

Innledning og oppsummering av våre merknader

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) viser til høringsbrev 10. februar 2026 med forslag til ny psykisk helsevernforordning.^[1] Forslaget til ny forordning gjelder dels forordningsendringer som er nødvendige som følge av de lovendringene som Stortinget vedtok i 2025 om endringer i psykisk helsevernlov som skal tre i kraft 1. juni 2026. I tillegg inneholder forslaget til ny forordning bestemmelser som ikke direkte er et svar på vedtatte endringer av Stortinget, men som bygger på departementets vurdering av hvordan krav som følger av psykisk helsevernloven kan forstås og bør utdypes eller konkretiseres i forordningsform.

Med utgangspunkt i vårt mandat om å hindre diskriminering og fremme likestilling på grunnlag av funksjonsnedsettelse på alle samfunnsområder og tilsynsmandat for FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse, CRPD, har vi enkelte merknader.

Overordnet savner LDO at høringsnotatet utreder Norges menneskerettslige forpliktelser som er relevante på de områdene som forslag til ny psykisk helsevernforordningen regulerer, og som ikke er en direkte konsekvens av forslag om endring i lov som allerede er vedtatt av Stortinget. Av Utredningsinstruksen § 1-1 fremgår det at «Instruksen skal også legge et godt grunnlag for tilstrekkelig utredning av forholdet til Grunnloven og Norges folkerettslige forpliktelser, herunder menneskerettighetene.^[2] Utredningsinstruksen oppstiller minimumskrav til utredning i § 2-1, herunder krav om at prinsipielle spørsmål skal utredes, se § 2-1 nr. 3 og at forutsetningene for gjennomføring skal utredes jf. § 2-1 nr. 6. Utredning av forslagene opp mot menneskerettslige krav, er særlig aktuelt når det gjelder forslaget i forordningen § 28 om regulering til regulering av mekaniske tvangsmidler og de to alternative forslagene i ny § 29 om å fjerne pasientens rett til å reservere seg

mot at informasjon som kan være privat deles med pårørende - også utenfor fare for andre tilfellene. Videre har også forslag til endring når det gjelder krav til bosted før utskrivning fra døgnopphold, en side til menneskerettighetene som vi savner utredning av. Vi omtaler aktuelle menneskerettslige rammer nærmere nedenfor i tilknytning til merknader til enkelte av bestemmelsene i utkastet til forskrift.

Nedenfor har vi ytterligere merknader som kort kan oppsummeres slik:

- I forslaget i § 28 står det at ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler *ut over 8 timer*, skal det vurderes om bruken kan reduseres eller avsluttes. Dette er ikke egnet til å sikre praksis i tråd med ny psykisk helsevernlov § 4-2 a om at det skal foretas *løpende vurdering* av om lovens vilkår er oppfylt^[3] og menneskerettslige krav jf. Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 3 og CRPD artikkel 15.
- Utkastet til ny forskrift svarer ikke på behov for plikt til å forebygge mekaniske tvangsmidler.
- Utkastet til ny forskrift svarer ikke på behov for regulering av ansvar, prosedyrer og organisering for å avslutte mekaniske tvangsmidler
- Høringsnotatet drøfter ikke og utkastet til ny forskrift svarer ikke på behov for et registreringssystem som gjør det mulig å overvåke utviklingen i bruk av mekaniske tvangsmidler både nasjonalt og lokalt.
- Høringsnotatet drøfter ikke og utkastet til ny forskrift svarer ikke på behov for å gi pasient som ønsker å klage på bruk av belter fri rettshjelp til advokatbistand.
- Høringsnotatet drøfter ikke og utkastet til ny forskrift svarer ikke på behov for å sikre at kontrollkommisjonene - eller annen uavhengig kontrollinstans - foretar grundig kontroll med at mekaniske tvangsmidler i praksis ikke brukes i strid med norsk lov og menneskerettighetene.
- Utkast til § 29 alternativ 1 balanserer best de ulike hensynene som deling av informasjon med pårørende skal ivareta, og LDO støtter ikke forslaget i alternativet og 2 om å oppheve pasientens reservasjonsrett i de aktuelle tilfellene. Dette må ses i sammenheng med at LDO mener rettsikkerhet for

pasient som legges i belter bør styrkes ved å sikre tilgang til fri rettshjelp til advokatbistand ved klage på mekaniske tvangsmidler.

- Høringsnotatet til ny forskrift § 14 svekker krav til bolig for pasienter som skrives ut fra døgnbehandling til tvang uten døgnbehandling og svarer ikke på hvordan forsvarlig bosituasjon skal sikres for denne utsatte pasientgruppen.
- Vi etterlyser regulering som sikrer at personer som skrives ut til tvungent vern uten døgnopphold sikres tilgang til bolig som er forsvarlig og av en viss varighet og i tråd med menneskerettslige krav etter CRPD artikkel 19 jf. artikkel 5.3.
- Signalene departementet gir i høringsnotat om at «hospits og å bo hos venner helt unntaksvis» kan oppfylle kravet til bosted i denne sammenheng, gir grunn til bekymring.
- Vi foreslår at departementet vurderer å regulere i forskrift hva som ligger i lovens vilkår om at ECT ikke kan gjennomføres uten samtykke dersom pasienten *motsetter seg* slik behandling.^[4]

Regulering av mekaniske tvangsmidler og menneskerettslige plikter - merknader til forslaget i § 28:

Forslaget er ikke egnet til å sikre praksis i tråd med lov og menneskerettigheter

Forslaget i forskrift § 28 gir en språklig oppdatering av den utdaterte ordlyden «friere forpleining» i den gjeldende psykiske helsevernforskriften. Vår vurdering er at denne språklige oppdateringen i og for seg er positiv, men den er ikke egnet til å sikre at praksis samsvarer med loven og menneskerettighetene når det gjelder beltebruk. Nedenfor begrunner vi dette uten at vi har hatt tid til å gjøre en utfyllende menneskerettslig vurdering.

