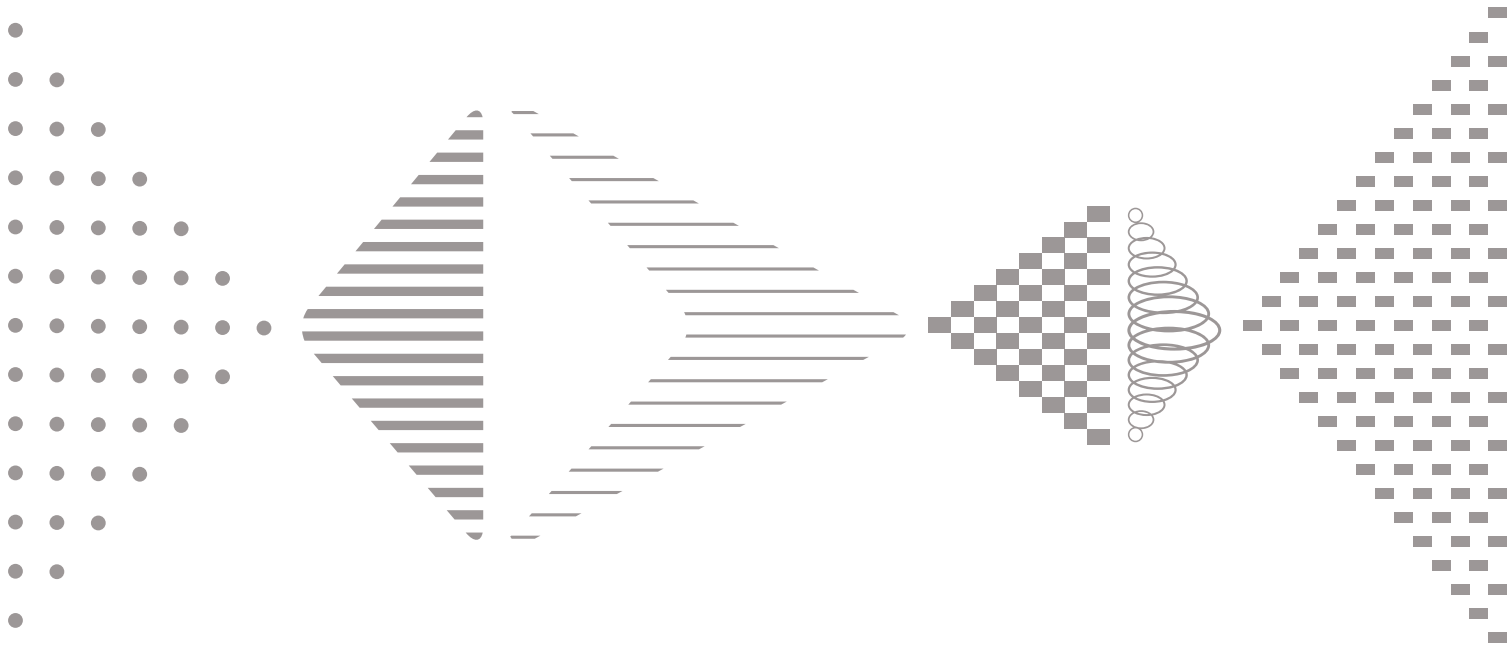


SIVILOMBUDET

BRUK AV BELTER SOM TVANGSMIDDEL I PSYKISK HELSEVERN

Temarapport 2026



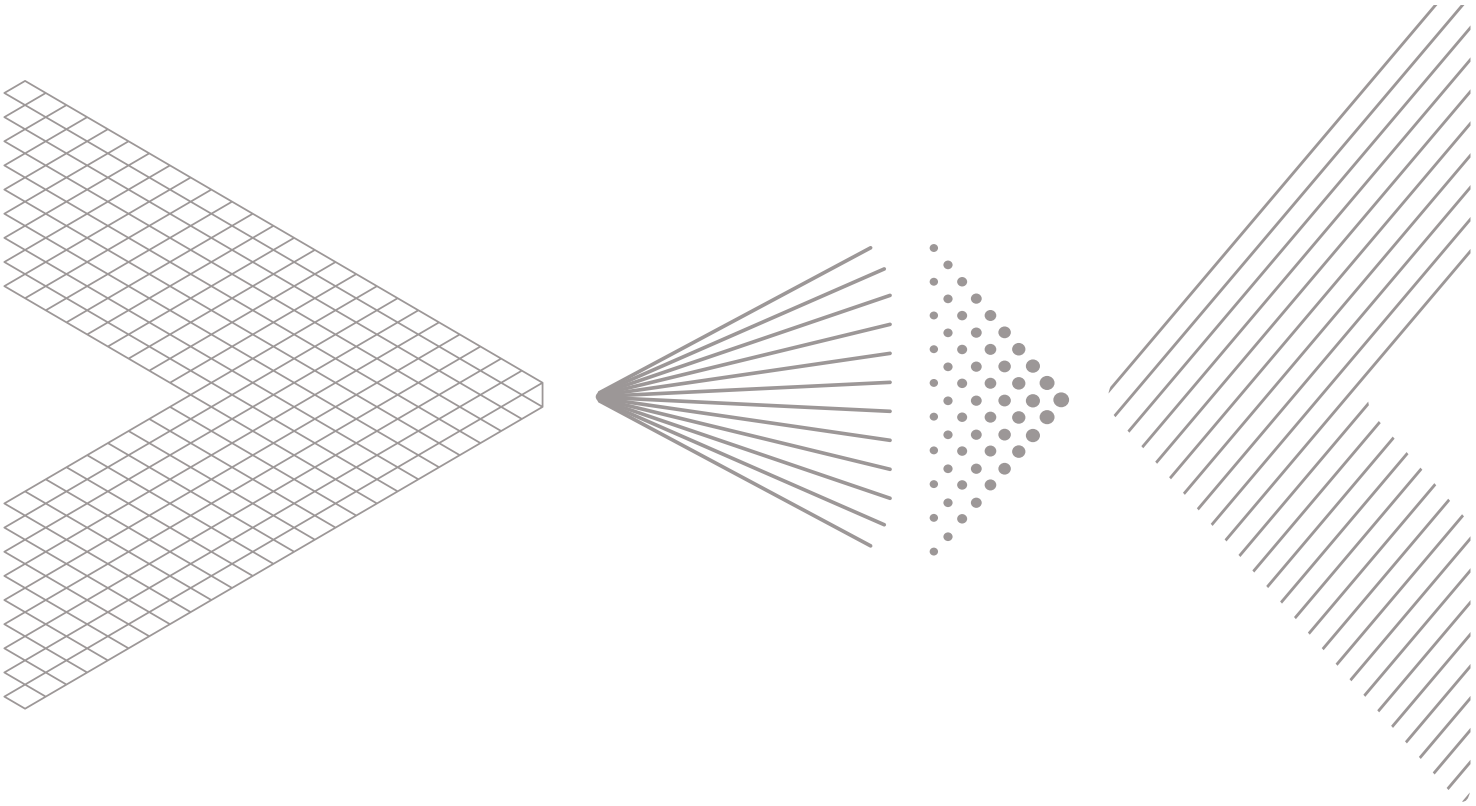
Undersøkelsen er utført av Sivilombudets forebyggingsenhet som ivaretar Norges forpliktelser under FNs tilleggsprotokoll til torturkonvensjonen (OPCAT). Enheten besøker steder der mennesker er fratatt friheten for å forebygge tortur, umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Forsidefoto: Pasientseng med belter i psykisk helsevern. Foto: Sivilombudet.

SIVILOMBUDET

BRUK AV BELTER SOM TVANGSMIDDEL I PSYKISK HELSEVERN

Temarapport 2026



Innhold

Sammendrag 5

DEL 1

Innledning 7

1. Bruk av belter i sykehus gir høy risiko for umenneskelig behandling 8

2. Om rapporten..... 10

3. Rettslig utgangspunkt 11

DEL 2

Risiko for umenneskelig eller nedverdigende behandling ved bruk av belter ...13

4. Pasienter som holdes fastspent i belter ulovlig lenge 14

4.1. Risikoen for helseskade øker jo lenger belteleggingen varer..... 14

4.2. Manglende vurderinger av om beltebruken skal opphøre 14

4.3. Rolige og sovende pasienter holdes beltelagt 16

4.4. Pasienter blir liggende i belter fordi det er bestemt på forhånd 17

4.5. Forhold som øker risikoen for menneskerettsbrudd 18

4.6. Flere pasienter ligger særlig lenge i belter 18

4.7. Konklusjon 19

4.8. Anbefalinger..... 20

5. Klage og kontroll..... 21

5.1. Kontrollkommisjonens oppgaver..... 21

5.2. Kontrollen av beltelegging..... 21

5.3. Konklusjon 22

5.4. Anbefaling..... 22

6. Forebygging av beltebruk 23

6.1. Manglende nasjonal oversikt 23

6.2. Ledelse og organisering..... 23

6.3. Evaluering og pasientinvolvering 24

6.4. Kunnskap og opplæring 25

6.5. Konklusjon 26

6.6. Anbefalinger..... 26

Sammendrag

Bakgrunn for rapporten

Å spenne fast pasienter i belter er blant de mest inngripende tiltakene som kan brukes i psykisk helsevern. Denne formen for tvang innebærer høy risiko for menneskerettighetsbrudd, og pasienter kan oppleve alvorlige skadevirkninger. FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt statene å avvikle adgangen til å bruke belter mot personer med psykiske lidelser, og i Norge har Tvangslovutvalget foreslått å utfase bruken av slike mekaniske tvangsmidler.

