene. Dette innebar at sykehuset måtte tilkalle politiet før pasienten kunne gå på toalettet eller dusje i transportbelter, og denne situasjonen varte i flere døgn. Det var ikke mulig å få klarlagt i hvilken grad politiet var tilgjengelig ved behov, men Sivilombudet er bekymret for at belteplasseringen ble mer inngripende enn nødvendig.

Sivilombudet er videre særlig kritisk til at politiet i minst fire tilfeller bistod med å beltelegge pasientene.³⁵ Usikkerhet om ansvarsfordeling og politiets manglende opplæring i skånsom bruk av sykehusets tvangsmidler, øker risikoen for skade på pasientene. Involveringen kan også forsterke angst og motstand hos pasienten, og dermed lede til økt maktbruk. Særlig i ett av disse tilfellene var det ikke beskrevet godt nok hvordan pasienten fremstod før politiet ankom og mens de var til stede. Det var ikke i noen tilfeller beskrevet om politiet var uniformert, noe politiet skal vurdere.³⁶

³⁴ 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.

³⁵ CPT, Rapport etter besøk til Tsjekkia i 2014, CPT/Inf (2015)18, avsnitt 168.

³⁶ Helsedirektoratet (2012), Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid, kapittel 6. (Siste faglige endring 3. juli 2023.)

3.1.4 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.

Alle vedtakene inneholdt opplysninger om pasientens syn. Det var allikevel kun ni av 39 vedtak som gjenga faktiske synspunkter fra pasienten. I fire vedtak var det opplyst at pasienten ikke hadde uttalt seg, mens sykehuset i det klare flertallet av vedtakene skrev at pasienten ikke var i stand til å uttale seg. I en del tilfeller syntes dette å samsvare med øvrige journalførte opplysninger. Samtidig var det flere tilfeller der ombudet stiller spørsmål ved hvorfor pasientens syn ikke var innhentet og journalført.

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.³⁷

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 39 gjennomgåtte vedtakene vurderte om belteleggingen ville gi en så gunstig virkning at det klart oppveiet ulempene for pasienten. Det var heller ingen vedtak som på noen måte omtalte faren for skadevirkninger av belteleggingen, eller den mulige belastningen tiltaket kunne utgjøre for pasienten. Dette inkluderte tilfeller der pasienten var lettere psykisk utviklingshemmet, hadde kjente traumer fra barndommen eller var vurdert utskrivningsklar fra sykehuset i to uker før belteleggingen. Det inkluderte også ett tilfelle der pasienten umiddelbart forut for belteleggingen var utsatt for langvarig isolasjon ved andre institusjoner.

Flere pasienter var skjermet eller fastholdt i perioden før de ble plassert i belter, og i sju tilfeller fikk pasienten sprøyte med kortidsvirkende legemidler som tvangsmiddel under belteoppholdet eller perioden like før.³⁸ Flere pasienter ble også beltelagt gjentatte ganger i løpet av kort tid. Annen eller gjentakende maktbruk fra sykehuset påvirker den samlede belastningen for pasientene, men vi så ingen eksempler på at slike forhold ble vurdert eller omtalt i vedtakene. Vi så heller ingen eksempler

³⁷ 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.

³⁸ Psykisk helsevernloven § 4-3 og § 4-8 andre ledd bokstavene c og d.

på at det konkret ble vurdert eller tatt hensyn til om den enkelte pasient anså belter, fastholding eller injeksjoner som mer eller mindre inngripende (se kapittel 6.3 *Pasientinvolvering*).

Manglende vurderinger av forholdsmessigheten ved bruk av belter innebærer 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.³⁹ Dette skal sikre særskilt god kompetanse hos den som skal vurderer bruken av tvang.⁴⁰ 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.⁴¹ 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.⁴² Der tvangsmiddelbruken allerede er avsluttet, skal faglig ansvarlig likevel ta stilling til vedtaket, eventuelt dokumentere dersom tvangsmiddelbruken vurderes som ulovlig.⁴³

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

Av de 39 gjennomgåtte vedtakene, var 33 hastevedtak fattet av en ansvarshavende, som oftest en sykepleier. Dette gjaldt flere vedtak fattet i alminnelig kontortid. Kun seks vedtak om mekaniske tvangsmidler var fattet av en faglig ansvarlig.

Kontrollen med hastevedtak fra den faglig ansvarlige på kveld og natt skjedde uten at vedkommende var fysisk til stede med pasienten. Vi fant ingen opplysninger om hvilken informasjon ansvarshavende eller forvakt ga til faglig ansvarlig, eller om når den faglig ansvarlige ble orientert.⁴⁴

I elleve av hastevedtakene fantes det ingen nedskrevet vurdering fra den faglig ansvarlige, verken i vedtaket eller i pasientens journal.⁴⁵ Dette inkluderte beltelegginger som varte i 41 og 27 timer, samt fem vedtak fattet mot samme pasient i løpet av omkring tre måneder. Det omfattet også ett av de tre vedtakene som vi vurderer som ulovlige da de ble iverksatt (se kapittel 3.1.3 *Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak*).

De øvrige 22 hastevedtakene inneholdt en merknad fra den faglig ansvarlige. I tre av disse tilfellene var det dokumentert en konkret vurdering av behovet for belter. Dette inkluderte ett tilfelle der faglig ansvarlig konstaterte at det ikke var grunnlag for å bruke mekaniske tvangsmidler i den aktuelle

³⁹ Psykisk helsevernloven § 1-4.

⁴⁰ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

⁴¹ Psykisk helsevernforskriften § 25 andre ledd (ny forskrift § 27 andre ledd).

⁴² Psykisk helsevernforskriften § 25 andre ledd (ny forskrift § 27 andre ledd)

⁴³ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 27 (Siste faglige endring 1. juni 2026.)

⁴⁴ Se Helsedirektoratet (2020). EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven, side 99 (Oppdatert 06/2026), som beskriver at vedtaket skal opplyse om tidspunktet den faglig ansvarlige ble informert.

⁴⁵ Ved faktasjekk av denne rapporten har sykehuset informert om at overgangen til nytt journalsystem i undersøkelsesperioden førte til utfordringer med dokumentering og muligheten for å finne tilbake til faglig ansvarliges vurderinger. Det er ikke opplyst når forholdene ble rettet opp.

sitasjonen. Hovedinntrykket var imidlertid at mange merknader fra faglig ansvarlig var svært kortfattede og uten konkrete momenter, som «støtter beslutningen» eller «enes». Enkelte av merknadene nevnte vilkåret om «uomgjengelig nødvendig», men ingen omtalte kravet til forholdsmessighet. I ett tilfelle unnlot den faglig ansvarlig å ta stilling til beltebruken, men refererte kun til hva som hadde skjedd etter belteplasseringen.