Det fremgår av høringsnotatet side 3 at det er behov for å oppdatere ny psykisk helsevernforskrift slik at den samsvarer med endringene i psykisk helsevernloven som trer i kraft 1. juni 2026. Vår vurdering er at forslaget til ny § 28 skaper usikkerhet opp mot den nye lovbestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-2 a som

trer i kraft 1. juni 2026, som klargjør at alle vilkår for tvangsbruk må være oppfylt *hele tiden* mens vedtaket blir gjennomført.^[5]

Forslaget svarer heller ikke på behovet for tydeliggjøring av vilkårene som må være oppfylt i praksis for at beltelegging skal være i tråd med EMK artikkel 3 slik dette kravet har utviklet seg i EMD praksis.

Utkast til regulering i forskrift lyder:

§ 28 Bruk av tvangsmidler Bruk av tvangsmidler skal være så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering kan brukes i inntil to timer om gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler *ut over 8 timer*, skal det vurderes om bruken kan reduseres eller avsluttes, inkludert om pasienten kan løses helt eller delvis fra tvangsmidlet eller overføres til transportbelter. Dersom det ikke vurderes som forsvarlig å redusere bruken av tvangsmidlet, skal årsaken til dette nedtegnes i pasientens journal.(vår utheving)»

Gjeldende ordlyd er

«Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes.»

Som nevnt: Bortsett fra at den utidsmessige og abstrakte ordlyden «friere forpleining» i det nye forslaget er foreslått endret til mer tidsmessig og konkret ordlyd «reduseres eller avsluttes, inkludert om pasienten kan løses helt eller delvis», består svakheten ved at forskriften har en ordlyd som kan oppfattes slik at dette først skal vurderes etter at det gått 8 timer. Også i merknadene til utkast til § 28 under pkt 4.6 på side 11 i høringsnotatet uttrykker departementet seg slik at det er

nærliggende å forstå departementet slik at det mener at det først er ved beltebruk utover 8 timer at det skal vurderes om beltebruken kan reduseres eller oppheves.

Kravene som stilles til nasjonal rett og praksis ved bruk av tvangsmidler mot personer med psykisk funksjonsnedsettelse er strenge og under utvikling. LDO viser blant annet til til EMDs dommer at *Aggerholm mot Danmark*^[6] og *Makki mot Danmark*^[7], hvor EMD i begge saker konkluderte med at beltelegging praksis i Danmark var menneskerettstridig: Konklusjon om brudd skyldtes flere forhold som er relevante og har overføringsverdi til utfordringer og krav som bør stilles til norsk rett og praksis. EMDs dom *Aggerholm mot Danmark* gjaldt en beltelegging i 23 timer av en mann diagnostisert med paranoid schizofreni som var dømt til tvungen psykisk helsevern som følge av vold. På det tidspunkt da dommen ble behandlet av EMD var dette den lengste belteleggingen EMD hadde fått til vurdering. EMD viser til at personer med psykisk funksjonsnedsettelse er særlig sårbare og at dette må tas med i vurderingen av om det aktuelle tiltaket er i tråd med EMK artikkel 3 (para 81). Mannen ble blant annet liggende i belter 95 minutter etter at det var vurdert av en lege at det var trygt å løse beltene. EMD kom til krenkelse av EMK artikkel 3. EMD fremhever blant annet at kravet om at beltebruk er «strengt nødvendig» gjelder *hele perioden* personen er beltelagt :

“The Court recalls in this context that it is not sufficient that the decision to resort to the restraint measure was “strictly necessary” to prevent an immediate and imminent risk of harm to other persons. In addition, it is also a requirement that the restraint measure is not prolonged beyond the period which was “strictly necessary” (see paragraph 84 above), and that it is for the State to demonstrate convincingly that this condition was met” ...

EMD legger i denne dommen vekt på krav til dokumentasjon av begrunnelse, varighet, hvilke tiltak som er blitt utprøvd før belteintervensjonen og hvilke typer tilsyn som er blitt utført.^[8]

I EMD dommen *Makki mot Danmark* kom EMD til at beltelegging på psykiatrisk sykehus i 11 dager og 11 timer av en mann med schizofreni-diagnose, var i strid med forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling. EMDs konkluderte med at belteleggingen var i strid med EMK artikkel 3, selv om det var uomtvistet at

mannen hadde utøvd vold med stort skadepotensial mot en pleier. Konklusjon var særlig begrunnet med at det ikke var tilstrekkelig bevist at varigheten av belteleggingen var strengt nødvendig. EMD fremhevet at slike tiltak kun skal brukes som siste utvei i kortest mulig tid.

CRPD-komiteen har i sine avsluttende merknader til Norge 7 mai 2019 anbefalt Norge å avslutte bruk av tvangsmidler overfor personer med psykiske og intellektuelle funksjonsnedsettelse.^[9] Vi viser til følgende anbefaling i para 24:

«(b)

Stopper bruken av tvangsmetoder, blant annet tvangsmidler, isolasjon, skjerming, ufrivillig behandling og andre inngripende metoder, overfor mennesker med intellektuelle eller psykososiale funksjonsnedsettelse, særlig for de som er frihetsberøvet og eldre mennesker, spesielt de med demens og de som er på sykehjem, ved blant annet å gi opplæring til ansatte, prioritere samfunnsbaserte og likepersonstyrte støttetiltak, og styrke prosessuelle garantier og kontrollfunksjoner.