Sivilombudet har undersøkt bruken av belter ved seks utvalgte sykehus i 2025–2026.

Pasienter holdes fastspent i belter ulovlig lenge

Ved alle sykehusene fant vi tilfeller der dokumentasjonen tydet på at beltelegginen hadde vært ulovlig. Dette gjaldt i stor grad beltebruk som varte ulovlig lenge. Det kunne gå lang tid mellom hver gang det ble dokumentert en vurdering av om pasienten kunne løses ut av beltene, og vurderingene var ofte svært mangelfulle.

Flere av pasientene som var fastspent i belter, ble beskrevet som rolige og samarbeidsvillige i lengre perioder, i noen tilfeller over flere dager. Dette gjaldt også pasienter som var fastspent i belteseng i særlig lang tid, opptil 18 døgn. Ombudet fant i tillegg eksempler hvor det ble bestemt på forhånd at pasienter skulle bli liggende i belter over natta. Dette er i strid med loven.

Ombudets funn viser også problematiske og uverdige forhold, som at beltelagte pasienter ikke fikk hjelp til toalettbesøk på grunn av bemanningsmangel.

De alvorlige manglene som er avdekket, viser samlet en betydelig risiko for at norske myndigheter bryter menneskerettighetenes forbud mot umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Sivilombudets funn tyder på systematiske brudd på lovgivingen om bruk av belter som tvangsmiddel. Det er alvorlig.

Behov for styrket kontroll og forebygging

Funnene viser at det fortsatt er behov for å styrke kontrollkommisjonenes kontroll av beltelegginenes varighet.

Det er også behov for en forsterket innsats for å forebygge at pasienter blir fastspent i belter ulovlig lenge. Sykehusene overholder ikke lovpålagte krav om at pasientens erfaringer skal brukes for å hindre fremtidig tvang. Samtidig har helsepersonell for lite kunnskap om lovgivningen om tvangsmidler. Det er også manglende oversikt over tvangstall. Helsemyndighetene må raskt sikre en nasjonal oversikt over bruk og varighet av tvangsmidler.

Anbefalinger

Sivilombudet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

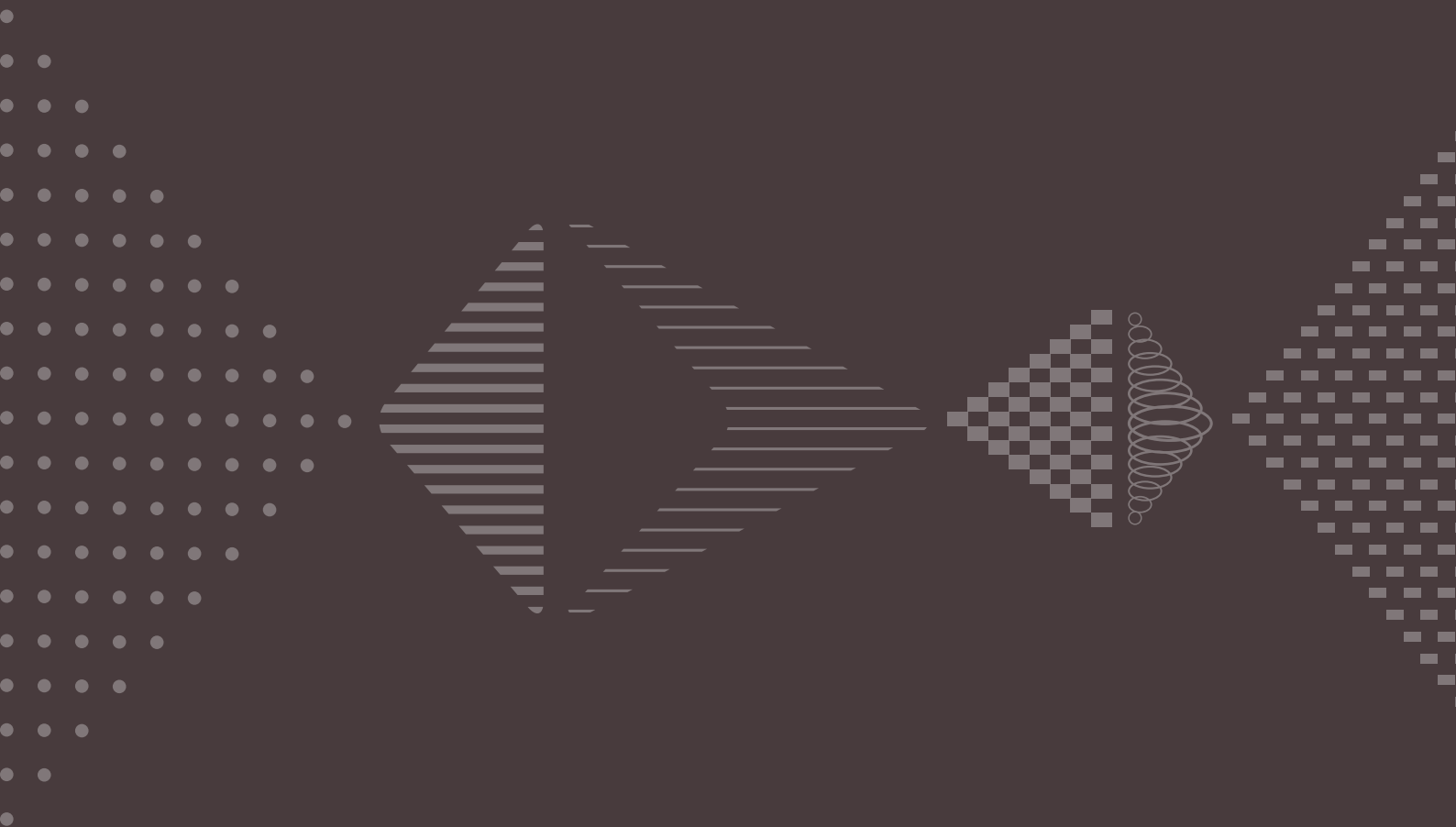
- fastsetter minstekrav til løpende vurderinger av vedtak om mekaniske tvangsmidler, og til hvor ofte vurderingene skal dokumenteres.
- iverksetter tiltak, blant annet gjennom endringer i lov og forskrift, for å unngå særlig langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler.
- iverksetter ytterligere tiltak som styrker kontrollen med varigheten av beltelegginger.
- etablerer en fullstendig og offentlig tilgjengelig statistikk over bruken av alle tvangsmidler i psykisk helsevern, som viser hvilke typer tvangsmidler som brukes, hvor ofte og hvor lenge de benyttes.
- foreslår en lovfestet plikt for institusjoner i psykisk helsevern til å arbeide systematisk for å forebygge bruk av tvangsmidler.
- fastsetter regler som sikrer at det til enhver tid er helsepersonell tilgjengelig med myndighet til å vurdere behovet for fortsatt beltelegging, og sørge for at beltelegginen avsluttes når den akutte situasjonen er over.
- fastsetter kunnskapskrav for ansvarshavende som har myndighet til å treffe hastevedtak om tvangsmidler.



Pasientrom i psykisk helsevern.
Foto: Sivilombudet

DEL 1

INNLEDNING



1. Bruk av belter i sykehus gir 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 i psykisk helsevern. 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 uten fastspenning i seng.

Beltelegging utgjør en ekstrem begrensning i pasienters bevegelsesfrihet og autonomi, og gir en 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 også kan komme til uttrykk i sinne og frustrasjon hos pasientene.[1] Beltelegging kan også gjenkalle tidligere traumer og overgrep, og virke retraumatiserende. Tvangen utøves typisk i situasjoner der pasienten er svært syk og fortvilet eller opphisset, og derfor er i en sårbar situasjon.

Selv om belter brukes for å avverge alvorlig skade, kan også beltene i seg selv skade pasientens helse.

Skadevirkninger ved bruk av belter

Å ligge fastspent i belter kan føre til dehydrering, sår, problemer med blodsirkulasjon, redusert muskelstyrke og bevegelighet, inkontinens og økt risiko for blodpropp.[2] 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.[3]

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.[4]

Mulige psykiske skadevirkninger er traumatisering, retraumatisering, opplevelser av avmakt, hjelpeløshet, ensomhet og redsel. Noen studier viser langvarige negative virkninger i form av traumatiserende minner, mistillit og skepsis til psykiatrisk behandling og institusjoner. Mekaniske tvangsmidler kan også redusere pasientens opplevelse av egenverdi, og det kan forlenge psykisk syke pasienters følelse av marginalisering.[5]

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

2 Viuff JH, Pedersen L, Petersen I, Vandenbroucke JP, Østergaard SD, Sørensen HT. Venous thromboembolism after mechanical restraint in psychiatric hospitals: population based cohort and self-controlled case series study. BMJ. 2026;394:e100016.

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

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

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



Pasientseng med belter i psykisk helsevern. Foto: Sivilombudet

De siste ti årene har lovendring, politiske føringer, avsløringer i media og sykehusenes egne tiltak bidratt til økt søkelys på å forebygge unødvendig bruk av belter. Ifølge Helsedirektoratets rapport fra 2021 ble rundt 1000 pasienter utsatt for beltebruk hvert år i perioden 2016–2021.[6] Det finnes imidlertid ikke nasjonal statistikk som viser hvordan bruken har utviklet seg i årene etter, heller ikke over varigheten av beltelegginger.

