
Beltelegging og legeansvar

INVITERT KOMMENTAR

LARS LIEN

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin, professor ved Høgskolen i Innlandet og rådgiver ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SOLVEIG REITAN

Solveig Reitan er spesialist i psykiatri, avtalespesialist ved Klinikk Kognito og professor ved NTNU. Hun er nestleder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Beltelegging av psykiatriske pasienter kan være nødvendig for å hindre skade. Samtidig har leger en sentral rolle i å overvåke og begrense bruken av tvangsmiddelet.

Sivilombudet har nylig uttrykt bekymring rundt bruken av beltelegging ved psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Østfold, særlig at enkelte pasienter ligger lenge i belter [\(1\)](#). Som Sivilombudet påpeker, innebærer den omtalte praksisen høy risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling i henhold til Den europeiske menneskerettskonvensjon. I Norge er det straffbart å begrense en persons frihet [\(2\)](#). Psykisk helsevernlovens § 4-8 åpner likevel for at man kan beltelegge en person «når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting» [\(3\)](#). Beltelegging er ett av flere tvangsmidler som brukes i psykiatriske sykehus i Norge. De andre er fastholding, isolering og medisinerings med korttidsvirkende legemidler.

Det er gode grunner til at man har en lovregulert mulighet til bruk av tvangsmidler, inkludert beltelegging. Hjernesykdom, som psykose, mani og delirium, samt enkelte utviklingsforstyrrelser, forgiftning og rus, kan påvirke menneskets atferd uten at

mennesket selv har kontroll over det. Atferden kan være til fare for både en selv og andre, og for å verne den som er rammet og omgivelsene, kan det bli behov for å begrense den rammede personens frihet.

I 2023 ble flere enn 27 000 pasienter døgnbehandlet innen psykisk helsevern (4). Av disse ble 9 %, nesten 2 500 pasienter, utsatt for minst ett tvangsmiddel. Samme år var ca. 9 300 personer innlagt på tvang, og prevalensen av psykoselidelser var 2 % (5). Det betyr at 0,004 % av befolkningen totalt, og et klart mindretall av pasienter med tvangsinnleggelse og psykose, utsettes for tvangsmidler. Selv om antallet er lavt, er reduksjon et mål, helst med en nullvisjon.

«De negative psykologiske effektene av å bli beltelagt er mange, med frykt og manglende tillit til behandlere som to av de viktigste»

Beltelegging er juridisk uheldig uansett varighet, og særlig når det blir snakk om flere døgn, da det kan oppstå brudd på andre lover. Det er også et etisk dilemma å legge folk i belter når de er på sykehus, siden mange vil oppleve beltelegging som en straff og ikke som en del av behandlingen. De negative psykologiske effektene av å bli beltelagt er mange, med frykt og manglende tillit til behandlere som to av de viktigste. Dette gjelder særlig dersom man i utgangspunktet er redd, har bristende virkelighetsoppfatning og kanskje er overbevist om at noen vil ta livet av en.

Beltelegging innebærer også en somatisk helserisiko, i verste fall med døden til følge. Over tid kan beltelegging gi nerveskade så vel som hud-, muskel- og skjelettskader. Aspirasjon kan true luftveiene, og hjertet og sirkulasjonssystemet kan påvirkes. Tromboserisikoen øker når man blir liggende i ro over lengre tid. Behandlere må være særlig oppmerksomme på pasientens risikofaktorer, hva pasienten har inntatt av medisiner og rusmidler, samt ernæringsstatus. Grunnen til at pasienten utagerte eller var truende kan i seg selv være somatisk betinget, som ved intoksikasjon eller hjerneslag.

«Beltelegging innebærer også en somatisk helserisiko, i verste fall med døden til følge»

Vi er bekymret for at man på psykiatriske sengeposter ikke er tilstrekkelig bevisst risikoen ved beltelegging. En pasient som er beltelagt, må overvåkes kontinuerlig av kvalifisert helsepersonell. Norsk lovgivning (i motsetning til i andre land) åpner for at andre enn leger, i praksis vil det si psykologspesialister, også kan fatte vedtak om å legge en pasient i belter. I tillegg sikrer ikke psykisk helsevernloven at lege eller sykepleier tilser pasienten. Lovteksten sier *pleiepersonale*, ikke sykepleier, og medisinsk faglig *ansvarlig* kan være psykologspesialist. Helseforetakene må derfor sikre at pasientene som beltelegges, ivaretas også med hensyn til somatisk helserisiko.

Hvor hyppig beltelegging brukes, avhenger av flere andre faktorer enn pasientens sykdom og diagnose. Hvorvidt pasienten tar foreskrevet antipsykotisk medisin og holder seg borte fra rusmidler, spiller inn. Faktorer ved sykehuset kan være bemanning og materielle ressurser. Hvis det er lav bemanning og personalet er redde, har mangelfull kompetanse og trening i å deeskalere truende situasjoner eller i å trygge pasientene, vil man oftere komme opp i situasjoner der man bruker beltelegging.

Bevissthet blant personalet og søkelys på å unngå beltelegging ved å heller ta i bruk andre tilnærminger når det «blåser opp», er viktig. Både kultur, ledelse og holdningene som spesialistene og overlegene i sengeposten har, spiller inn her. Betydningen av faglig trygge ansatte gjenspeiles i at bruk av tvangsmidler øker i sommerferietiden når det er flere uerfarne vikarer (6). Utover dette vil trygge, oversiktlige bygg med tilstrekkelig plass og god trivsel for pasientene være viktige. En nærliggende materiell faktor er tilgangen til beltesenger. Hvis disse er lett tilgjengelige, vil de også brukes oftere. Det kan i tillegg diskuteres om det at også psykologspesialister kan fatte slike vedtak er med på å øke bruken av tvangsmidler. Vi nevner ikke dette fordi vi tror psykologer reflekterer mindre før de handler enn psykiatere, men fordi det vil være kortere vei til å fatte et vedtak når det er flere som kan gjøre det.

Det er altså en rekke faktorer som kan justeres om man vil endre bruken av mekaniske tvangsmidler, og dette må vi være bevisste på. Sivilombudets rapport omfattet også kontrollkommisjonenes rolle. Disse er rettsoppnevnte instanser som skal føre tilsyn med sykehusenes bruk av tvang. Det er helt sentralt at kontrollkommisjonene er uavhengige og har tilstrekkelig kompetanse til å føre nevnte tilsyn. Som psykiatere og ledere i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern, må vi likevel ta et eget ansvar for å redusere beltelegging i Norge.

REFERENCES

1. Sivilombudet. Sivilombudet alvorlig bekymret for langvarig beltelegging ved Sykehuset Østfold. <https://www.sivilombudet.no/pressemeldinger/sivilombudet-alvorlig-bekymret-for-langvarig-beltelegging-ved-sykehuset-ostfold/> Lest 20.6.2024.
2. Lovdata. Straffelovens § 254 Frihetsberøvelse. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-9#%C2%A7251 Lest 20.6.2024.
3. Lovdata. Psykisk helsevernlovens §4-8. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/kap4#kap4> Lest 20.6.2024.
4. FHI. Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2024/aktivitet-phv-2023---spesialisthelsetjenesten.pdf> Lest 20.6.2024.
5. Helsedirektoratet. Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne#resultate> Lest 20.6.2024.
6. Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry* 2018; 72: 24–30. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. juni 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0349

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.