CRPD-komiteens avsluttende merknader i etterkant av periodisk vurdering av Norges etterlevelse av konvensjonen er ikke folkerettslig bindende, men kan ha en viss vekt som «supplementary means» etter Wien konvensjonen artikkel 32. Uansett er det gode faglige og politiske grunner for å se hen til disse avsluttende merknadene til Norge fra det FN-organet som har fått i mandat å overvåke statens etterlevelse av CRPD, og å vurdere disse grundig i retts- og politikktutviklingen som særlig angår personer med ulike former for funksjonsnedsettelse.

Det er helse- og omsorgsdepartementet som har overordnet ansvar for oppfølging av denne FN-anbefalingen som gjelder mekaniske tvangsmidler anbefalingen til Norge og vi savner en vurdering av om og hvordan departementet vurderer oppfølging.^[10]

Også Den europeiske torturforebyggingskomite 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. I en rapport etter besøk til Danmark uttaler CPT at bruk av belter ikke bør overstige 6 timer, og at bruk av mekaniske tvangsmidler over flere dager ikke kan rettferdiggjøres. [\[11\]](#)

Etter sitt besøk til Norge i mai 2024 var CPT-komiteén særlig bekymret for funn på Østfold sykehus hvor 3 personer hadde vært beltelagt opptil 43 dager. Komiteen utalte at dette meget vel kan utgjøre brudd på forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling. Og vi viser til at komiteén ved lansering av sin rapport 21 januar 2025 [\[12\]](#) fra besøk til Norge uttalte:

“The CPT noted that there was an upward trend in the resort to the use of means of restraint in psychiatric hospitals between 2017 and 2022. In one of the hospitals visited, several patients were subjected to prolonged periods of mechanical fixation to a bed and during this time they had to use bedpans, bottles and catheters to relieve themselves. The CPT considers that such an approach may very well amount to inhuman and degrading treatment.” (vår utheving)

Skadevirkninger av belter og risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling

Å bli fastspent i belter kan gi alvorlige skadevirkninger, både fysisk og psykisk. Risikoen for alvorlige negative helseeffekter øker jo lenger belteleggingen pågår. Skadevirkningene av mekaniske tvangsmidler er godt dokumentert og grundig redegjort for blant annet i NOU 2019: 14 (tvangsbegrensningsloven) [\[13\]](#) og NOU 2011:9 (Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. EMD uttrykkelig har som omtalt ovenfor fremhevet at bruk av mekaniske tvangsmidler skal anvendes som et siste utvei. Allerede i NOU 2019:14 uttrykte Tvangsbegrensningslovutvalget at det forekommer beltelegging i Norge i strid med EMK artikkel 3:

«Det kan neppe være tvil om at det i Norge i dag forekommer mekaniske tvangsinngrep i et ikke ubetydelig omfang som er i strid med EMKs forbud mot umenneskelig og nedverdiggende behandling, slik dette er forstått i nyere praksis av EMD» [\[14\]](#)

Utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler overfor personer med psykiske lidelser er foreslått utgangspunkt som hovedregel i NOU: 2019. Unntak antydes kun for sikkerhetsavdelinger. Utfasing av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern utenfor sikkerhetsavdelinger, har fått støtte av departementet tidligere [\[15\]](#). Også disse

tidligere signalene fra departementet gjør at vi stiller spørsmål om hvorfor *alternativer* til beltelegging i psykisk helsevern ikke er omtalt i tilknytning til denne nye forskriften.

Vi etterlyser satsing på praksiser som forebygger behov for belter

Det foreligger omfattende erfaring og gode anbefalinger når det gjelder hvordan situasjoner som utløser bruk av belter kan forebygges: Vi vil trekke frem erfaringene fra Lovisenberg Diakonale sykehus som viser at Prosjektet Åpne dører på ellers lukkede avdelingsposter, har bidratt til vesentlige nedgang i bruk av tvangsmidler slik som mekaniske tvangsmidler^[16]

...«Coercive measures were used on 65 of 245 (26.5%) service users admitted to the “open door” ward compared to 104 of 311 (33.4%) service users admitted to the treatment-as-usual ward. This equates to a risk difference of 6.9%. The “open-door” ward also had less risk of coercive measures when examining coercion based on the length of stay for each service user. Those who stayed between 0 and 7 days had a risk difference of 1.5%, those staying 0 to 14 days had a 5.4% risk difference, and those staying between 0 to 21 days had a 4.6% risk difference.”