Alvorlige funn blant annet fra ombudet og mediene har over tid reist spørsmål om bruk av belter som tvangsmiddel overhodet bør være tillatt. Tvangslovutvalget foreslo i NOU 2019:14 å utfase bruken av mekaniske tvangsmidler, fordi det forekommer brudd på menneskerettighetenes forbud mot umenneskelig eller nedverdigende behandling i et «ikke ubetydelig omfang».[7] Helse- og omsorgsdepartementet ga i et høringsnotat sin støtte til forslaget i 2021.[8] Så vidt ombudet kjenner til, er forslaget fortsatt under behandling.

Etter 2019 har nye dommer fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) tydeliggjort de menneskerettslige kravene ved bruk av belter, spesielt langvarig bruk (*Se kap. 3 Rettslig utgangspunkt*).

6 Helsedirektoratets Rapport IS-3055, Kontroll av tvangsbruk 2021, kapittel 2.5 (tall fra 2016-2021).

7 NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, utvalgets forslag til § 4-3 tredje ledd jf. § 4-4. Se også utredningen s. 478–479.

8 Helse- og omsorgsdepartementet, Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget, side 93.

2. Om rapporten

Sivilombudet har undersøkt bruken av belter ved utvalgte sykehus i perioden 2025–2026.

Sivilombudet har også tidligere undersøkt tvangsbruk i psykisk helsevern og funnet flere kritikkverdige forhold ved bruk av mekaniske tvangsmidler. Besøksrapporter fra regionale sikkerhetsavdelinger i 2022 viste blant annet mangelfulle tvangsvedtak.[9] Samme år avdekket ombudet klare mangler ved kontrollkommisjonenes kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i en rekke saker i psykisk helsevern.[10]

I 2024 fullførte Sivilombudet også en undersøkelse av ekstraordinært lange beltelegginger ved en av sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset i Østfold.[11]

Denne temarapporten bygger på undersøkelser og besøk til 13 døgnposter, de fleste akuttpsykiatriske, ved seks ulike sykehus: Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold, Nordlandssykehuset, Helse Bergen (Psykiatrisk klinikk Sandviken), Lovisenberg diakonale sykehus og Akershus universitetssykehus (Ahus).

Hvert besøk varte i tre dager og omfattet befaring og intervjuer med ansatte og pasienter. Sykehusene ble ikke varslet om tidspunktet for besøkene. Sivilombudets forebyggingsenhet har i tillegg gjennomgått dokumentasjon fra sykehusene hvor den totale undersøkelsesperioden strekker seg fra januar 2025 til mai 2026.

Undersøkelsene har avdekket flere alvorlige funn ved sykehusenes bruk av belter på pasienter. Disse er beskrevet i besøksrapporter som inneholder anbefalinger til de enkelte sykehusene, og følges opp av Sivilombudets forebyggingsenhet i tiden etter publisering.

I denne temarapporten gjennomgår vi forholdene som i størst grad påvirker risikoen for krenkelse av menneskerettighetenes forbud mot umenneskelig eller nedverdigende behandling, og hvor det er behov for overordnede tiltak.

Rapporten redegjør for hvordan langvarige beltelegginger og mangelfulle vurderinger (kapittel 4) øker risikoen for alvorlige menneskerettighetsbrudd. Kapittel 5 gjennomgår funn om kontrollkommisjonenes kontroll av beltelegginger. Vi går også gjennom våre funn som viser behov for at sykehusene styrker sitt forebyggingsarbeid (kapittel 6).

9 Sivilombudet, rapporter etter besøk til Haukeland universitetssjukehus, Regional sikkerhetspost Bergen; St. Olavs hospital (Østmarka) og Oslo universitetssykehus, Regional sikkerhetsseksjon, Dikemark.

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

11 Sivilombudet, Alvorlig bekymring for langvarig beltelegging på sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset i Østfold, brev 3. juni 2024. Se også oversikt over oppfølgingen av saken: https://www.sivilombudet.no/aktuelt/oppfolging-av-sykehuset-ostfold/

3. Rettslig utgangspunkt

Å bli fastspent i belter er et alvorlig inngrep som kan ha fysiske og psykiske skadevirkninger. Beltelegging innebærer risiko for at pasienter utsettes for tortur, eller annen umenneskelig og nedverdigede behandling, i strid med FNs torturkonvensjon og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3.

Instanser som FNs spesialrapportør mot tortur, har anbefalt statene å avvikle adgangen til å bruke belter mot personer med psykiske lidelser.[12] Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) og Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) stiller strenge krav til bruken.

Å spenne noen fast i belter kan kun skje som siste utvei, når det er den eneste måten å hindre umiddelbar eller nært forestående fare for skade på pasienten selv eller andre.[13] Det betyr at det gjelder strenge krav til nødvendighet og forholdsmessighet. Pasientens rettssikkerhet må også ivaretas, og staten må ha tilstrekkelige rettssikkerhetsgarantier og kontrollordninger for å hindre misbruk. Det stilles strenge krav til begrunnelsen for at vilkårene for å legge pasienten i belter er oppfylt. Det må dokumenteres at bruken av belter ikke varte lenger enn det som er strengt nødvendig for å avverge den akutte faresituasjonen. Beltelagte pasienter skal følges tett opp, og hver enkelt beltelegging skal dokumenteres grundig.[14]

Psykisk helsevernloven stiller i hovedsak tilsvarende krav, og må uansett tolkes i tråd med EMDs rettspraksis. Etter lovens § 4-8 kan mekaniske tvangsmidler kun brukes når det er «uomgjengelig nødvendig» for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig materiell skade.[15] Belter er ment for «nødrettslignede situasjoner der pasienten har utagerende og ukontrollert atferd».[16] Mindre inngripende tiltak må ha vært forsøkt og beltebruken må også være forholdsmessig.[17]

Alle lovens vilkår må være oppfylt så lenge belteleggingen pågår.[18] Behovet for fortsatt bruk må derfor vurderes fortløpende, og dokumenteres.[19] Loven setter ingen absolutt tidsgrense for den samlede varigheten, men etter forskriftsendringer i 2026 kan vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke vare lenger enn åtte timer.[20] Dersom vilkårene fortsatt er oppfylt, må det treffes et nytt vedtak.[21] Kravet om begrunnelse er en helt sentral rettssikkerhetsgaranti og følger også av forvaltningsloven.[22]

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

13 EMD, bl.a. *M.S. mot Kroatia (nr. 2)*, 19. februar 2015, klagenr. 75450/12, avsnitt 104 og EMD, *Aggerholm mot Danmark, 15. september 2020, klagenr*. 45439/18, avsnitt 84 og 111.

14 EMD, *Aggerholm mot Danmark*, avsnitt 84-85.

15 Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd jf. andre ledd bokstav a.

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

17 Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd andre setning og 4-2 første ledd annen setning.

18 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.

19 Psykisk helsevernforskriften § 28 første 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.

20 Psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd, i kraft 1. juni 2026.

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

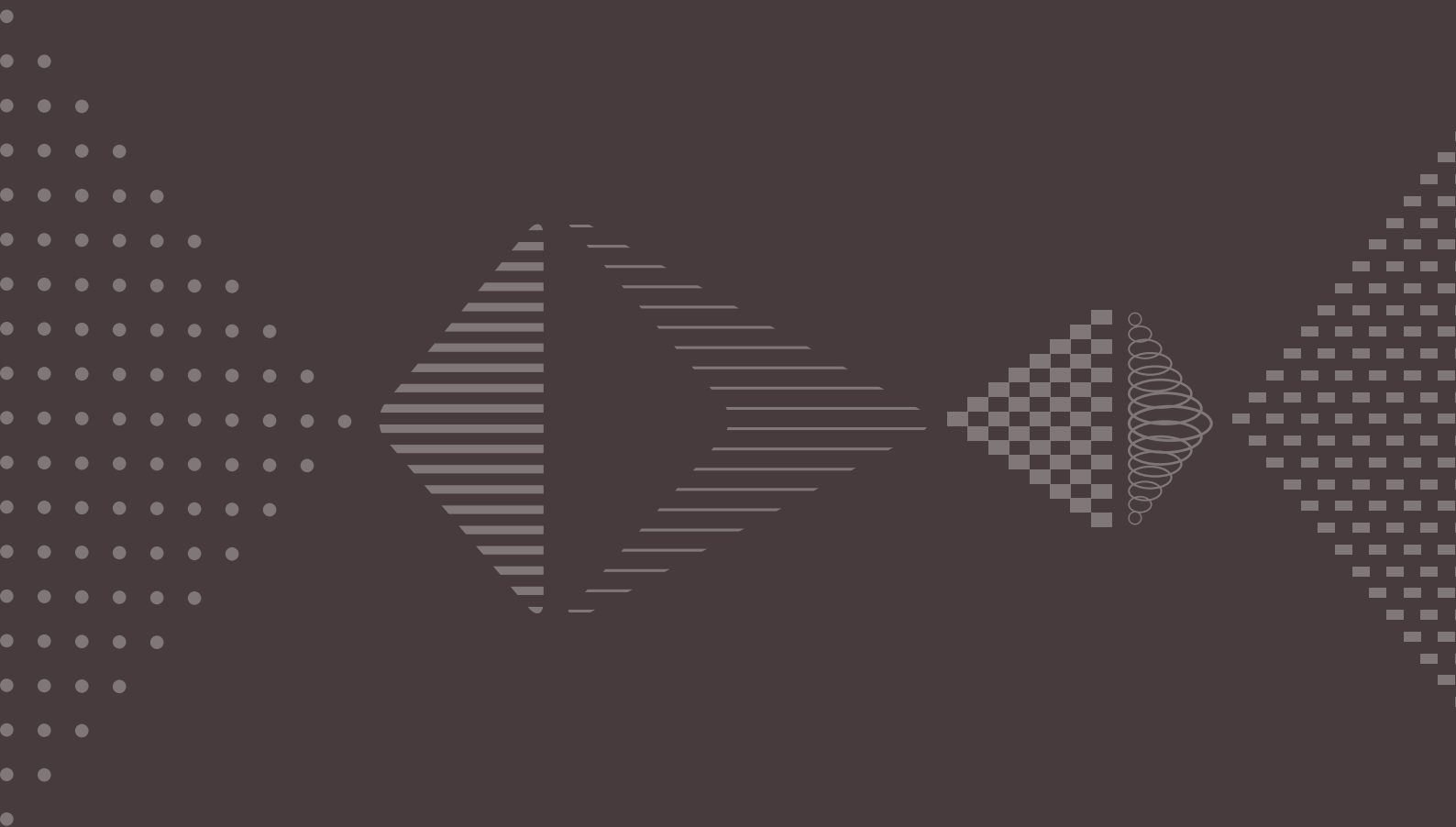
22 Forvaltningsloven §§ 24 og 25. Rt-2000-1066; Prop. 79 L (2024–2025), s. 454; SOM-2022-1184, avsnitt 42.