Hastevedtakene med merknader fra faglig ansvarlig fantes i to versjoner, der faglig ansvarliges vurdering kun var påført den ene versjonen, som typisk ble godkjent i systemet to-tre timer etter en beltelegging. I enkelte tilfeller tok det imidlertid mange dager før dokumentet med faglig ansvarliges vurdering ble godkjent. I ett par tilfeller tok dette flere måneder. Slike perioder uten at den faglig ansvarlige tok stilling til vedtakene, er i strid med forskriften og øker risikoen for at pasienter ligger for lenge i belter.

Hastevedtakene som bare fantes i én versjon inneholdt ingen opplysninger om faglig ansvarliges vurdering.

Kombinasjonen av en svært høy andel hastevedtak, mange hastevedtak uten dokumentert merknad fra faglig ansvarlig og lav kvalitet på de skriftlige vurderingene som fantes, gir samlet bekymring for pasientens rettssikkerhet. 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.⁴⁶ 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.⁴⁷ Kravet om at faglig ansvarlige skal ta selvstendig stilling til alle vedtak om tvangsmidler, er derfor viktig for å motvirke at pasienter blir liggende for lenge i belter, og for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og helsetilstand.

Beslutning om å bruke mekaniske tvangsmidler

1. Sykehuset må sikre at mekaniske tvangsmidler bare brukes når tiltaket er uomgjengelig nødvendig, mindre inngripende tiltak har vært forsøkt eller vurdert, og inngrepet er forholdsmessig overfor pasienten.
2. Det bør alltid stå i vedtaket om pasienten er 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 styrke faglige ansvarliges kontroll med vedtak om mekaniske tvangsmidler.

⁴⁶ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) punkt 10.5.4.

⁴⁷ Psykisk helsevernloven § 5 første ledd (ny forskrift § 4).

4 Ivaretagelse av pasienter som er i belter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjennomføres på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.⁴⁸ For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.⁴⁹ En lege bør se til pasienter i belter så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom.⁵⁰ Pasienten skal så langt som mulig kunne spise og drikke selv og få ivaretatt behov for å gå på toalettet på en verdig måte.⁵¹ Ivaretakelsen av beltelagte pasienter bør være godt dokumentert.⁵²

Dette kapittelet bygger på en gjennomgang av 30 beltelegginger ved enhet mottak og enhet avklaring. I enkelte tilfeller ble pasientene flyttet til andre sengeposter mens de var beltelagt, og vi har i disse tilfellene undersøkt hele forløpet.

Våre funn tyder på at sykehuset gjennomgående etterlevde lovens krav om at pasientene skulle ha kontinuerlig tilsyn så lenge mekaniske tvangsmidler ble brukt. Som hovedregel satt en ansatt fra miljøpersonalet inne på rommet med pasienten, og tilsynet kunne også gjennomføres fra døråpningen, for eksempel for å lette søvn. Samtidig tyder våre funn på at enkelte pasienter opplevde å være alene i rommet mens de lå i belter, og en ansatt skal ha oppholdt seg i gangen utenfor belterommet opptatt med mobiltelefonen sin. Vi forutsetter at ledelsen minner personalet om de strenge reglene for tilsyn med beltelagte pasienter.

Det var gjennomgående godt beskrevet hvordan pasienten ble fulgt opp og ivaretatt så lenge belteleggingen varte. Sykehuset hadde en rutine der pasienten og oppfølgingen vedkommende fikk skulle beskrives hver time i et eget skjema. Med enkelte unntak gjentok vi slike skjemaer i de gjennomgåtte belteforløpene. Kvaliteten på beskrivelsene varierte, men hovedinntrykket var at de ga et godt bilde av hvordan pasientene ble fulgt opp mens de var i belter. Det var for eksempel relativt systematisk dokumentert inntak av mat, drikke og medisiner, toalettbesøk og søvn. Vi så også positive eksempler på at pasientene fikk mulighet til å vaske seg, dusje, få pusset tenner eller at de fikk høre på musikk.

Graden av dokumenterte forsøk på dialog med pasienten varierte noe, samtidig som hovedinntrykket var at de ansatte forsøkte å etablere god kommunikasjon der dette var mulig. Dokumentasjonen viste også noen spesielt gode eksempler på at de ansatte fikk pasienten til å åpne seg opp og reflektere. Dette førte til at beltene kunne fjernes etter kort tid.

I ett tilfelle var det journalført at pasienten kun snakket et utenlandsk språk ved innkomst, og da han etter kort tid ble lagt i belter fortsatte han å kommunisere på det aktuelle språket. Etter nærmere tre døgn i belter, ble det journalført at en «språkbarriere» vanskeliggjorde kommunikasjonen med pasienten. Allikevel ble tolk først benyttet ved specialistsamtale etter at belteoppholdet var avsluttet. Heller ikke overfor en annen beltelagt pasient, der ansatte i Sivilombudet selv vurderte tolk som

⁴⁸ Psykisk helsevernloven § 26 første ledd (ny forskrift § 28 første ledd).

⁴⁹ Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd og CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 7.

⁵⁰ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 2.

⁵¹ 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.

⁵² Helsepersonelloven § 40. Se også bl.a. EMD, *Bureš mot Tsjekkia*, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, avsnitt 103.

nødvendig for å gjennomføre en samtale, ble tolk benyttet. Sivilombudet understreker at sykehuset må gjøre det de kan for å komme i dialog med pasienten med sikte på at belteleggingen kan opphøre. Tolk må brukes der det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet og for å yte forsvarlig hjelp.⁵³ Bruk av mekaniske tvangsmidler er et svært inngripende tiltak, og bruk av tolk ved behov er avgjørende for å kunne tilfredsstille lovens vilkår.