LDO etter spør nasjonal utrulling av prosjektet Åpen dør.^[17] Samtidig fremhever vi at utviklingen i når det gjelder grunnlag for innleggelse i tvungent psykisk helsevern påvirker rammebetingelsene for modellen, for eksempel hvor mye hver post kan holde hoveddøren ulåst i åpningstiden. Vi er derfor opptatt av at flere tiltak som er nødvendige for å gjennomføre modellen i praksis, slik som å hindre ytterligere nedbygging av frivillige døgnplasser, og å sikre at pasienter i andre målgrupper, som dømte til TPH eller varetektsurrogati, ikke fortrenger vanlige akuttinnlagte pasienter på tvungent vern. Norge er etter det vi er kjent med blant få land i Europa som ikke har atskilte institusjoner og behandlingssystemer for sikkerhets- dømte- og vanlige

tvangsinnlagte pasienter. Dette kan det være gode grunner til, men det forutsetter som et minimum at det er kapasitet i enhetene til å ivareta alle grupper.^[18]

Ellers viser vi til det som er godt kjent når det gjelder forebygging av tvang og fremhever følgende:

- Reduksjon i tvang herunder også bruk av belter, krever tydelig ledelse og en kultur som prioriterer pasientens autonomi.
- Lovens krav til individuell plan og kriseplan må etterleves i praksis
- Lovens krav til evaluering ved å gjennomføre samtale med pasienten en etter en tvangshendelse er sentralt for å lære hvordan man kan forebygge krisesituasjoner som utløser behov for belter som tvangsmiddel og må etterleves i praksis
- Satsing på grunnleggende forebygging som miljøarbeid og terapi slik som bruk av aktiviteter og de-eskalerende kommunikasjon er sentralt i langsiktig arbeid for å forebygge beltebruk.

Departementet bør også hente erfaringer fra andre land hvor mekaniske tvangsmidler slik som belter brukes i liten grad i psykisk helsevern, Tvangslovutvalget har omtalt at i Storbritannia brukes mekaniske tvangsmidler i liten grad og bare skal brukes unntaksvis i første rekke i høysikkerhetsavdelingen og ved transport til eller mellom slike avdelinger.^[19]

LDO har i gjentatte høringsinnspill, brev og i møter med Helse- og omsorgsdepartementet tatt til orde for utfasing av beltebruk som hovedregel i psykisk helsevern, med mulig unntak for sikkerhetsavdelinger^[20]. Dette er også var anbefaling i vår rapport Inkorporering av CRPD i 2023.

Sivilombudet nylig undersøkt bruk av mekaniske tvangsmidler ved flere sykehus, og finner fortsatt svært alvorlige funn som utgjør stor risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Samlet er vår vurdering at signal som kan forstås dithen at reduksjon eller opphør i bruk av belter først må vurderes etter at en pasient har ligget 8 timer i belter, advarer vi mot, i lys av kravene som følger av både ny § 4-2 i psykisk helsevernloven og EMK artikkel 3 og CRPD artikkel 15. I det videre arbeidet med ny forskrift foreslår vi at departementet også klargjør hvordan de nå ser på forslaget fra tvangslovutvalget og departementets egen støtte til at bruk av belter utenfor sikkerhetsavdelinger bør utfases. I den sammenheng savner vi særlig at departementet omtaler nærmere

hvilke alternativer som det forsøkes før det fattes vedtak om bruk av belter, for å legge til rette for at beltebruk i praksis blir siste utvei.

Regulering av ansvar, prosedyrer og organisering for å avslutte tvangsmidler

Forslag til ny forskrift svarer ikke på behov for prosedyrer og organisering som sikrere at person faktisk blir løst ut av belter så snart det er vurdert at belter ikke lenger er nødvendig. Vi viser blant annet til EMDS dom Aggerholm mot Danmark omtalt ovenfor, hvor det ble brudd blant annet fordi personene ble ligget i belter 95 minutter etter at legen hadde vurdert at belter ikke lenger er nødvendig.

En oppfølging i tråd med denne dommen ville være å sikre prosedyrer, både på natt og dag som gjør at beltene kan løses opp så snart pasienten har roet seg nok til kravet om at beltebruk må være strengt nødvendig ikke lenger er oppfylt.

I gjeldende psykisk helsevernforskrift er det klarlagt at ansvarshavende ved avdelingen kan fatte vedtak om tvangsmidler, herunder belter, dersom faglig ansvarlig ikke er å få tak i. Videre fremgår det at faglig ansvarlig skal ta stilling til om beltebruken skal opprettholdes. Vi savner imidlertid en klargjøring av faglig ansvarlige rolle for å sikre at beltebruk avsluttes så snart den som fører tilsyn med pasienten oppfatter at pasient har roet. Vi er bekymret for at rutinene vil være slik at om den som fører pasientene på natt i praksis avventer med å løse opp beltene til faglig ansvarlig blir tilgjengelig.

En tilnærming kunne være at forskriften stiller krav om at den som fører tilsyn med pasient i belter ved jevne tidsintervall, slik som for eksempel en gang per time, må begrunne og notere ned hvilke faktiske omstendigheter hos pasienten som tilsier at det er strengt nødvendig å lempe på eller avslutte bruken, og stille krav om at både årsaken og tidspunktet for vurderingen nedtegnes på egnet måte. Etter det vi er

kjent med er det ulik praksis på ulike institusjoner og her kunne det være lærdom å hente ved å se hen til gode praksiser.

Vi viser også til anbefalinger fra Sivilombudet om at sykehus hvor pasient er lagt i belter bør:

- løpende journalføre forhold som har betydning for ivaretagelsen av pasienter underlagt mekaniske tvangsmidler.
- sikre at beltelagte pasienter alltid tilses av lege så fort som mulig, og deretter med korte mellomrom inntil tiltaket avsluttes.

Ut fra Sivilombudets funn ved Sørlandet sykehus anbefaler vi også at det tas inn i forskriften et forbud mot tildekking av munn eller ansikt til pasienter som er beltelagte.

Alvorlige svakheter i registreringssystemet og kontrollen med bruk av mekaniske tvangsmidler slik som belter.