Belter som brukes i psykisk helsevern.
Foto: Sivilombudet

DEL 2

RISIKO FOR UMENNESKELIG ELLER NEDVERDIGENDE BEHANDLING VED BRUK AV BELTER



4. Pasienter som holdes fastspent i belter ulovlig lenge

4.1. Risikoen for helseskade øker jo lenger beltelegginen varer

Risiko for alvorlige skadevirkninger øker jo lenger en pasient ligger fastspent i belter. Beltelegging kan påføre pasienten både fysiske og psykiske skader som kan ha langvarige konsekvenser. Belter øker også risikoen for livstruende tilstander og kan i verste fall føre til tap av liv *(se kapittel 1)*.

De alvorlige konsekvensene gjør at tvangen må avsluttes så snart den akutte faresituasjonen er avverget. Beltelegging bør kun vare i minutter og ikke i flere timer, ifølge CPT.[23] Det må derfor sikres hyppig og streng kontroll med beltelegginens varighet (se kapittel 3 *Rettslig utgangspunkt*). EMD har flere ganger konkludert med at beltelegginger har vært i strid med EMK artikkel 3, særlig der de har vært langvarige.

4.2. Manglende vurderinger av om beltebruken skal opphøre

Psykisk helsevernloven setter ikke en absolutt tidsgrense for hvor lenge belter kan brukes, men sykehusene skal fortløpende vurdere om alle vilkårene for bruk av belter er oppfylt. De løpende vurderingene må dokumenteres (se kapittel 3 *Rettslig utgangspunkt*).

Ved alle våre besøk fant vi beltelegginger der sykehusene ikke kunne dokumentere at det var lovlig å holde pasientene fastspent i hele perioden beltelegginen varte.

De fleste sykehusene hadde rutiner for at en lege gjennomførte tilsyn med pasienter i belter minst hver åttende time. Enkelte sykehus fastsatte i interne rutiner at behovet for fortsatt beltelegging skulle vurderes ved



Transportbelter, eller mobile belter, kan også brukes, og gjør at pasienten for eksempel kan gå til toalettet med støtte.
Foto: Sivilombudet

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

disse tilsynene. Pasientene hadde også kontinuerlig tilsyn av helsepersonell.[24]

Likevel var et gjennomgående funn at det kunne gå lang tid mellom hver gang det var dokumentert vurderinger av å avslutte beltelegging. I tillegg var de vurderingene vi fant, ofte svært mangelfulle.

I en beltelegging på tre døgn ved Sørlandet sykehus så vi kun to skriftlige vurderinger av om beltene kunne løses opp, og ingen vurderinger det siste døgnet. I flere langvarige forløp, inkludert ett som varte over ett døgn, var det ikke skrevet noen begrunnelser for at pasienten fortsatt skulle være i belter.

Ved Sykehuset i Vestfold var en pasient beltelagt i rundt to døgn før behovet for fortsatt bruk av belter ble vurdert. Liknende funn gikk igjen ved alle sykehusene.

> ***«Det var ikke gode forklaringer på hvorfor jeg satt fast, eller hvor lenge jeg skulle ligge i belter.»***
>
> – Pasient som har vært beltelagt

En gjennomgående utfordring var at sykehusenes vurderinger sjelden beskrev pasientens helsetilstand og atferd. Der pasientens tilstand var omtalt, manglet det ofte en vurdering av behovet for videre beltebruk.

I sykehusenes dokumentasjon var det bare helt unntaksvis eksempler på løpende vurderinger som tok utgangspunkt i lovens vilkår for å opprettholde tvangsmiddelet. Det var sjelden noen konkret beskrivelse av hvorfor det var uomgjengelig nødvendig å opprettholde beltelegginger, eller hva som var risikoen ved å løse opp beltene.

Tilsvarende var det sjelden ført vurderinger av om lempeligere tiltak kunne benyttes. Ved flere sykehus fant vi pasienter som gikk på toalettet i mobile belter uten uønskede hendelser. Pasientene ble likevel fastspent i beltesengen igjen etterpå, uten vurdering av om det fortsatt var behov for å ha på beltene, eller om det var tilstrekkelig at pasienten var i mobile belter.

Forholdsmessighetsvurderinger var nesten helt fraværende både i vedtakene og i senere løpende vurderinger. Lovens krav om forholdsmessighet betyr at behovet for å legge pasienten i belter må veie klart tyngre enn de negative konsekvensene for pasienten.[25] Selv om beltelegginga var lovlig da den begynte, kan påkjenningen for pasienten gjøre at tvangen blir uforholdsmessig over tid. Kravene til begrunnelse for beltelegginga blir strengere jo lenger den varer, fordi påkjenningen og skaderisikoen øker.

Ved flere sykehus hadde pasienter vært skjermet, fastholdt eller isolert før de ble beltelagt. Flere hadde også fått korttidsvirkende legemidler mot sin vilje mens de var beltelagt eller like før. Noen pasienter hadde gjentatte opphold i belter i løpet av kort tid. Likevel fant vi nesten ingen spor av forholdsmessighetsvurderinger i journalene, heller ikke i de langvarige forløpene.

En pasient på Ahus 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.

Sykehusenes manglende løpende vurderinger av om beltelegginger skal avsluttes, utgjør en alvorlig rettssikkerhetssvikt for pasientene. Når sykehusene ikke sikrer tilstrekkelig dokumentasjon av løpende vurderinger, er det vanskelig å etterprøve om lovens vilkår har vært oppfylt.

Mangelfull begrunnelse gir risiko for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling (se kapittel 3 *Rettslige utgangspunkter*). I *Lavorgna mot Italia* (2024) konkluderte EMD med brudd på forbudet i en sak hvor en pasient var fastspent nesten åtte døgn i belter, blant annet på grunn av lange intervaller mellom vurderinger av pasientens tilstand.[26] Domstolen fremhevet at journalnotater med rene faktabeskrivelser ikke var tilstrekkelig for å begrunne fortsatt bruk av belter.[27]

24 Psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd.

25 Psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd.

26 EMD, *Lavorgna mot Italia*, 7. november 2024, klagenr. 8436/21.

27 EMD, *Lavorgna mot Italia, avsnitt 128*.

Ahus skilte seg positivt ut ved at pasientenes atferd som regel ble dokumentert hver time. Behovet for fortsatt beltelegging ble vurdert minst hver åttende time, i enkelte tilfeller hver time. Dokumentasjonen hadde høyere kvalitet enn ved de øvrige sykehusene.

4.3. Rolige og sovende pasienter holdes beltelagt

Flere av pasientene som var fastspent i belter, ble beskrevet som rolige og samarbeidsvillige i lengre perioder. Dette skjedde uten noen dokumentert vurdering av hvorfor pasienten likevel ikke kunne løses ut av beltene.

Ved Sørlandet sykehus ble en pasient beskrevet med «økende uro» etter rundt 28 timer i belter. Uten annen beskrivelse enn at pasienten så var rolig og dempet, ble beltelegginen opprettholdt i ytterligere 14 timer.

En pasient som var fastspent i belter i nesten en uke ved Lovisenberg diakonale sykehus, ble regelmessig gjennom fem dager beskrevet som samarbeidende, vennlig, rolig eller sovende gjennom flere timer uten at beltene ble løsnet. Pasienten hadde fortalt om smerter og retraumatisering. Det ble likevel ikke vurdert om den samlede belastningen for pasienten tilsa at det ikke lenger var forholdsmessig å fortsette beltelegginen.

Liknende funn ble gjort også ved de andre sykehusene vi besøkte.

I en del saker tydet våre funn på at sykehusene stilte strenge krav til hva som skulle til før det ble ansett trygt å løse pasienter ut av beltene.

Ved flere sykehus fant vi at pasienter måtte vise at de hadde kontroll på egen atferd eller samarbeide over noe tid for å bli løst ut av beltene.

På Ahus var pasienter tilsynelatende blitt holdt i belter fordi sykehuset ville «avvente til en har sett pasienten samarbeidende over tid i tillegg til en lenger periode med tydelig tilstedeværelse og adekvat kontakt».