Tiltak for å dempe belastningen

Ved sammenhengende bruk av belter over åtte timer skal pasienten, så langt som mulig, få «friere forpleining».⁵⁴ Dette innebærer at pasienten løses delvis opp av belter, får påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i stedet for belteseng. Hvis friere forpleining ikke kan gis, skal årsaken til dette dokumenteres.⁵⁵ Denne regelen skal ikke forstås slik at institusjonen ikke trenger å vurdere tvangsbruken før det har gått åtte timer.⁵⁶

Sykehusets rutiner beskrev at endringer skulle vurderes kontinuerlig og besluttet av ansvarshavende blant miljøpersonale. I mange tilfeller ble pasienten relativt raskt løst diagonalt, det vil si at en arm og motsatt ben ble løst fra beltene, slik at pasienten fikk større grad av bevegelsesfrihet. Det er positivt. Samtidig så vi enkelte saker der det tok lang tid før friere forpleining ble forsøkt. I ett særlig langt forløp tok det mange døgn før pasienten fikk løst én fot. En annen pasient ble først løst diagonalt etter nærmere 12 timer i belter, uten at det var journalført noe ved pasientens atferd som gjorde at friere forpleining ikke burde forsøkes. Videre ble flere pasienter igjen fastspenn på alle punkter etter at diagonal løsning var forsøkt. Begrunnelsen var tidvis vanskelig å forstå, for eksempel «uro og personale oppnår ingen kontakt». I ett tilfelle var det ikke skrevet noen begrunnelse. I flere saker tok det svært lang tid, opptil to døgn, før diagonal løsning ble forsøkt på nytt. Samlet sett gjør dette at Sivilombudet er bekymret for om tiltak for å dempe belastningen gjennomføres ofte nok, spesielt for pasientene som holdes lenge i belter.

I to tilfeller ble pasienten løst fra sengen, men holdt i transportbelter over tid. Ellers tydet våre funn på at transportbelter ikke ble benyttet utover ved toalettbesøk, dusjing eller lignende.

Forhold som øker risiko for nedverdiggende behandling

Sykehuset dokumenterte stort sett hvordan pasientene gjennomførte toalettbesøk, og gjennomgangen viste at mange pasienter fikk mulighet til å komme på toalettet iført transportbelter. Dette er positivt, selv om det var uklart hvorfor enkelte pasienter måtte tilbake i belteseng etter toalettbesøket. Én pasient fikk først bleier og så kateter etter ufrivillig vannavlatning under et svært langvarig belteopphold. Pasienten var urolig og lite kontaktbar i beltene, men i forbindelse med skifte på seng samarbeidet h*n godt om opphold utenfor seng. Allikevel var pasienten beltelagt i ytterligere halvannet døgn før et nytt toalettbesøk med belter ble forsøkt. To andre pasienter som

⁵³ Tolkeloven § 6, pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 jf. 3-5 og helsepersonelloven § 4.

⁵⁴ 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.»

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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.

hadde vært beltelagt i henholdsvis to og et halvt døgn og nærmere halvannet døgn, måtte bruke tisseflaske ved urinering. Journalene manglet begrunnelse for hvorfor toalettbesøk i transportbelter ikke kunne forsøkes.

Ombudet anerkjenner at det kan oppstå situasjoner der toalettbesøk kan være svært krevende å tilrettelegge for, men peker samtidig på at pasientene så langt som mulig bør få anledning til å gå på toalettet på en verdig måte. I journalen til en av pasientene var det også beskrevet at pasienten «velger så og tisse på seg selv i sengen slik at alt sengetøy og klær må byttes» etter at pasienten ba om tisseflaske, men trakk seg fra å bruke den flere ganger. En slik omtale av pasientens intensjoner framstår som lite omsorgsfull og uten hensyn til at det kan være både somatiske, psykiske og legemiddelrelaterte årsaker til at det var vanskelig for pasienten å urinere liggende, fastspent i en belteseng.

Etter sitt besøk til Norge i 2024, uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.⁵⁷ Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

Funn under besøket tydet på at personale i noen tilfeller holdt et håndkle opp foran pasientens munn dersom pasientene spyttet mye mot dem mens de lå i belter. Dette ble i all hovedsak beskrevet som at håndkleet ble holdt med noe avstand til pasienten, men også at det kunne legges over pasientens munn. Generelt understreker ombudet at det sterkt frarådes å dekke til beltelagte pasienters munn eller ansikt.⁵⁸ Dette kan virke skremmende, vanskeliggjør kommunikasjon og øker risikoen for blokkering av pasientens luftveier. Personalets legitime behov for å verne seg mot spytting må ivaretas på andre måter, for eksempel ved at de dekker til seg selv med verneutstyr, visir eller liknende.

En pasient ble påført gnagsår av å ligge i belter. En annen var beltelagt i 42 timer med et brudd i hånda etter en utagering. Denne pasienten fikk utskrevet smertestillende og det ble tatt røntgen. Gipsing ble først foretatt etter at belteoppholdet var avsluttet, og pasienten ga flere ganger under belteoppholdet uttrykk for å ha det vondt. Vi fant ikke tegn på at bruddet i hånden og smertene ble vektlagt ved vurderingene av belteforløpets varighet. Det er kritikkverdig. Ombudet viser til at sykehuset løpende må vurdere hvilke konsekvenser beltelegging har for pasientene. Slike situasjoner illustrerer hvorfor sykehuset må kunne vise at de har avveid behovet for å holde pasienten i belter, mot hvilke konsekvenser fortsatt beltelegging kan få for pasienten (se kapittel 3.1.4 *Pasientens syn og forholdsmessighet*).

Legetilsyn

Sykehusets rutine for bruk av mekaniske tvangsmidler fastslo at pasienten skal «ha tilsyn av lege så fort som mulig og senest innen 1 time» og «deretter minst hver 8. time». 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 ytterlige behandlingstiltak. Sykehusets rutine fremstod godt innarbeidet blant de ansatte, og den ble som den klare hovedregel overholdt. Vi fant allikevel to tilfeller der det gikk det henholdsvis 13 og 6 timer før første dokumenterte legetilsyn etter en beltelegging, og to tilfeller der det gikk henholdsvis 15 og 13 timer mellom to

⁵⁷ CPT, rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 03, avsnitt 192.

⁵⁸ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2006) 35, avsnitt 48.

legetilsyn. Det varierte om legetilsynene kun bestod av en kontroll av pasientens allmenntilstand og om beltene satt for stramt, eller om pasientens psykiske status også ble beskrevet.

I åtte av de 30 gjennomgåtte forløpene, varte belteleggingen i mer enn 24 timer, og i alle disse tilfellene ble det gjennomført minst én specialistsamtale med den beltelagte pasienten. I flertallet av tilfellene fant samtalen sted den påfølgende formiddagen etter belteleggingen, og i enkelte av de svært langvarige forløpene ble det gjennomført samtaler med spesialist flere dager på rad.

Det var videre eksempler på at pasientenes somatiske helse ble fulgt opp mens de var beltelagt, inkludert blodprøver, fremstilling for CT, røntgen eller EKG samt tilsyn fra somatiske avdelinger ved sykehuset.

Kontakt med pårørende og advokat

Både pasienten og deres nærmeste pårørende skal som utgangspunkt underrettes om vedtak om mekaniske tvangsmidler.⁵⁹ 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.⁶⁰ Kontakt med pårørende kan være en trygghet for pasienten, og kan bidra med nyttig informasjon om tilnærming overfor pasienten for å avslutte en beltelegging.