Vi viser til at CPT i sin siste rapport til Norge fremhevet mangler i registreringssystemet av beltebruk hindrer monitorering av trender, både lokalt og nasjonalt når det gjelder bruken av belter. Dette hindrer også muligheten for å følge med på effekten av tiltak for å redusere slik beltebruk. CPT skiver i para 191:

“... the registration system in place does not allow the easy collation of data at a hospitallevel, preventing adequate monitoring of trends (locally and nationally) in the use of means of restraint and thus the effectiveness of any attempts to reduce their use. By consequence, the delegation could not obtain recent data as to the length and frequency of the use of means of restraint in any of the hospitals visited. At national level, this results in the Norwegian authorities lacking reliable indicators to assess their policy objective to limit recourse to means of restraint, which was in an upward trend between 2017 and 2022.^[21]”

Nasjonalt og lokal statistikk som viser oversikt i utvikling av bruk av mekaniske tvangsmidler, mangler fortsatt. LDO viser til at CPT i sin rapport anbefaler Norge å etablere et elektronisk registreringssystem for bruk av tvangsmidler som gjør det

enkelt å samle data som muliggjør presis overvåking av trender både lokalt og nasjonalt når det gjelder bruk av tvangsmidler slik som belter [\[22\]](#)

Få klager og alvorlige svakheter i kontrollmekanismene og tilgangen til rettshjelp

Det er relativt sett få klager på bruk av mekaniske tvangsmidler selv om Helsedirektoratets nyeste tall 2024 viser en svak økning på antall klager for 2024. [\[23\]](#) Det er grunn til å stille spørsmål ved om det lave antallet klager kan ha sammenheng med at pasient som legges i belter som utgangspunkt ikke har rett til fri rettshjelp for å påklage vedtak om beltelegging, og alvorlige svakheter i systemet for kontrollkommisjons behandling av klager på vedtak om mekaniske tvangsmidler. Klageadgangen til kontrollkommisjonene fungerer slik at klage på vedtak om mekaniske tvangsmidler ikke blir behandlet umiddelbart, men først på kontrollkommisjonens faste møter. Det vil si at det det kan gå mer enn en uke fra pasient som ligger i belter fremsetter klage, før klage behandles. Pasient er derfor ofte løst ut av belter før klagen behandles. Om pasienten etter å ha blitt løst ut av belter skulle få medhold i sin klage, får dette ingen direkte praktisk konsekvens for pasienten, selv om det å få konstatert rettighetsbrudd har en verdi i seg selv.

Vi viser til at også CPT noterer seg at til tross for alvorlige funn om særlige langvarige beltelegginger er det av ukjente grunner få som klager til kontrollkommisjonen på beltebruk uttaler i den forbindelse at mangelen på fri rettshjelp ved klage på belter til kontrollkommisjonen ikke er oppmuntrende:

... «However, the circumstance that a patient does not have the right to legal aid in case of such appeal is certainly not encouraging.».

Sivilombudet utga i 2022 rapporten Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler. Der hadde der funn som indikerte systematiske svakheter i den rettslige kontrollen med mekaniske tvangsmidler.

LDO viser også til at CPT har anbefalt Norge både å så dere hvordan det skal sikres at kontrollkommisjonen foretar grundig kontroll med beltebruk og å vurdere fri rettshjelp til pasient som ønsker å klage på beltebruk.

«... The CPT recommends that the Norwegian authorities reflect on measures as to ensure Supervisory Commission scrutiny of the continuous application of means of restraint, including by

providing legal aid for patients that appeal to the Supervisory Commission in this context.”^[24]

Deling av informasjon om tvangsmidler mm til pårørende når pasienten motsetter seg dette

Endringene som trer i kraft i 2026 gir allerede pårørende utvidet rett til informasjon om at personen er underlagt tvungent psykisk helsevern begrunnet fare for andre eller når omsorgsansvar tilsier det.

Departementet ber i tillegg om innspill til to alternativer i utkast til § 29 for styrket plikt til å dele informasjon til pårørende ved gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 om tvangsmidler og tvangshandling - også dersom pasienten motsetter seg det, i tilfeller hvor pasienten ikke er til fare for andre eller hensyn til barn tilsier informasjonsdeling:

Utkast til § 29

§ 29 Melding om vedtak om bruk av tvang under gjennomføringen av psykisk helsevern

Alternativ I: Melding om vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A som skal gis til pasienten etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal også gis til pasientens nærmeste pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette.

Alternativ II: I Melding om vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A som skal gis til pasienten etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal også gis til pasientens nærmeste pårørende. Til begge alternativene: Det skal i tillegg opplyses om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Retten til privatliv følger av så vel Grunnloven § 102 som EMK artikkel 8 og gjelder som utgangspunkt enhver, herunder personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern. CRPD artikkel 22 nr. 2 pålegger partene å beskytte personopplysninger og opplysninger om helse og rehabilitering for mennesker med funksjonsnedsettelse på lik linje med andre.