Ved alle sykehusene fant vi at pasienter sov i belter over lengre tidsrom både på dagtid og om natta, uten at beltene ble løst opp. Det ble sjelden gitt noen begrunnelse for hvorfor dette ikke ble gjort.

På Lovisenberg sykehus ble pasienter som sov i belter som den klare hovedregel ikke løst opp. Ingen av de 67 vedtakene om belter som ble fattet ved de aktuelle postene i undersøkelsesperioden, ble avsluttet mellom 22:40 og 09:00. Liknende funn ble gjort ved alle de andre sykehusene.

De strenge vilkårene for å opprettholde en beltelegging er i utgangspunktet ikke oppfylt når pasienten sover, fordi det da ikke er en tilstrekkelig akutt faresituasjon. Helsedirektoratet har understreket at belter som den klare hovedregel «ikke kan brukes (…) overfor en pasient som sover».[28] Dersom erfaringer med pasienten helt unntaksvis likevel tilsier at vilkårene for beltelegging er oppfylt under søvn, skjerper det kravene til begrunnelse.

Flere helsepersonell uttrykte bekymring for at pasienter kunne våkne av at beltene ble løsnet og at de ofte hadde behov for sammenhengende søvn. Flere opplevde det utrygt å løse opp uten å vite hvilken tilstand pasienten var i. Enkelte tok også opp at det var særlig vanskelig å løse opp belter på natt, når det er færre ansatte. Vi fant svært få eksempler på dokumenterte vurderinger av å videreføre belter under søvn. Å bruke belter forebyggende eller «for å være på den sikre siden» er ulovlig.

I *Aggerholm mot Danmark* i 2020 ble en pasient beltelagt i nesten 23 timer.[29] EMD fant at staten ikke kunne dokumentere at beltene var strengt nødvendig i hele perioden. Domstolen la blant annet vekt på at pasienten etter 5–6 timer hadde framstått som roligere og mer pratsom, at en «potensiell fare» for skade ikke var tilstrekkelig, og at han ikke ble tilsett av ansvarlig behandler i løpet av en periode på 12 timer.

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

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



Illustrasjonsfoto av person festet med belter i seng. Foto: Sivilombudet

4.4. Pasienter blir liggende i belter fordi det er bestemt på forhånd

Ved flere sykehus fant vi eksempler på beltelegginger der det ble bestemt på forhånd at pasienten skulle holdes i belter over et bestemt tidsrom, i påvente av nærmere vurderinger.

Vi fant at Ahus i tre tilfeller mellom kl. 22 og kl. 23 hadde besluttet at pasientene skulle forbli beltelagt fram til neste morgen. En pasient ved Sykehuset i Vestfold måtte også vente på ny vurdering til ansatte fra dagvakt kom på jobb, til tross for at det ble beskrevet i sykehusets dokumentasjon at pasienten samarbeidet fint gjennom natta.

I ett tilfelle på Lovisenberg ble pasienten beltelagt sent på kvelden. Beltene ble beholdt på til pasientens faste behandler kom på vakt dagen etter, uten selvstendig løpende vurderinger av om lovens vilkår fortsatt var oppfylt i løpet av natta. I et annet eksempel stod det i notatene fra tre beltetilsyn i tidsrommet 17:30–07:40 at «beslutning om oppløsning gjøres på dagtid i samråd med kjent behandler». Notatene viste at det ikke ble gjort en vurdering av om vilkårene var oppfylt utenom behandlerens kontortid. Dette er i strid med loven.

Ved flere sykehus fant vi også tilfeller der pasienter ble lagt i belter direkte ved ankomst, kun på grunnlag av informasjon om pasientens atferd før ankomst. Slik forebyggende beltelegging gjør at hele perioden pasienten holdes i belter er lovstridig.

For en pasient som ble overført til Lovisenberg i belter, sto det i et vedtak fattet på formiddagen at sykehuset ville vurdere å løse pasienten ut av beltene «allerede i morgen», dersom pasienten forholdt seg fint gjennom natta.

Det er ikke lov å ha en pasient beltelagt en kveld og natt uten løpende vurderinger av om vilkårene er oppfylt. Dette kan også utgjøre en krenkelse av EMK artikkel 3 (se kapittel 3 *Rettslig utgangspunkt*).

4.5. Forhold som øker risikoen for menneskerettsbrudd

Mekaniske tvangsmidler skal brukes på en «mest mulig skånsom og omsorgsfull måte» for pasienten.[30] For å ivareta dette, skal det alltid være personale til stede sammen med pasienter som er beltelagte.[31] Pasienten skal så langt som mulig kunne spise og drikke selv og få ivaretatt behov for å gå på toalettet på en verdig måte.[32]

Ved flere sykehus fant vi forhold underveis i beltelegginge som øker risikoen for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Ved flere sykehus fikk pasienter som lå lenge i belter, ikke mulighet til å benytte toalettet, men måtte bruke beholder eller bekken. Ved Helse Bergen hadde to pasienter vært beltelagt i rundt to døgn uten å bli fulgt til toalettet på grunn av bemanningsmangel. De måtte derfor urinere i flaske i sengen. En tredje pasient lå naken, kun iført bleie, og hadde avføring i sengen flere ganger. Det tok tid før personalet fikk skiftet og stelt pasienten.

På Lovisenberg sykehus begrenset en pasient matinntaket for å unngå den nedverdigende opplevelsen av å bruke bekken. Likevel ble det ikke forsøkt tilrettelagt for toalettbesøk før tre dager etter beltelegginga.

Etter besøk til Norge i 2024 uttrykte CPT bekymring for manglende tilrettelegging for toalettbesøk overfor pasienter med svært langvarige beltelegginger.[33] Komiteen pekte på at situasjonen for disse pasientene samlet sett utgjorde risiko for umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Under de fleste av besøkene gjorde vi funn som tydet på at ansatte ved spytting hadde holdt et håndkle foran eller over pasientens ansikt. Ombudet fraråder sterkt å dekke munn eller ansikt fordi det kan være skremmende, vanskeliggjøre kommunikasjon og gi risiko for blokkering av luftveiene.

Ved Nordlandssykehuset var spytthetter tilgjengelig på et rom der en belteseng sto. Spytthetter er politiutstyr som kan tres over en persons hode for å hindre spytting, men er ikke tillatt i psykisk helsevern.[34] Selv om det ble sagt at spytthettene ikke var i bruk, tydet funnene på at de likevel kan ha blitt benyttet i perioden vi undersøkte. Det er svært kritikkverdig at ulovlige tvangsmidler er tilgjengelig for de ansatte.

4.6. Flere pasienter ligger særlig lenge i belter

Flere pasienter var fastspent i belteseng i særlig lang tid.

Ved alle de seks sykehusene som ble besøkt i 2025–2026, fant vi at pasienter hadde vært beltelagt i over fire døgn. Ved flere av sykehusene var det mange av beltelegginge som var langvarige. For eksempel hadde Sykehuset i Vestfold, Helse Bergen og Lovisenberg ti eller flere belteforløp som varte i over 48 timer.[35]

Enkelte pasienter var beltelagt enda lenger, i enkelte tilfeller i over 10 døgn. Ved Sykehuset i Vestfold var en pasient beltelagt i over 18 døgn. Vi fant svært få beskrivelser av hvorfor vilkårene var oppfylt underveis i beltelegginga, og i lange perioder var pasienten rolig, samarbeidet eller sov. Siden beltebruken blir mer inngripende jo lenger den varer, skjerpes kravene til begrunnelse. Våre funn viser likevel at begrunnelsene i flere tilfeller ble svakere jo lengre tid som gikk.

Langvarig beltelegging innebærer i seg selv en betydelig risiko for brudd på menneskerettighetenes forbud mot umenneskelig eller nedverdigende behandling.

CPT har uttalt at beltelegging over flere dager ikke kan rettferdiggjøres og kan utgjøre umenneskelig eller nedverdigende behandling. Dersom beltelegging likevel varer mer enn noen timer eller gjentas, må sykehuset sette inn særlige tiltak for å få avsluttet det.[36] Slike tiltak

30 Psykisk helsevernforskriften § 28 første ledd.

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

32 CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, avsnitt 3.3 og CPT, Rapport etter besøk til Kroatia i 2022, CPT/Inf (2023)30, avsnitt 198.

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

34 Helsedirektoratet 30. januar 2024. Svar – bruk av spyttmaske som tvangsmiddel i psykisk helsevern. Se også Sivilombudets besøksrapport, Oslo universitetssykehus, Regional sikkerhetsseksjon Dikemark (2022), kapittel 4.2.3.

35 Undersøkelsesperiodene varierte noe, blant annet fordi besøkene ble gjennomført på ulike tidspunkt.

36 CPT, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, avsnitt 4.2.

kan for eksempel være å involvere en annen lege eller å overføre pasienten til en mer spesialisert institusjon.

Også EMDs rettspraksis understreker behovet for særlige tiltak mot langvarig beltelegging. I *Makki mot Danmark* vurderte EMD en beltelegging som varte i 13 døgn før pasienten ble overført til en annen institusjon.[37] Behovet for beltelegginen i begynnelsen av forløpet var ikke omstridt, og domstolen la til grunn at pasienten utgjorde en vedvarende fare. Domstolen fant brudd på artikkel 3 for den øvrige perioden, som varte 11 døgn og 11 timer. EMD la særlig vekt på den samlede varigheten av beltene og manglende begrunnelse for hvorfor overføringen til en annen institusjon ikke skjedde tidligere, som planlagt.