I vedtakene skal det gå fram om pårørende har blitt informert eller ikke. 25 av 29 vedtak inneholdt en standardtekst om at pårørende var informert.⁶¹ Den videre gjennomgangen viste imidlertid at det kun i ni av tilfellene var journalført kontakt med pårørende om belteleggingen, og i tre av disse tilfellene var det pårørende som tok kontakt med sykehuset og i den forbindelse fikk informasjonen. Sykehuset var i flere tilfeller i kontakt med pårørende kort tid etter belteleggingen, uten at dette syntes å ha vært tema i samtalen.

I fire vedtak sto det at pårørende ikke var kontaktet fordi man ikke oppnådde kontakt eller fordi kontaktinformasjon var ukjent. I to av tilfellene ble pårørende allikevel kontaktet av sykehuset, men bare den ene av disse ble informert om belteleggingen. I et tredje tilfelle stod standardteksten om informasjon til pårørende i et senere beltevedtak mot samme pasient fra senere samme dag.

Samlet syntes den mye brukte standardteksten om at påførende informeres om vedtaket lite egnet til å bekrefte om pårørende faktisk har blitt kontaktet.

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.⁶² Sterke behandlingsmessige, velferdsmessige eller sterke hensyn til nærstående kan begrunne unntak, men det må begrunnes konkret.⁶³ Sykehusets rutine fastslo at besøk av pårørende skulle vurderes av behandler og ansvarsvakt, men våre funn viste at ansatte hadde ulike oppfatninger av om pasienter kunne motta besøk når de var i belter. I minst ett tilfelle synes det som at pasienten ble nektet besøk fordi h*n var beltelagt, uten nærmere begrunnelse.

⁵⁹ Forskrift om psykisk helsevern § 27 andre ledd (ny forskrift § 29 andre ledd. Etter endringen er det ikke lenger mulighet for pasienten å motsette seg at nærmeste pårørende underrettes om slike vedtak).

⁶⁰ Psykisk helsevernloven §4-8 femte ledd.

⁶¹ I ett av de 30 gjennomgåtte forløpene var det ikke dokumentert et vedtak (se kapittel 3.1.1 *Bruk av mekaniske tvangsmidler uten dokumentert vedtak og utenfor avdelingen*).

⁶² Psykisk helsevernloven § 4-5 første ledd.

⁶³ Psykisk helsevernloven § 4-5 andre ledd.

Vi så enkelttilfeller der pasienter fikk ringe pårørende under belteoppholdet, og i noen få tilfeller var det journalført at pasientene hadde tilgang til sin egen telefon under hele eller deler av belteoppholdet. To pasienter ble uttrykkelig nektet å ringe sine pårørende sin under hele eller deler av belteleggingen, uten hjemmel i vedtak.

Flere ansatte beskrev at pasienter som var lagt i belter kunne kontakte sin advokat, men at telefonen da ble holdt for dem av personalet og satt på høyttaler. En slik praksis ble også gjenfunnet i journaler. I ett langt belteleggingsforløp fikk pasienten besøk av sin advokat. Miljøpersonalet var fortsatt til stede i rommet, men tok på hørselvern. Ombudet understreker at å være i belter setter pasienten i en svært sårbar situasjon og det er viktig å legge til rette for at han eller hun har mulighet til å snakke med sin advokat i fortrolighet. CPT understreker at dette må garanteres ved tvangsinnleggelser i psykisk helsevern.⁶⁴

Ivaretagelse av pasienter som er i belter

5. Sykehuset bør bruke tolk der dette er nødvendig for å sikre god kommunikasjon mellom pasienten og ansatte.
6. Sykehuset bør så raskt som mulig forsøke friere forpleining og som den klare hovedregel gi pasienten tilbud om å bruke toalett under beltelegging.
7. Tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagt, bør ikke forekomme.
8. Sykehuset bør sikre at pårørende får informasjon om vedtak om mekaniske tvangsmidler, og at pasienten som hovedregel kan ha kontakt med sine pårørende under belteleggingen.
9. Sykehuset bør sikre at pasienter som ligger i belter kan ha konfidensiell kontakt med advokat.

⁶⁴ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part, avsnitt 54, 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.⁶⁵ I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer.⁶⁶ 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.⁶⁷

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.⁶⁸ 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 og på den lange varigheten av belteoppholdet i seg selv.⁶⁹

Gjennomgangen i dette kapittelet bygger på en undersøkelse av 30 plasseringer i belteseng i perioden april 2025 til mai 2026.

5.1 Vurderinger om opphør

Alle vilkårene for bruk av mekaniske tvangsmidler må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.⁷⁰ Belteleggingen må derfor være uomgjengelig nødvendig og forholdsmessig i hele perioden de benyttes.⁷¹ Det er sykehusets ansvar å sikre at kravene overholdes. Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og de løpende vurderingene må dokumenteres.⁷²

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.⁷³

⁶⁵ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 1.4 og 4.

⁶⁶ CPT, Rapport etter besøk til Danmark CPT/Inf (2014)25, avsnitt 121.

⁶⁷ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.1.

⁶⁸ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

⁶⁹ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026, avsnitt 118.

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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.

⁷² Psykisk helsevernforskriften § 26 tredje ledd (ny forskrift § 28 andre ledd); pasientjournalforskriften § 8 bokstav a og Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 99.

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

I ny psykisk helsevernforskrift gjeldende fra 1. juni 2026 er det fastsatt at vedtak om mekaniske tvangsmidler kan ha en varighet på inntil 8 timer.⁷⁴ Etter 8 timer må det eventuelt gjøres nytt vedtak.⁷⁵

Sykehuset skrev ofte både beskrivelser av pasientens tilstand og atferd, og vurderinger av det fortsatte behovet for belteplassering. Som regel ble vurderingene skrevet ned minst hver åttende time, og i noen tilfeller var de dokumentert så hyppig som hver time. De fleste vurderingene var skrevet av miljøpersonalet, som også hadde adgang til å løse pasienter ut fra beltene uten godkjenning fra verken lege eller spesialist. En del vurderinger ble også skrevet av leger i spesialisering under beltetilsyn, selv om det også var mange eksempler på at slike tilsyn ble foretatt uten at behovet for videre beltelegging ble vurdert. I fem tilfeller fant vi også vurderinger av behovet for fortsatt beltelegging skrevet av en spesialist.