Vi merker oss at departementet anfører at å varsle pårørende om at det er fattet vedtak om tvangsmidler eller tvangsbehandling også der pasienten motsetter seg at slik informasjon deles, kan være begrunnet ut fra hensyn til pasientens egen rettsikkerhet: å sikre at noen utenfor sykehuset kan ivareta pasientens rett til å klage

på tvangsmidler og så videre. Samtidig har pasienten i begge de to alternativene rett til å la seg bistå av advokat som kan ivareta klageadgangen, og skal opplyses om dette. Når det gjelder klager på vedtak om tvangsmedisinering har også pasienten til å få kostnadene knyttet til bruk av advokat dekket med opptil 5 timer. Når det gjelder klage på beltevedtak har pasienten som nevnt rett til å la seg bistå av advokat, men ikke rett til få dekket kostnadene til advokathjelp, med mindre kontrollkommisjonen etter en konkret vurdering finner at det er grunn til å oppnevne advokat til å bistå i klage på belter, etter loven om fri rettshjelp. Hensyn til rettsikkerhet tilsier at når det fattes vedtak om at en pasient skal legges i belter, bør en pasient som ønsker å klage på dette ha rett ikke bare til å la seg bistå av advokat, men også til å få dekket kostnader til et gitt antall advokattimer. Dekning av advokatbistand er egnet til å ivareta så vel rettsikkerhet som personvern. At staten når den bruker et så inngripende tvangsmiddel som belter overfor en sårbar pasient, dekker kostnader til et begrenset antall timer til advokat som kan bistå i klage, fremstår som rimelig. Og det er en tilnærming som balanserer ulike hensyn langt bedre enn at informasjon om tvangsmiddelvedtak gis til pårørende, for at pårørende skal ta ansvar for rettsikkerhet, selv når pasient ikke samtykker til at slik informasjon deles med pårørende.

Alternativ 1 er det alternativet som i størst grad respekterer pasientens autonomi og rett til privatliv. Dette bør veie tungt gitt at det her dreier seg om informasjon som gjelder tvangstiltak pasienten blir utsatt for mens vedkommende er innlagt, og vedtaket om medisinskbehandling. Ikke helt sjelden er forholdet mellom pasient og pårørende også konfliktfylt, og/eller utsatt for betydelig slitasje. Dette er også et argument som taler mot at sykehuset skal dele informasjon om de tiltakene og den behandlingen pasienten får mens vedkommende er innlagt møt vedkommende vilje. Slik deling kan også bidra til å svekke tilliten pasienten har til psykisk helsevern. Det kan også svekke tillit og relasjon mellom pasienten og pårørende, dersom det blir slik at sykehuset deler sensitiv informasjon med pårørende uten at pasienten selv ønsker det. Det er også belastende for pårørende å få informasjon som pasienten selv ikke ønsker at skal deles. Ikke minst kan det være belastende i en allerede vanskelig situasjon, indirekte å få ansvaret for å følge opp dersom det er behov for å klage på tvangsmidler og tvangsbehandling.

Samlet sett har ombudet vanskelig for å se at å pålegge sykehuset plikt til å dele personsensitiv informasjon til nærmeste pårørende om tvangsmidler overfor pasienten selv og om pasientens egen behandling, oppfyller krav til nødvendighet og

forholdsmessighet, når pasienten motsetter seg deling. Vår vurdering er imidlertid at det er uheldig at pasienten ikke har rett til å få dekket kostnadene til advokathjelp som kan bistå i klage på beltelegging. I praksis er det få slike klager som behandles av kontrollkommisjonene, og det kan ha sammenheng med at advokatkostnader ikke dekkes, med mindre kontrollkommisjonen finner grunn til å oppnevne advokat i beltesaker. Hvor ofte kontrollkommisjonen oppnevner advokat på statens regning i klager på beltesaker, er ombudet ikke kjent med, men gitt at dette er en lite kjent mulighet og at det er relativt få som klager på beltevedtak, har vi grunn til å tro at det forekommer sjelden.

Ombudets syn er derfor at det er alternativ 1 som best balanserer de ulike hensynene som deling av informasjon med pårørende skal ivareta, og støtter ikke forslaget i alternativ 2 om å oppheve pasientens reservasjonsrett i disse tilfellene.

LDO viser ellers til vårt brev til helse- og omsorgsdepartementet fra desember 2025 om behov for tilgang til beslutningsstøtte i tråd med kravene i CRPD artikkel 12.3 for personer som risikerer tvang i møte med psykisk helsevern. Vi er glade for at Helsedirektoratet har fått inn i sitt oppdragsbrev for 2026 å videreføre arbeidet med å utrede systemer for beslutningsstøtte og for at det skal settes i gang piloter ved enkelte akuttpsykiatriske avdelinger.

Beslutningsstøtteordninger vil i disse tilfellene utgjøre en form for tilrettelegging som i praksis vil gjøre det mulig for pasientene å utøve sin autonomi på lik linje med andre så vidt mulig, både for å unngå tvunget psykisk helsevern og for å ivareta rettssikkerhet herunder klagerettigheter under gjennomføring av tvungent vern. Både av hensynet til den enkelte med psykisk funksjonsnedsettelse og av hensyn til pårørende er det vesentlig at personen har tilgang på andre støttepersoner som kan bidra til å ivareta pasientens rettssikkerhet. Å overlate denne rollen til pårørende mot pasientens vilje kan som nevnt ovenfor å forsterke konfliktnivå og svekke relasjon med nærmeste pårørende.

Den mest nærliggende måten å styrke rettssikkerhet på i beltesaker, er å styrke tilgangen på fri rettshjelp til pasient som legges i belter. For at pasientens rett til å benytte seg av advokat i klage på belter skal bli en rett som i praksis kommer pasienten til gode, er det helt avgjørende å sikre tilgang til et minimum antall med fri rettshjelp i slike klagesaker for kontrollkommisjon. Videre bør departementet vurdere om kontrollkommisjonens rutiner for å håndtere slike saker ivaretar behov for rask og grundig prøving, og om gjeldende rett sikrer tilgang til domstolsprøving av

lovmessigheten av tvangsmiddelbruk og tvangsmedisinering i tråd med menneskerettslige krav.