I de langvarige belteleggingene vi undersøkte, fant vi få eksempler på at sykehusene satte inn særlige tiltak for å avslutte belteleggingene. I de sakene hvor det ble satt inn tiltak, skjedde dette ofte sent. Ved Ahus ble en pasient henvist til Regional sikkerhetsavdeling etter omkring 8 døgn i belter. I påvente av svar, fortsatte belteplasseringen. Pasienten ble til slutt overført i transportbelter til et annet sykehus etter nesten 12 døgn i belter. Det var ikke forklart hvorfor overføringen ikke ble iverksatt tidligere.

«Hvordan oppleves det å være i belter?»

«Veldig seigt. En lege kommer og ser på deg. Sier at du må fortsette å ligge. Du kan ikke røyke, spise og gå på do. Dagene blir lange. De kunne satt inn en radio eller en skjerm. Å bare ligge der i stillhet og skrike om å få gå på do..»

— Pasient som har vært beltelagt

4.7. Konklusjon

De samlede funnene viser at mange pasienter ble holdt fastspent i belter lenger enn det loven tillater. Ved alle sykehusene fant vi tilfeller der dokumentasjonen tydet på at belteleggingen hadde vært ulovlig. Dette gjaldt i stor grad beltebruk som varte ulovlig lenge.

Flere pasienter ble fastspent i belteseng over svært lang tid, fra flere døgn til over to uker. I de langvarige belteleggingene vi undersøkte, satt sykehusene sjelden inn særlige tiltak for å avslutte belteleggingen, eller tiltak ble satt i gang så sent at pasienten først lå mange døgn i belter.

Rettspraksis fra EMD viser at det er staten som må dokumentere at langvarig beltelegging var eneste utvei for å hindre skade på pasienten eller andre (kapittel 3 *Rettslig utgangspunkt*). De alvorlige manglene som er avdekket, viser en betydelig risiko for at norske myndigheter bryter forbudet mot umenneskelig eller nedverdigende behandling overfor pasienter som legges i belter.

Sivilombudet ser med stor bekymring på funnene, som tyder på systematiske brudd på lovgivningen om bruk av belter som tvangsmiddel. Forholdene som er avdekket, rammer mange pasienter, og konsekvensene for den enkelte kan være alvorlige.

En lovendring som trådte i kraft i juni 2026, innebærer at kravet om løpende vurdering av om vilkårene for tvangsbruk fortsatt er oppfylt, ble uttrykkelig lovfestet i psykisk helsevernloven.[38] Fra samme tidspunkt fastsatte Helse- og omsorgsdepartementet i ny psykisk helsevernforskrift at vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke kan vare lenger enn åtte timer.[39] Dersom en beltelegging skal kunne pågå lenger enn dette, må det fattes et nytt vedtak.[40]

Likevel tyder funnene (kapittel 4.2–4.6) på at det er behov for mer effektive tiltak for å gi pasienter som legges i belter, et tilstrekkelig vern mot umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Åtte timer er lenge å ligge fastspent i belter. Regelendringene som er gjort, vil neppe gi tilstrekkelig

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

38 Psykisk helsevernloven § 4-2 a.

39 Psykisk helsevernforskrift § 28 andre ledd

40 Helsedirektoratet (2026). Psykisk helsevernforskriften med kommentarer, merknadene til § 28 (sist faglig oppdatert 1. juni 2026).

beskyttelse mot brudd på EMK artikkel 3 dersom behovet for fortsatt beltelegging ikke vurderes og dokumenteres hyppigere enn hver åttende time. EMD har konkludert med konvensjonsbrudd der belter har hatt betraktelig kortere varighet enn dette.[41] Sivilombudets funn viser behov for ytterligere regler som sikrer at sykehusenes bruk av belter avsluttes straks det ikke er uomgjengelig nødvendig, og som setter minstekrav til hvordan og hvor ofte vurderinger skal dokumenteres.

Ombudet har ikke et bestemt syn på hvordan slike regler bør utformes, men dokumentasjonen bør skje i korte intervaller for å kunne hindre menneskerettsbrudd. Vi viser blant annet til at Ahus sikret hyppigere vurderinger av beleggingene enn andre sykehus, noen ganger én gang i timen. Danmark har hittil fulgt opp domfellelsene for langvarig beltelegging (omtalt i tidligere kapitler) med regelendringer om strengere krav til hyppighet, kvalitet på vurderinger og krav til løpende dokumentasjon av beltelagte pasienters tilstand.[42]

Våre alvorlige funn om pasienter som holdes fastspent i dager og uker, viser at det er behov for at det settes inn særlige tiltak for å avslutte slike beltelegginger. Ombudet har også tidligere etterlyst dette.[43]

Flere europeiske land har regler og tiltak for å hindre særlig langvarig bruk av belter. Danmark har lovfestet et krav om en ekstern, uavhengig legevurdering dersom beltelegging pågår over 24 timer. Dersom tiltaket overstiger 48 timer, skjerpes kontrollen ytterligere.[44] I Frankrike kan et vedtak om belter vare i inntil 6 timer av gangen, og som hovedregel maksimalt 24 timer. Ved forlengelse utover dette skal en domstol informeres, og ved fortsatt bruk skal saken bringes inn for domstolen.[45]

4.8. Anbefalinger

Sivilombudet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- fastsetter minstekrav til løpende vurderinger av vedtak om mekaniske tvangsmidler, og til hvor ofte vurderingene skal dokumenteres.
- iverksetter tiltak, blant annet gjennom endringer i lov og forskrift, for å unngå særlig langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler.

41 Se bl.a. EMD, Bureš mot Tsjekkia, 18. oktober 2012, klagenr. 37679/08, hvor en pasient ble beltelagt tre ganger i til sammen 3 timer og 5 minutter ved et avrusningssenter tilknyttet et psykiatrisk sykehus. EMD viste blant annet til at uro alene ikke kunne begrunne nesten to timers beltelegging.

42 Se bl.a. Danmarks svar til Europarådets ministerkomité om oppfølgingen av Aggerholm mot Danmark, Communication from Denmark concerning the case of Aggerholm v. Denmark (Application No. 45439/18) 1553rd meeting (mars 2026) (DH) - Action Report (19/12/2025).

43 Sivilombudets høringssvar til NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven (2019, og til forslag til ny psykisk helsevernforskrift (2026).

44 Den danske Psykiatriloven § 21 stk. 5–7, Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. LBK nr 1045 af 18/09/2024.

45 Den franske Code de la santé publique (folkehelsekoden), særlig avsnitt I og II.

5. Klage og kontroll

5.1. Kontrollkommisjonens oppgaver

Effektive klage- og tilsynsordninger er viktige for å ivareta pasienters rettssikkerhet og for å forebygge umenneskelig eller nedverdigende behandling. I beltesaker om krenkelse av forbudet i artikkel 3 legger EMD vekt på om pasientens rettssikkerhet ivaretas gjennom tilstrekkelige kontrollordninger (Kapittel 3 *Rettslig utgangspunkt*).

Alle institusjoner hvor mennesker er underlagt tvungent psykisk helsevern skal ha en kontrollkommisjon.[46] Kommisjonen skal behandle klager fra pasienter, føre kontroll med tvangsinnleggelser, gå på jevnlige velferdskontroller på institusjonen og gjennomgå bruk av tvangsmidler.[47]

I Sivilombudets undersøkelse fra 2022 ble det avdekket klare mangler ved kontrollkommisjonenes behandling av klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler i en rekke saker i psykisk helsevern.[48] Undersøkelsen avdekket blant annet at om lag en tredjedel av kommisjonens vedtak var mangelfullt begrunnet. Liknende svakheter er også avdekket i en senere klagesak hos ombudet.[49]

Sentrale helsemyndigheter har fulgt opp med lovendringer som presiserer plikten til løpende vurderinger av alle vilkår for tvangsbruk (omtalt i kapittel 4.7), og endringer i kontrollkommisjonenes vedtaksmaler.

Det er svært få pasienter på landsbasis som klager på vedtak om bruk av belter.[50]

5.2. Kontrollen av beltelegging

Ved sykehusene vi besøkte, var det som regel svært få eller ingen klager fra pasienter på vedtak om belter i perioden vi undersøkte. Klagevedtakene som var fattet, varierte fra å være godt begrunnede til svært mangelfulle. Ved Sørlandet sykehus, hvor vi gjennomgikk én klage, var kontrollkommisjonens behandling tillitsvekkende med en konkret vurdering av om vilkårene for bruk av belter var oppfylt i hele perioden det varte. Vi fant liknende gode eksempler fra kommisjoner ved andre sykehus. En del av vedtakene fra kommisjonene bar likevel preg av en for lite intensiv kontroll av om vilkårene for belteleggingen var oppfylt i hele perioden den varte.

Fordi så få pasienter klager på beltelegginger, er kommisjonens egne undersøkelser sentrale for å ivareta pasientenes rettssikkerhet og for å avdekke hyppig, langvarig eller overdreven bruk av belter. Ved 4 av 6 sykehus fant ombudet tydelige svakheter i kontrollkommisjonens egen kontroll av bruken av belter, særlig når det gjaldt varighet. Selv om flere kommisjoner opplyste at de også førte kontroll med varigheten, fanget de i liten grad opp langvarige og problematiske belteforløp.