Det samlede inntrykket fra intervjuer med ansatte var at de hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og den høye terskelen for å opprettholde beltelegginger. Omkring en tredjedel av de gjennomgåtte forløpene varte i 3 timer eller mindre, og vi så for eksempel at en pasient som fortsatt ble vurdert med betydelig voldsrisiko ble løsnet ut av beltene.⁷⁶ Sykehuset hadde heller ingen innarbeidet praksis om at pasienter måtte løsnes fra beltene gradvis. Disse forholdene underbygget at mange pasienter syntes å bli løsnet fra belter så snart lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

Samtidig var det enkelte tilfeller der det gikk for lang tid mellom begrunnede vurderinger av fortsatt beltelegging. For en pasient tok det omkring 21 timer før første vurdering av fortsatt behov for belter var dokumentert, og det tok ytterligere ett døgn før den neste. I andre situasjoner gikk det 10-12 timer mellom hver vurdering, inkludert et tilfelle der pasienten var rolig og sov lenge i tiden mellom vurderingene. Det var også tilfeller der beskrivelsene av pasienten underbygget at behovet for belter burde vurderes, uten at en slik vurdering var dokumentert. For eksempel ble én pasient under et beltetilsyn beskrevet som «å samarbeide fint (...) og har god og fin dialog med personell», uten en forklaring på den fortsatte belteleggingen.

Videre varierte kvaliteten på vurderingene. Noen viste til og anvendte lovens terskel, mens andre begrunnet fortsatt belteopphold med at det var «nødvendig», «forsvarlig» eller «hensiktsmessig». I flere tilfeller var det skrevet helt likelydende vurderinger hver time, ofte i forbindelse med at pasienten sov (se kapittel 5.2 *Særlig om søvn*). Vi fant ingen vurderinger som omtalte betydningen av belteplasseringens varighet eller påvirkning på pasienten.

I enkelte tilfeller syntes sykehuset å ha praktisert en for streng terskel for når pasienten kunne løsnes ut av beltene. En pasient som hadde vært beltelagt i to og et halvt døgn, fikk beskjed av en spesialist om at han måtte samarbeide om medisiner og ikke være så mistenksom mot personale. Samtidig ble det journalført at pasienten forholdt seg til beskjeder og at økt voldsrisiko ikke var observert. Omkring åtte timer senere gikk det fram at pasienten ikke «viste tegn til mistenksomhet», samarbeidet om medisiner «uten protester», og han ble vurdert uten voldsrisiko. Uten ytterligere hendelser ble pasienten løsnet ut av belter først 14 timer senere. Andre pasienter ble tilsynelatende

⁷⁴ Ny psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd.

⁷⁵ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28. (Siste faglige endring 1. juli 2026.)

⁷⁶ Sykehuset bruker Brøset Violence Checklist (BVC). Pasienten hadde en BVC på 4 av 6.

holdt i belter fordi de var «uforstående til og uenig i beskrevet hendelsesforløp» eller man ville «avvente til en har sett pasienten samarbeidende over tid i tillegg til en lenger periode med tydelig tilstedeværelse og adekvat kontakt». Selv om slike forhold er relevante, innebærer de ikke at den akutte nødsituasjonen består overfor en ellers rolig pasient.

Det var videre flere tilfeller der pasientens tilstand bedret seg markant under belteoppholdet, men der det allikevel tok mange timer før pasienten ble løst ut. Én pasient, som samlet var beltelagt i nærmere tolv døgn, mottok en ny medisin en ettermiddag 9 dager inn i belteforløpet. Etter dette opphørte den truende og aggressive atferden, men pasienten ble allikevel holdt i belter fram til overføring til et annet sykehus formiddagen tre dager senere. Avhengig av tid på døgnet, tok det i andre tilfeller opptil 12 timer fra bedringen var beskrevet og uten negative merknader i journalen, før pasienten ble tatt ut av belter.

I tre tilfeller besluttet sykehuset mellom kl. 22 og kl. 23 at pasientene ville forbli beltelagt fram til neste morgen. Sivilombudet understreker at sykehuset fortløpende må vurdere om alle lovens vilkår er oppfylt, og at det er ulovlig å beslutte på forhånd at pasienten vil forbli beltelagt i mange timer framover.

I eksemplene omtalt over har sykehuset ikke begrunnet godt nok hvorfor belteleggingen fortsatt var uomgjengelig nødvendig, og det som var dokumentert tilsier at lovens strenge vilkår for bruk av tvangsmidler i flere av tilfellene ikke var oppfylt i hele perioden belteleggingen pågikk. Det innebærer en risiko for at pasientene ble utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

For å ivareta pasientenes grunnleggende rettigheter i de unntakstilfellene der belteleggingen varer over tid, må sykehuset sette inn særlige tiltak for å avslutte belteleggingen.⁷⁷ Pasienten som var beltelagt i nærmere 12 døgn, ble henvist til Regional sikkerhetsavdeling etter omkring 8 døgn i belter. I påvente av svar, fortsatte belteplasseringen. Underveis i belteleggingen fikk pasienten ved seks anledninger dusje eller bruke toalettet, før pasienten etter cirka 11 døgn kun var iført transportbelter. Uten at beltene helt ble løsnet, ble pasienten til slutt overført til et annet sykehus etter nesten 12 døgn i belter. Det var ikke journalført hvorfor overføringen ikke ble iverksatt tidligere. Forløpet har klare likhetstrekk med saken Makki mot Danmark, der en pasient var beltelagt i 13 døgn før overføring til annen institusjon.⁷⁸ EMD aksepterte at pasienten utgjorde en «ongoing imminent risk» under hele belteleggingen, og han ble tatt ut av belter for omkring 30 minutter per dag for dusjing, røyking og tid utendørs.⁷⁹ EMD konkluderte allikevel med at pasienten var utsatt for umenneskelig og nedverdiggende behandling i strid med EMK artikkel 3, som følge av lengden på belteoppholdet og fraværet av begrunnelse for at han ikke raskere ble overført til annen institusjon. Sivilombudet er dermed bekymret for at den aktuelle pasienten ved A-hus ble utsatt for behandling i strid med 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 (...)

⁷⁷ Se for eksempel CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf(2017)6, avsnitt 4.2.

⁷⁸ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026.

⁷⁹ EMD, *Makki mot Danmark*, klagenr. 10297/23, 31. mars 2026, avsnitt 8.

overfor en pasient som sover».⁸⁰ 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.

I 16 av de 30 forløpene vi gikk igjennom var det journalført at pasienten sov. For flere av pasientene som var i belter i flere døgn, var det dokumentert at pasienten sov lenge i flere netter på rad. Vi så kun ett eksempel på at en pasient ble løst ut fra beltene under søvn, i tillegg til at enkelte pasienter ble delvis løsnet. Noen pasienter ble imidlertid tatt ut av beltene svært raskt etter oppvåkning. Selv om dette er positivt, viste våre funn at det ikke var fast praksis å løse ut pasienter som sov.