Krav til bosted ved overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold – merknader til utkast til § 14

Det går fram av den gjeldende forskrifta § 11 siste ledd at tvunget vern uten døgnopphold i institusjon (TUD) ikke kan etableres eller gjennomføres dersom pasienten er «bostedsløs». Begrepet er ikke definert i regelverket.

Departementet foreslår at det i stedet skal gå fram av den nye forskriften at TUD ikke kan etableres når pasienten «mangler et sted å bo».

Departementet skriver i høringsnotatet også følgende på side 12 i høringsnotatet:

«Departementet legg til grunn at bustad i denne samanhengen skal forståast som eigen heim (eigd eller leigd), helseinstitusjon og, heilt unntaksvis, institusjon i kriminalomsorga, opphald på hospits eller liknande eller midlertidig opphald hos familie og vennar.

Departementet viser til vilkåret i psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd, om at pasienten bare kan overføres til TUD når dette er et bedre alternativ for pasienten.

Vi er bekymret for at denne regelen som gir vidt rom for skjønn, ikke er tilstrekkelig til å sikre mot at pasienter blir skrevet ut uten adekvat botilbud.

Som anerkjent av departementet høringsnotatet punkt 4.8 vil pasienter som er aktuelle for overføring til tvang uten døgnopphold (TUD), ofte mangle eget sted å bo, og det kan være tvil og uenighet om hva som er egnet bosted under gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 11 om rett til adekvat levestandard, omfatter også boforhold, og departementet drøfter ikke om og eventuelt hvordan «opphold på hospits eller hos familie og venner» kan være egnet til å sikre adekvate boforhold for denne gruppen, som er i en særlig sårbar fase like etter utskrivning fra tvungent døgnopphold i psykisk helsevern. Forslaget har også en side til CRPD artikkel 19 om retten til å bo og leve selvstendig som ikke er drøftet.

Vi viser vår innledende overordnede merknad om at vi savner utredning av menneskerettslige konsekvenser av forslagene.

Det fremgår også av Helsedirektoratets rapport om kontroll med tvangsbruk at kontrollkommisjoner i 2024 har varslet Statsforvalter om ferdigbehandlede pasienter

som ikke utskrives fra døgnpost på grunn av manglende forsvarlig boligtilbud fra kommunen. [\[25\]](#)

LDO savner en avklaring av hva departementet ønsker å oppnå med denne endringen i formuleringen av vilkår om bosted før utskriving, og en avklaring av hvilken konsekvens endringen er forventet å få i praksis

Vi viser til at Forskriften § 7 beskriver plikt til samarbeid mellom institusjon som er ansvarlig for oppfølging pasienter som er under tvungent vern uten døgnopphold (TUD) og kommunale helse og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Et alternativ kunne være å vise uttrykkelig til denne samarbeidsplikten omfatter plikt til å sikre pasienter som er under TUD et forsvarlig og egnet botilbud av en viss varighet i tråd med menneskerettslige krav.

Andre merknader

Utkast til § 5 og 48

Det klargjøres at institusjonen må sørge for at kontrollkommisjonene har tilgang til en samlet oversikt over vedtak som har gjort for den enkelte pasient får en bestemt periode og gjennomføring av særlig inngripende tiltak.

I utkast til § 48 klargjøres at kontrollkommisjonen skal kontrollere alle vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern.

Vi savner at det klargjøres i § 5 eller § 48 at kontrollkommisjonen også har en *plikt* til å vurdere alle inngripende vedtak overfor en pasients *samlet*, og plikt til å kontrollere gjennomføringen av særlig inngripende tiltak.

Vi stiller også spørsmål ved § 48 3 punktum hvor det fremgår at kontrollen kan gjøres av *ett* kommisjonsmedlem. Mener departementet at det er tilstrekkelig at et lekmedlem alene kontrollerer vedtaket om tvangsmedisinering?

Vi stiller også spørsmål ved at departementet foreslår å fjerne plikten i gjeldende § 30 tredje ledd til uoppfordret å melde bruk av skjerming eller tvangsmiddel til kontrollkommisjonen. Mange kontrollkommisjoner arbeider i praksis under stort tidspress med å kontrollere et stort antall vedtak, og å søke i DIPS har kommisjonene og de enkelte medlemmene i praksis varierende erfaringer med og ferdigheter til. Vi kan blant annet derfor ikke se at den elektroniske tilgangen som kontrollkommisjonene har til alle tvangsvedtak, gjør plikten til uoppfordret å melde til kontrollkommisjon om tvangsvedtak og skjermingsvedtak med varighet over lengre overflødig. Vi vil heller oppfordre til at departementet klargjør og strammer inn tidsrammen for når institusjon uoppfordret skal sende slik melding til

kontrollkommisjonen. Vi foreslår også at departementet vurderer å klargjøre i forskrift at kontrollkommisjonen har plikt til å snakke med pasienter som ligger i belter eller er skjermet under sin velferdskontroll, dersom pasient ønsker det.

Utkast til § 27

Det står nå i forslag til § 27 første ledd «Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandling». Tidligere stod det «i behandlingsøyemed».