Ved Helse Bergen begrenset kommisjonens egen gjennomgang seg til kontroll med vedtaket, og omfattet ikke gjennomgang av selve belteforløpet. Dette gjorde at kommisjonen ikke fanget opp at noen pasienter fortsatt var beltelagt etter at vilkårene for belteleggingen ikke lenger var til stede. Dette var særlig problematisk fordi sykehuset hadde mange svært langvarige beltelegginger (16 vedtak over 48 timer, median tid i belter var 12 timer). Kontrollkommisjonene for Ahus og Lovisenberg pekte seg positivt ut. Disse syntes

46 Psykisk helsevernloven § 6-1.

47 Psykisk helsevernforskriften kapittel 4 og 5 gir supplerende regler for kontrollkommisjonens virksomhet.

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

49 Sivilombudet, Kontrollkommisjonens vedtak i sak om bruk av mekaniske tvangsmidler, 15. oktober 2025, sak nr. 2024/5908.

50 SOM-2022-1184, avsnitt 60.



Pasientrom i psykisk helsevern. Foto: Sivilombudet

å føre grundig kontroll med varigheten av beltene, men det var rom for forbedringer også her.

Det var også vanskelig å etterprøve hvordan kommisjonene hadde utført kontrollen. Kontrollkommisjonene har ikke et eget saksbehandlingssystem, og vi har gjennom våre sykehusbesøk fått opplyst at journalsystemet DIPS Arena, som mange sykehus bruker, mangler funksjonalitet for kommisjonens arbeid. Dette svekker muligheten for etterkontroll med kommisjonens virksomhet, og er en betydelig systemsvakhet.

5.3. Konklusjon

Til tross for økt oppmerksomhet fra helsemyndighetene de siste årene, viser funnene at det fortsatt er behov for å styrke kontrollen med varigheten av beltevedtak. Det er særlig behov for å styrke kommisjonens dokumentkontroll av belteleggingenes varighet. Det er spesielt viktig i lys av det lave antallet klager, og at beltelegging antakelig er det tvangstiltaket som utgjør høyest risiko for umenneskelig eller nedverdigende behandling av pasienter i psykisk helsevern.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte i juni 2026 nye regler som tydeliggjør kommisjonens plikt til dokumentkontroll av tvangsvedtak. Forskriften presiserer at dokumentkontrollen også skal omfatte gjennomføringen av visse særlig inngripende vedtak, som tvangsmidler.[51] Endringene er viktige klargjøringer, men bør følges opp med ytterligere tiltak, inkludert klarere retningslinjer til kommisjonenes saksbehandling.[52]

5.4. Anbefaling

- Sivilombudet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet iverksetter ytterligere tiltak som styrker kontrollen med varigheten av belteleggingen.

51 Psykisk helsevernloven § 47.

52 Helsedirektoratet, Kontrollkommisjonens saksbehandling, rundskriv, sist faglig endret 23. juni 2026.

6. Forebygging av beltebruk

Statlige myndigheter har etter EMK og FNs torturkonvensjon plikt til å sette i verk tiltak for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdigende behandling.[53] Våre funn og den skaderisikoen som beltelegging innebærer, tilsier at det må arbeides systematisk for å forebygge bruk av belter og sikre at beltelegginger ikke varer lenger enn strengt nødvendig.[54]

Sivilombudets tidligere besøk til institusjoner innen psykisk helsevern viser at flere forhold kan bidra til å redusere tvangsbruken: organisering, gode fysiske forhold, varierte aktivitetstilbud, pasientmedvirkning, tilstrekkelig kompetanse og opplæring, forsvarlig bemanning – og en tydelig ledelse som ivaretar dette, og legger til rette for god institusjons- og postkultur.[55] Innsatsområdene samsvarer i stor grad med kjernestrategiene i Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd om forebygging av tvang.[56]

6.1. Manglende nasjonal oversikt

Å følge med på omfanget og utviklingen i beltebruk er avgjørende for å identifisere risikoområder og sette inn gode forebyggende tiltak.

Siden 2022 har det manglet oppdaterte, offentlig tilgjengelige nasjonale tall for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Ifølge Helsedirektoratet er årsaken omlegging av nasjonale rapporteringskrav.[57]

I motsetning til for eksempel Danmark, mangler Norge en oversikt over hvor lenge beltelegginger varer. Så langt Sivilombudet har kunnet fastslå, har det aldri eksistert nasjonal statistikk som gir informasjon om varigheten av beltelegging. Det gjør det blant annet umulig å sammenlikne helseforetakenes praksis.

Mangelen på statistikk gjør det vanskelig å vurdere omfanget av langvarig beltelegging i Norge. Dette er alvorlig fordi varigheten har stor betydning for risikoen for umenneskelig eller nedverdigende behandling.
I perioden 2017–2021 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav til helseforetakene om å redusere antallet tvangsmiddelvedtak.[58] Vi er ikke kjent med tilsvarende styringskrav om å redusere varigheten av tvangsmiddelvedtak.

Det er behov for offentlig tilgjengelig statistikk som gjør det mulig å følge utviklingen, avdekke langvarige beltetforløp og vurdere effekten av tiltak for å redusere tvangsbruken.

6.2. Ledelse og organisering

Ledelsen må ha god oversikt over institusjonens tvangsbruk for å avdekke og forebygge risiko for unødvendig tvang.[59] Det innebærer å følge med på omfanget av tvang på den enkelte post, hvordan tvangsvedtak begrunnes, om interne rutiner overholdes, og om forhold ved institusjonen bidrar til tvangsbruk. CPT anbefaler at psykisk helseverninstitusjoner utarbeider grundige retningslinjer for å forebygge bruk av tvangsmidler.[60]

Ved alle sykehus vi besøkte, fulgte ledelsen med på statistikk om tvangsmiddelbruk. Det varierte samtidig hvor aktivt informasjonen ble brukt i forbedringsarbeidet,

53 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. Liknende forpliktelser følger av EMDs rettspraksis om EMK artikkel 3.

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

55 Sivilombudsmannens besøksrapporter fra psykisk helsevern, tilgjengelig her: https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter

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

57 Informasjon om omleggingen er tilgjengelig her: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne

58 Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene 2017–2021.

59 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.

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

og hvor godt ansattgruppen ble involvert. Ledelsen fulgte med på antall tvangsmiddelvedtak, men hadde atskillig mindre oppmerksomhet på statistikk om varigheten av tvangen. Ved Nordlandssykehuset fant vi markant ulik varighet av beltelegginger på poster med lik målgruppe, uten at ledelsen syntes å være klar over dette. Oversikter over varigheten av beltelegginger ved Lovisenberg viste seg å inneholde flere feil som skapte tvil om sykehusets oversikt og kontroll.

Sykehusenes lokale retningslinjer viste til lovens krav, prosedyrer for gjennomføring og dokumentasjon. Ved flere sykehus beskrev de ansatte at ledelsen var opptatt av å redusere tvangsbruk. Dette er positivt. Samtidig viser de omfattende manglene våre besøk har avdekket, at sykehusene ikke har tilstrekkelig intern kontroll, spesielt når det gjelder langvarig beltebruk.

Risikoen for at pasienter utsettes for skader og menneskerettsbrudd ved langvarige beltelegginger, gjør at ledelsen bør holde seg orientert og følge opp saker der pasienter ligger fastspent i belter over lengre tid eller gjentatte ganger (kapittel 4.3 *Flere pasienter ligger svært lenge i belter*). Noen sykehus har etablert ordninger for når lokal ledelse skal varsles om langvarig beltelegging, og for når kontrollkommisjonen skal orienteres.[61]

Det var stor variasjon i hvordan sykehusene hadde organisert ansvaret for å vurdere om beltelegging skulle opprettholdes eller avsluttes. Våre funn tydet på at organiseringen blant annet bidro til at pasienter ble liggende i belter gjennom en natt eller en hel helg uten at dette ble vurdert løpende slik loven krever (se kapittel 4 *Pasienter som holdes fastspent i belter ulovlig lenge*).

Funnene viser betydningen av en tydelig organisering og rollefordeling som sikrer løpende vurderinger av om beltelegginger skal opprettholdes. Det må være helsepersonell på jobb hele døgnet som kan vurdere og beslutte at beltelegginger skal avsluttes.

6.3. Evaluering og pasientinvolvering

Dialog for å forebygge lange beltelegginger

Selv om pasientene hadde kontinuerlig tilsyn av helsepersonell mens de lå i belter, var det gjennomgående få spor i journalene av kommunikasjon med pasienten underveis. Noen pasienter fortalte at personalet sjelden tok initiativ til samtaler. Å etablere en dialog med pasienten er ofte viktig for så tidlig som mulig å kunne vurdere og følge opp pasientens helsetilstand og atferd, slik at beltene kan avsluttes. Vi fant også eksempler på at språkproblemer gjorde dialog vanskelig. En pasient ved Sørlandet sykehus fikk først etter 18 timer i belter en lege som snakket pasientens språk, og ble da løsnet. Pasienten hadde ikke blitt tilbudt tolk, til tross for at personalet opplevde at pasienten hadde «begrenset kommunikasjon».

> ***«Vi snakket ikke så mye sammen. Jeg sa jeg sitter veldig fast, og de svarte at det er det en grunn til. Det var mest den type dialog.»***
>
> – Pasient som har vært beltelagt

Evaluering med pasienten etter vedtak om belter

Etter psykisk helsevernloven skal pasienter som har blitt lagt i belter, tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Tvangsmiddelet skal evalueres sammen med pasienten så snart som mulig etter at det er avsluttet, og pasientens syn skal journalføres.[62]

Å involvere pasienten er viktig for å bidra til at pasienten kan bearbeide traumatiske opplever. Det er også viktig for sykehusets mulighet til å forbedre egen praksis og for å begrense tvang mot pasienten i fremtiden.