Sykehuset skrev ofte vurderinger om hvorfor beltene ble beholdt på tross av at pasienten sov. Dette ble dels gjort av leger i spesialisering ved beltetilsyn og dels av miljøpersonalet som førte tilsyn med pasienten. Både beskrivelser av pasienten og hyppige vurderinger av om pasienten kan løses ut av beltene, er positivt. Samtidig så vi for eksempel ett tilfelle der det var skrevet at pasientens tilstand ikke var mulig å vurdere på grunn av søvn, selv om pasienten kort tid i forveien hadde vært våken og på toalettet. I flere andre tilfeller bar vurderingene preg av å være gjentakende, med identisk begrunnelse i opptil ni timer på rad, uten å ta hensyn til verken tiden som gikk eller endringer i pasientens atferd siden sist vurdering. Sivilombudet understreker at vurderingene må hensynta den konkrete situasjonen, og at dette må reflekteres i dokumentasjonen. Det er kritikkverdig at det var tilfeller der pasienten var rolig forut for søvn, uten at verken det eller betydningen av mange timer med søvn ble hensyntatt i vurderingene av om pasienten kunne løsnes fra beltene.

Sivilombudet konstaterer også at mange pasienter sov lenge i belter.

5.3 Risiko for at pasienter holdes for lenge i belter

Selv om Akershus universitetssykehus beskrev beltelagte pasienters atferd og begrunnet behovet for fortsatt beltelegging i større grad enn andre sykehus, viser våre funn at enkelte pasienter ble liggende i belter ulovlig lenge. Dette gjaldt blant annet pasienten som var beltelagt i omkring 12 døgn, uten tilstrekkelig dokumentert innsats for å avslutte belteleggingen. Det var også ulovlig å på forhånd beslutte at beltelegginger skulle opprettholdes mange timer fram i tid. Videre var det betydelig risiko der behovet for fortsatt belteplassering ble vurdert for sjelden, der vurderingene var gjentakende over tid uten å hensynta endringer og der vurderingene viste at terskelen for å komme ut ble praktisert for strengt.

Sivilombudet understreker at plikten til å sørge for gode, skriftlige vurderinger av behovet for fortsatt beltelegging, reduserer risikoen for brudd på pasientens grunnleggende menneskerettigheter ved å redusere faren for at plasseringen varer for lenge. I nyere praksis fra EMD er det derfor lagt stor vekt på hvor hyppig sykehuset har vurdert behovet for beltelegging, og det er påpekt 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.⁸¹ Reelle begrunnelser ivaretar også muligheten for etterprøvbarehet og internkontroll.

Videre er Sivilombudet bekymret for at terskelen for når pasienter slapp ut, i flere saker var for streng. Det ble for eksempel stilt krav om samarbeid over tid og enighet om hendelsesforløpet som ledet til belteplasseringen, og sovende pasienter ble som den klare hovedregel ikke løsnet fra

⁸⁰ Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernloven med kommentarer, merknadene til § 4-8. (Siste faglige endring 25. september 2026.)

⁸¹ EMD, *Lavorgna mot Italia*, klagernr. 8436/21, 7. november 2024, avsnitt 128.

beltesengen. Det tok også i en del tilfeller for lang tid fra en pasient var rolig, til beltene ble fjernet. Sivilombudet minner om at vilkårene for plassering i belter må være oppfylt så lenge plasseringen varer, og pasienter må derfor løsnes fra mekaniske tvangsmidler så snart den akutte situasjonen har opphørt.

Sivilombudet understreker på denne bakgrunn betydningen av sykehuset sikrer løpende vurderinger så lenge belteplasseringen varer.

Vurdering av opprettholdelse eller opphør av beltelegging

10. Sykehuset må sikre at bruk av mekaniske tvangsmidler avsluttes umiddelbart når lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.
11. Sykehuset bør sikre at det gjøres konkrete og individuelle vurderinger av om det er uomgjengelig nødvendig at pasienter sover i belter.

6 Forebygging av mekaniske tvangsmidler

Statlige myndigheter er forpliktet til å iverksette tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁸² 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.⁸³

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.⁸⁴ Innsatsområdene overlapper i stor grad med kjernestrategiene for forebygging av tvang omtalt i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.⁸⁵

6.1 Ledelse og bemanning

For å ivareta pasienter, tilby behandling og bidra til å redusere bruken av tvangsmidler, må sykehus ha et tilstrekkelig antall kompetente helsepersonell, både miljøpersonale og behandlere. Dette er slått fast av CPT, og følger også av ny forskrift om etablering av psykisk helsevern.⁸⁶

Sykehuset hadde over noe tid hatt en behandlergruppe med stor grad av utskiftning. Enhetene mottak og avklaring skulle til sammen ha seks og en halv spesialiststilling. På besøkstidspunktet var det ansatt én fast psykiater i en deltidsstilling, samt to innleide psykiatere på heltid. I tillegg arbeidet seksjonsleder for behandlerne også noe klinisk, selv om det i utgangspunktet lå utenfor hennes arbeidsbeskrivelse. Det ble også daglig vurdert om behandlere fra andre enheter skulle omdisponeres til arbeid ved enhetene mottak og avklaring. Situasjonen skyldtes at flere behandlere hadde sluttet eller gått ut i permisjon, kombinert med utfordringer med å rekruttere nye spesialister.

Våre funn viser at ustabiliteten og det lave antallet behandlere skapte flere utfordringer. Konkret så vi at samarbeidet mellom miljøpersonalet og behandlerne ble vanskeliggjort, og at det oppstod utfordringer med å fordele pasienter til behandlere for nødvendig pasientoppfølging. Det var også leger i spesialisering som i perioder gikk uten veiledning fra en spesialist. Ustabiliteten ledet til situasjoner med stor grad av usikkerhet hos ansatte, blant annet om håndtering av konkrete hendelser, og miljøpersonale opplevde tidvis manglende eierskap til hendelser og pasienter fra behandlerne. Også pasienter beskrev en opplevelse av få og ustabile behandlere. De pekte både på fravær av behandleramtaler og at gjennomførte samtaler til stadighet skjedde med ulike behandlere. Videre har Sivilombudet omtalt den høye andelen beltevedtak som fattes av andre enn

⁸² 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.

⁸³ CPT, Means of restraints in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, side 2.

⁸⁴ Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her:

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

⁸⁵ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (1). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁸⁶ CPT, Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12, avsnitt 42 følgende og ny psykisk helsevern forskrift § 3.

faglige ansvarlige, samt svakheter i faglige ansvarliges kontroll med hastevedtakene (se kapittel 3.2 *Kompetanse og rollefordeling*).