Vi antar at meningen er som før, å få frem at tvangsmidler ikke kan brukes som et behandlingstiltak i seg selv. Er det fortsatt lov til å bruke tvangsmidler for å få gjennomført en behandling? Endret ordlyd er ikke egnet til å skape klarhet om dette, tvert imot. Praktisk tilfelle er at det brukes fastholding eller belter for å gjennomføre tvungen ernæring overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Videre er det ikke få medisineringsvedtak/depotinjeksjoner som i praksis gjennomføres med bruk av fastholding, og da er foreslåtte ordlyd ikke klargjørende.

Vi savner også en klargjøring av at det må fattes særskilt vedtak om bruk av tvangsmidler, slik som fastholding, ved gjennomføring av tvangsbehandling etter phvl § 4-4. Gjeldende ordlyd omtaler bare når vedtak om tvangsmidler kan fattes av avdelingsansvarlig i stedet for av faglig ansvarlig. Den sier imidlertid ikke at særskilte vedtak må fattes. Mangel på slikt vedtak var en av de feilene som gjorde at staten ble dømt for menneskerettsbrudd i Eidsvik-dommen.^[26] Den nye forskriften er en nærliggende anledning til å klargjøre denne plikten til å fatte særskilt vedtak om tvangsmidler, blant annet for å unngå tilsvarende brudd.

I utkast til § 51 foreslås det at kontrollkommisjonen *kan* prøve alle sider av saken ved kontroll etter pasient og brukerrettighetsloven § 4-6 om beslutning om helsehjelp for alvorlig sinnslidelse som pasienten ikke motsetter seg. Vi stiller spørsmål ved hvorfor det her står *kan* i stedet for *skal*, se også § 51 siste ledd om at kontrollkommisjonen skal oppheve beslutningen dersom de finner at lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

Aktuelle spørsmål som ikke regulert i forskriftsutkastet:

Vi foreslår at departementet vurderer behovet for en nærmere regulering av ECT uten samtykke. Lovvedtaket 2025 ny § 4-4 b setter rammene for bruk av ECT og klargjør vilkår at «unntattelse av å gjennomføre behandlingen i løpet av få uker vil medføre

alvorlig fare for pasientens liv» og at «pasienten ikke motsetter seg slik behandling»,
[\[27\]](#) For å sikre mot utglidning i praksis og ulik praksis burde det også vært drøftet

nærmere hva som ligger i vilkåret om at pasienten ikke kan motsette seg slik behandling, for at behandlingen med ECT som livreddende tiltak skal være lovlig. Vi savner for eksempel at det avklares uttrykkelig at dersom pasienten må legges i belter for at ECT kan gjennomføres, er ikke dette i tråd med kravet om at ECT ikke kan utføres overfor pasienter som motsetter seg slik behandling.

Med vennlig hilsen

Bjørn Erik Thon

Likestillings- og diskrimineringsombud

Guri Hestflått Gabrielsen
Fagdirektør

Fotnoter:

^[1] [Høyring om forslag til ny psykisk helsevernforskrift](#)

^[2] [Instruks om utredning av statlige tiltak \(utredningsinstruksen\) - Lovdata utredningsinstruksen.pdf.pdf](#)

^[3] [Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bedre beslutningsgrunnlag og behandling\) - Lovdata](#) § 4-2 a Løpende vurdering av om lovens vilkår er oppfylt

^[4] [Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bedre beslutningsgrunnlag og behandling\) - Lovdata](#) se § 4-4 b bokstav b

^[5] [Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bedre beslutningsgrunnlag og behandling\) - Lovdata](#) se § 4-2 a

^[6] EMD 15 september 2020 saksnr 45439/18. [AGGERHOLM v. DENMARK](#)

- [7] EMD 31 mars 2026 saksnr 10297723 [MAKKI v. DENMARK](#)
- [8] Se også omtale av denne dommen i LDOs rapport [Inkorporering av CRPD : Likestillings- og diskrimineringsombudets anbefalinger om norsk rett og praksis](#) på side 72.
- [9] [CRPD/C/NOR/CO/1](#) se para 24
- [10] [FN-konvensjonen om rett til menneske med nedsett funksjonsevne \(CRPD\) - regjeringen.no](#)
- [11] [Besoksrapport-Sykehuset-i-Vestfold-2025.pdf](#)
- [12] [1680b37399](#)
- [13] NOU 2019:14 side 267.
- [14] NOU 2019.14 på side 479
- [15] [horingsnotat-oppfølging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget.pdf](#)
- [16] [Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway - The Lancet Psychiatry](#)
- [17] Etter det vi er kjent fortsetter tilnærmingen i prosjektet Åpen dør policy som arbeidsmåte i akuttpostene på Lovisenberg. Imidlertid er forsknings- og innovasjonsprosjektet på arbeidsmåten avviklet.
- [18] Denne saken i DM beskriver problemet. <https://www.dagensmedisin.no/lov-og-rett-psykisk-helse-psykisk-helsevern/domte-til-psykisk-helsevern-tar-opp-dognplasser-fra-pasienter-med-voldsrisiko/718528>
- [19] NOU 2019:14 side 221.
- [21] [1680b37399](#) para 191
- [22] [1680b37399](#) para 191
- [23] Statistikken fra 2024 viser at 11 av 125 klager på bruk av mekaniske tvangsmidler ble tatt til følge [Klager på gjennomføringsvedtak \(kapittel 4-vedtak\) - Helsedirektoratet](#)
- [24] [1680b37399](#) Para 195
- [25] [Kontrollkomisjonenes velferdskontroll i 2024 - Helsedirektoratet](#) kapittel 3
- [26] Borgarting lagmannsrett 30 januar 2026.
- [27] [Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. \(bedre beslutningsgrunnlag og behandling\) - Lovdata](#) § 4-4 b