Plikten til å tilby en slik evalueringssamtale har vært lovpålagt siden 2017. Likevel ble slike samtaler ikke gjennomført systematisk ved noen av sykehusene vi

61 Bl.a. Sykehuset Østfold, Redegjørelse til Sivilombudet knyttet til alvorlig bekymring for langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler på sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset i Østfold, 23. august 2024; Sykehuset i Vestfold, handlingsplan for oppfølging av besøksrapport om bruk av belter, 28. august 2026.

62 Psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd.



Pasientrom i psykisk helsevern. Foto: Sivilombudet

besøkte. Ved Lovisenberg var det svært få dokumenterte eksempler på at evalueringssamtaler var gjennomført etter at belter var brukt. Blant belteleggingene vi undersøkte ved Sykehuset i Vestfold, var det kun dokumentert slike samtaler i cirka halvparten av tilfellene, til tross for forbedringsprosjekter for å øke antallet. Liknende funn ble gjort ved de andre sykehusene. Det er alvorlig.

Vi fant også eksempler på at evalueringssamtaler ble gjennomført på en måte som ikke ga pasienten en reell anledning til å evaluere opplevelsen, for eksempel ved at samtalen slo sammen flere tvangstiltak.

Der evalueringssamtalene ble gjennomført, varierte det om pasientenes erfaringer ble brukt aktivt til å forebygge ny tvangsbruk. I Vestfold hadde en pasient vært beltelagt i nesten fem døgn. Pasientens ønske om å få et bestemt legemiddel så ut til å ha bidratt til at beltene ble avsluttet to timer senere. Våre funn tyder imidlertid ikke på at dette ble fanget opp og videreført ved senere belteleggинger.

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

Dette viser at sykehusene må etablere rutiner som sikrer at samtalene blir gjennomført, og at erfaringene dokumenteres på en tilgjengelig måte slik at læringspunktene blir fulgt opp.

6.4. Kunnskap og opplæring

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring hos ansatte om regelverk og konfliktforebyggende kommunikasjon er sentralt for å forebygge tvang.[63]

Ved alle sykehusene var ansatte i miljøpersonalet pålagt å gjennomføre kurs i MAP, et opplæringsprogram for å øke forståelsen, forebyggingen og håndteringen av aggresjons- og voldsproblematikk.[64] Det inkluderer opplæring i forebyggende kommunikasjon og deeskalering. Sykehusenes opplæring og trening om konfliktforebyggende kommunikasjon, framsto som god.

Samtidig har ombudets funn avdekket alvorlige mangler hos helsepersonell når det gjelder kunnskap om lovgivningen (se kapittel 4 *Pasienter som holdes fastspent i belter ulovlig lenge*). Det var ingen systematisk opplæring av helsepersonell som var utpekt som ansvarshavende og dermed kunne treffe hastevedtak om tvangsmidler.

Kunnskapsmanglene gjelder særlig kravene til løpende vurderinger av vedtak om mekaniske tvangsmidler, inkludert minstekrav til begrunnelse og dokumentasjon. Behovet for kunnskapsheving gjelder alle som kan ha en rolle som beslutningstaker for vedtak om tvangsmidler, både de faglig ansvarlige og ansvarshavende som kan treffe hastevedtak.

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

64 MAP står for Møte med aggresjonsproblematikk.

6.5. Konklusjon

De samlede funnene viser at det er behov for en forsterket innsats for å forebygge bruken av belter og at pasienter holdes fastspent ulovlig lenge. Det mangler en nasjonal oversikt over bruk og varighet av tvangsmidler. Sykehusene har ikke tilstrekkelig kontroll med varigheten av beltelegging, og det er betydelige variasjoner i hvordan ansvaret for å beslutte opphør av beltelegging er organisert. Sykehusene sikrer ikke at pasientenes erfaringer med belter brukes systematisk for å hindre fremtidig tvang. Funnene viser også alvorlige kunnskapshull om lovgivningen blant helsepersonell, særlig når det gjelder løpende vurderinger av vedtak om mekaniske tvangsmidler.

Verken sentrale helsemyndigheter eller sykehusene har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet om den høye risikoen for helseskader og brudd på pasientenes menneskerettigheter ved langvarig beltelegging. Det er derfor behov for mer helhetlige tiltak.

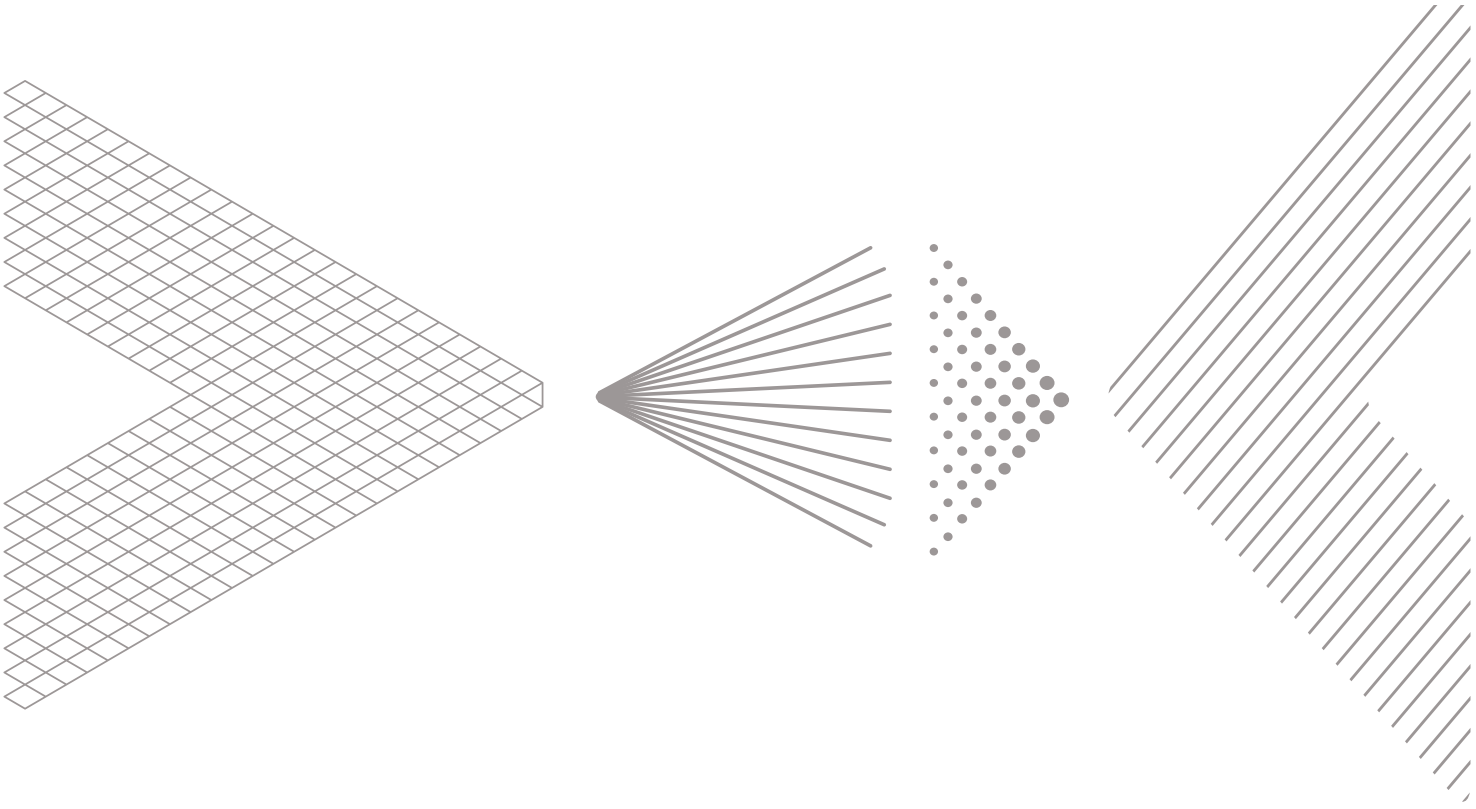
Det bør raskt etableres en nasjonal oversikt over bruken av tvangsmidler som også gir oversikt over varighet. Ombudet mener det bør innføres en tydeligere plikt til å arbeide systematisk for å forebygge tvang, og at sentrale faktorer som kan ha betydning for bruk av tvang, angis tydelig av lovgiver. En liknende plikt er lovfestet i barnevernsloven § 10-5.[65] Sentrale helsemyndigheter bør også vurdere ytterligere tiltak for å sikre at det er tydelig hvem som kan beslutte opphør av tvangsmidler, og økt kunnskap om regelverket hos helsepersonell som kan beslutte tvangsmidler.

6.6. Anbefalinger

Sivilombudet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- etablererer en fullstendig og offentlig tilgjengelig statistikk over bruken av alle tvangsmidler i psykisk helsevern, som viser hvilke typer tvangsmidler som brukes, hvor ofte og hvor lenge de benyttes.
- foreslår en lovfestet plikt for institusjoner i psykisk helsevern til å arbeide systematisk for å forebygge bruk av tvangsmidler.
- fastsetter regler som sikrer at det til enhver tid er helsepersonell tilgjengelig med myndighet til å vurdere behovet for fortsatt beltelegging, og sørge for at beltelegginen avsluttes når den akutte situasjonen er over.
- fastsetter kunnskapskrav for ansvarshavende som har myndighet til å treffe hastevedtak om tvangsmidler.

65 Se også helse- og omsorgstjenesteloven § 9-4.





Sivilombudet 2025
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