Sivilombudet understøtter at for å sikre en forsvarlig ivaretagelse av pasienter og redusere bruk av tvang, må sykehuset sikre et betryggende antall behandlere med tilstrekkelig fagkunnskap.

Videre er ledelsens kunnskap om den faktiske bruken av tvang i institusjonen 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 brukes på den enkelte enheten. 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 relativt detaljerte skriftlige prosedyrer for bruk av mekaniske tvangsmidler og gjennomføring av ettersamtaler. De hadde også flere andre rutiner som var relevante for å forebygge og redusere situasjoner som kunne føre til bruk av tvang.

Sykehuset hadde månedlige gjennomganger av statistikk for blant annet beltebruk, brutt ned per enhet. Vårt inntrykk var også at de ansatte hadde et bevisst forhold til hvor inngripende mekaniske tvangsmidler er og at det kun skulle brukes når det var absolutt nødvendig (se kapittel 3.1.2 *Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak*). CPT har fremhevet betydningen av gode holdninger blant sykehusets ansatte for å sikre at tvang brukes så lite som mulig.⁸⁹

Miljøpersonalet beskrev at de ikke alltid evaluerte hendelser som resulterte i bruk av mekaniske tvangsmidler på pasienter. Dersom hendelsen ble vurdert som alvorlig, skulle det gjennomføres en gjennomgang av hendelsen i løpet av samme vakt («defuse»), samt en debrief noe tid senere. Samtidig ble alle vakter avsluttet med et møte der miljøpersonalet gjennomgikk vakta og sine opplevelser. Hovedinntrykket var at de ansatte satte pris på ordningen, og at arenaene ga rom for drøftelser og uenighet om beltebruk. Enkelte savnet en allikevel en dedikert gjennomgang av alle hendelser som ledet til bruk av belter, blant annet fordi avslutningen av vakta ikke ga reell mulighet for evaluering av hendelser med beltebruk. Slike gjennomganger er anbefalt i nasjonale faglig råd om forebygging av tvang.⁹⁰ Dette for å gi mulighet til refleksjon om egen praksis og for å eventuelt løse tilsvarende situasjoner annerledes i fremtiden.

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

⁸⁷ 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.

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

⁸⁹ CPT, Involuntary placement in psychiatric establishments, CPT/Inf(98)12-part avsnitt 28 til 31 og 42 følgende.

⁹⁰ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 2 (4). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

bruk av tvang.⁹¹ Helsedirektoratet anbefaler derfor at det «fysiske miljøet bør være oversiktlig, hyggelig og egnet til å gi pasientene nødvendig forutsigbarhet, ro og trygghet».⁹²

Lokalene til de to enhetene tilfredsstilte i stor grad disse anbefalingene (se kapittel 2.2 *Fysiske forhold*). Utformingen skulle øke pasientenes trivsel og redusere faren for uønskede hendelser, og var basert på internasjonal forskning. Sykehuset trakk særlig frem utformingen av skjermingsrommene, som ga skjermede pasienter mulighet for noe privatliv. De nye lokalene hadde også gymsal, styrkerom og et sanse-rom, som pasientene kunne benytte.⁹³

6.3 Pasientinvolvering

Etter tvangstiltak skal pasienter snarest mulig tilbys minst én samtale for å evaluere tiltaket, og pasientens syn skal journalføres.⁹⁴ 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.⁹⁵

Ifølge sykehusets rutiner skulle ettersamtaler gjennomføres straks etter belteleggingen var avsluttet, og innholdet skulle journalføres. Etter rutinene var det ansvarlig spesialist ved seksjonen som skulle sikre at dette ble gjort. Våre funn viser imidlertid at behandlerne ikke hadde noen rolle i ettersamtalene, og at det er ulike oppfatninger blant miljøpersonalet både om hvem som skulle gjennomføre ettersamtaler, hvor ofte slike skulle gjennomføres og om nytten av tiltaket (se også kapittel 6.1. *Ledelse og bemanning*).

Dokumentasjonen fra 30 gjennomgåtte belteforløpene viste at det var gjennomført til sammen 8 ettersamtaler, i tillegg til at to pasienter fikk tilbud om samtale uten å ønske det. Andelen ettersamtaler var særlig lav for beltelegginger ved enhet mottak, der det kun ble gjennomført i 2 av 16 plasseringer. I ytterligere to tilfeller hadde pasientene gjennomført samtaler med helsepersonell der journalene viste at innholdet delvis dekket tematikk som ville vært naturlig å ta opp i en ettersamtale. Det var ellers ikke noen journalførte opplysninger om hvorfor ettersamtaler ikke var gjennomført.

I de tilfellene der ettersamtaler var gjennomført, ble innholdet i samtalen journalført. Det var i flere tilfeller uklart om alle relevante temaer ble forsøkt tatt opp. Vi savnet for eksempel opplysninger om pasienten hadde syn på hva sykehuset kunne gjøre for å hindre lignende situasjoner på ny, samt om pasientens holdning til de ulike tvangsmidlene. Videre syntes det ikke være noe etablert system for hvordan eventuelt relevante opplysninger skulle være tilgjengelige og brukes ved senere hendelser. Det var ikke praksis for at dette ble gjennomgått og hensyntatt ved nye situasjoner eller

⁹¹ 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>.

⁹² Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁹³ Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne, del 3 (2). (Siste faglige endring 14. desember 2021).

⁹⁴ Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.

⁹⁵ CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, CPT/Inf (2017)6, avsnitt 8.

reinnleggelser. Vi oppfattet heller ikke at det var praksis å innta slike opplysninger i pasientens behandlingsplan, som var lett tilgjengelig for helsepersonell som skulle lese seg opp på pasienten.

Sivilombudet understreker at pasienter utsatt for tvang skal tilbys ettersamtale. 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

Alle ansatte i miljøpersonalet var pålagt å gjennomføre et to-dagers kurs i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), et opplæringsprogram for å øke forståelsen, forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk. Det inkluderte opplæring i forebyggende kommunikasjon og deeskalering. Det ble avholdt vedlikeholdstreninger i MAP to ganger i uka, og det var forventet at ansatte i miljøpersonalet deltok seks ganger i året. Ledelsen ved enhetene fulgte med på at den enkelte ansatte møtte kravet om tilstrekkelig antall treninger i løpet av året.

Verken spesialistene eller legene i spesialisering vi snakket med hadde gjennomført MAP-kurs eller deltok på treningene. Det ble imidlertid gjennomført ukentlige spesialistmøter, der ulike faglige temaer kunne tas opp. Det var også morgenundervisning ukentlig, der særlig leger i spesialisering og spesialister deltok. Legene i spesialisering gjennomfører også egne introduksjonsprogrammer.

Dette er samlet relativt positive funn, i tråd med en rekke kilder som peker på at tilstrekkelig opplæring og ferdighetstrening hos de ansatte innen deeskalerende/ konfliktdempende kommunikasjon er sentralt for å anvende alternativer til tvang.⁹⁶

Flere av våre funn underbygger et behov for styrket opplæring både for miljøpersonell, leger i spesialisering og spesialister i regelverket for bruk av tvang. Vi viser særlig til mangler ved kontrollen med hastevedtak fra faglig ansvarlig og utfordringer med vurderinger av belteplasseringenes varighet (se henholdsvis kapittel 3.2 *Kompetanse og rollefordeling* og kapittel 5 *Vurdering av opprettholdelse eller opphør av belter*). Det var det ingen spesifikk og systematisk opplæring på dette området, men sykehuset opplyste at elementer inngikk i introduksjonsprogrammer og møter for spesialistene.

Forebygging

12. Sykehuset bør fortsette arbeidet med å forebygge bruk av mekaniske tvangsmidler, inkludert å sikre styrket bemanning og interne gjennomganger av hendelser som leder til tvangsbruk.
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.

⁹⁶ 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.

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.⁹⁷ Kommisjonen skal både behandle klager fra pasienter, kontrollere tvangsinnleggelser, gå på jevnlige velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.⁹⁸

Kontrollkommisjonen for Akershus universitetssykehus alternerte mellom å besøke sykehuset en og to dager i uka. Klagebehandling og dokumentkontroll ble gjennomført ukentlig, mens besøk til sengepostene skjedde annenhver uke.

Kommisjonen hadde hyppig kontakt med ledelsen ved Psykisk helsevern Nordbyhagen. I en periode hadde partene ukentlige møter, men det var nå månedlige møter. Kommisjonen deltok også på spesialistmøter ved sykehuset sammen med psykiatere, psykologer og leger i spesialisering, der blant annet ulike problemstillinger som gjaldt mekaniske tvangsmidler kunne drøftes.

Under besøkene på sengepostene, snakket kommisjonen med både ansatte og pasienter. De henvendte seg i utgangspunktet til miljøpersonalet for å avklare om pasienter ønsket en samtale. Sivilombudet har ved en rekke tilfeller anbefalt at kontrollkommisjonen selv tar direkte kontakt med pasientene.⁹⁹

I tillegg til samtaler under besøkene, ble kommisjonens leder ofte kontaktet direkte på telefon av pasienter ved sykehuset.

Sivilombudet har gjennomgått to vedtak om behandling av en klage på beltelegging. De aktuelle belteplasseringene varte henholdsvis i omkring tolv døgn og tre og et halvt døgn. I begge vedtakene konstaterte kommisjonen kort at vilkårene for å fatte vedtaket var oppfylt, i det ene tilfellet helt uten å peke på konkrete omstendigheter i saken. Ved vurderingene av belteplasseringenes lengde, nøyde kommisjonen seg med å vise til at beltetilsyn og løpende vurderinger var gjennomført, og i det ene tilfellet ble det vist til delvis bruk av armforlenger og transportbelter. Ellers ble ingen konkrete forhold i sakene omtalt. Belteplasseringenes svært lange varighet tilsier en grundig kontroll.

Vår dokumentgjennomgang viste imidlertid at det var flere konkrete forhold som burde vært vurdert i sakene, som lange perioder uten friere forpleining, gjentatte journalførte opplysninger om fravær av voldsrisiko, betydningen av langvarig søvn og flere likelydende vurderinger fra sykehuset som ikke hensyntok endringer i pasientenes situasjon. Ombudet har også over uttalt at det ene vedtaket gjorde det vanskelig å forstå hvorfor belter var uomgjengelig nødvendig (se kapittel 3.1.3 *Uomgjengelig nødvendig og mindre inngripende tiltak*).

Klagebehandlingen var samlet ikke i samsvar med tidligere anbefalinger fra Sivilombudet.¹⁰⁰

⁹⁷ Psykisk helsevernloven § 6-1.

⁹⁸ Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften § 51 flg. samt § 62 og § 63 (se ny forskrift kapittel 4 og 5).

⁹⁹ Sivilombudet. (2023) Rapport fra besøk til St. Olavs hospital, regional sikkerhetsavdeling (Østmarka), kapittel 8, med videre henvisninger.

¹⁰⁰ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184).

Svært få pasienter klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler.¹⁰¹ Dette innebærer at kontrollkommisjonens egne undersøkelser utenfor klagesakene er sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter.

Kontrollkommisjonen kontrollerte alle vedtak om mekaniske tvangsmidler, inkludert det som skjedde underveis i belteleggingene. Kommisjonen beskrev at problemstillinger som dokumentasjon av pasientens tilstand og beltetilsyn, samt behovet for konkrete vurderinger dersom pasienten sov, var temaer de hadde påpekt overfor sykehuset. Dette fremgikk også av kommisjonens årsrapport for 2025, og flere ansatte uttrykte at kommisjonen stilte strenge krav til dokumentasjon underveis i belteforløp. Sivilombudet ser positivt på omfanget og intensiteten i kommisjonens egenkontroll med sykehusets bruk av mekaniske tvangsmidler.

Kommisjonen beskrev at eventuelle merknader til bruken av mekaniske tvangsmidler ble kommunisert til faglig ansvarlig gjennom en meldingstjeneste i journalsystemet. Kommisjonens leder anslo at det ble sendt to-tre slike merknader ukentlig. Denne korrespondansen inkluderes ikke ved journalutskrift som mottatt av ombudet.

Kontrollkommisjonene har videre ikke et eget saksbehandlingssystem, og vi har fått opplyst at journalsystemet DIPS Arena, som mange sykehus bruker, mangler egen funksjonalitet for kommisjonens arbeid. Dette svekker muligheten for etterkontroll med kommisjonens virksomhet, og fremstår som en betydelig systemsvakheter. Kontrollkommisjonens leder har understreket at utfordringen gjelder for alle kontrollkommisjoner, og at den over tid er tatt opp med Helsedirektoratet.

Klage og kontroll

14. Kontrollkommisjonen bør styrke sin behandling av klager om mekaniske tvangsmidler, særlig kontrollen med varigheten av belteleggingen.

¹⁰¹ Sivilombudet. (2022) Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – rapport fra undersøkelse av eget tiltak (SOM-2022-1184), avsnitt 60.

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