

# Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelse?

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser erkjenner ikke behovet for behandling. Lov om psykisk helsevern gir adgang til innleggelse i sykehus mot eget ønske dersom pasienten løper stor risiko for forverring eller det er fare for liv og helse. De fleste vil være enige om at en slik adgang kan ha sin berettigelse. Mange pasienter har i ettertid gitt uttrykk for takknemlighet for at de i en kritisk periode i sitt liv ble innlagt mot eget ønske, og dermed fikk den hjelp som var nødvendig for å komme gjennom en alvorlig sykdomsperiode uten å ødelegge seg selv og sitt liv. Imidlertid er norsk psykiatri blitt kritisert for at altfor mange blir innlagt under tvang.

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet gir viktige innspill til debatten. Johan Håkon Bjørngaard & Torhild Heggstad (1) har undersøkt hvilke faktorer som kan forklare forskjeller i tvangsinnleggelse mellom avdelinger, mens Ann Færden (2) presenterer erfaringer fra et pionerarbeid i et spesialteam for rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Bjørngaard & Heggstad bygger på tverrsnittsdata for alle norske psykiatriske døgnavdelinger. De finner at 49% av pasientene per 1.11. 1999 var tvangsinnlagt, men understreker at det er betydelig usikkerhet knyttet til dette tallet. Det henger sammen med at en tvangsinnleggelse er en komplisert prosess. Først må innleggende lege personlig vurdere pasientens tilstand og konkludere med at det foreligger (§ 3-3) eller at det er grunn til å anta at det foreligger (§ 3-6) en alvorlig sinnslidelse. Deretter skal ansvarlig overlege ved sykehuset foreta en selvstendig vurdering. Hvis overlegen konkluderer med at grunnlaget for tvangsinnleggelse ikke er til stede, må pasienten få reise hjem hvis ikke hun eller han selv ønsker innleggelse. Vi har i dag ingen oversikt over hvor ofte sykehusene avslår innleggende leges søknad om tvangsinnleggelse. Data fra Østfold tyder imidlertid på at det skjer relativt ofte (Kari Gjelstad, personlig meddelelse). I tillegg kommer at sykehuset når som helst under oppholdet kan oppheve en tvangsparagraf. Denne muligheten benyttes ofte. Derfor er det uheldig at registreringen fra 1999 ikke er klar på om den rapporterte paragraf knytter seg til innleggelsessøknaden, overlegevedtaket ved innleggelse eller registreringstidspunktet.

Denne metodemessige svakheten kan imidlertid ikke overskygge det faktum at en bekymringsfull stor del av pasientene ble tvangsinnlagt. For selv om vi vet at en tvangsinnleggelse kan virke gunstig, er det

minst like klart at mange vil oppleve en slik innleggelse som et ydmykende overgrep. I forhold til dem blir det vanskelig å oppnå den tillit og det samarbeid som er nødvendig for en vellykket behandling. Det gjør at tvangsinnleggelse aldri må få lov til å bli rutine. Derfor gir det grunn til ettertanke at ca. 80% av pasientene i schizofrenigruppen var tvangsinnlagt.

Færden (2) setter problemet i perspektiv: I perioder da langtidspasientene ble dårligere, var det nesten umulig å få plass i andre avdelinger enn i akuttavdelingen. Denne avdelingen var så hardt presset at den brukte behovet for tvangsinnleggelse som inntakskriterium. Pasienter som var villig til å samarbeide om en innleggelse, ble avvist med den begrunnelse at de var for friske. Bjørngaard & Heggstad (1) beskriver tilsvarende fenomen fra Tromsø, og det er tidligere beskrevet fra Ullevål sektor i Oslo (3). En slik praksis vil lett føre til at legene bruker tvangsparagraf også i de tilfellene hvor pasienten selv ønsker behandling. Det er liten tvil om at denne bruken av tvang ikke er i tråd med lovgivers intensjon. Samtidig er det lett å forstå at pressede akuttavdelinger gjør det de kan for å skjerme seg. Akuttavdelingenes dilemma er at de som regel må skrive ut en pasient for å kunne ta imot en ny. Og ofte vil selv den friskeste av de innlagte være så dårlig at det er på kanten av det forsvarlige å skrive vedkommende ut.

Det finnes ikke noen enkel løsning på problemet. Første skritt er at vi aksepterer det faktum at det er for få akutt plasser og for vanskelig for akuttavdelingene å få overført til egnede avdelinger de pasientene som trenger lengre tids behandling. Nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien gikk for raskt og for langt. Det betyr ikke at vi skal bygge opp igjen de store institusjonene. Det vi trenger, er et differensiert tilbud av døgnplasser på ulike nivåer, inklusive sykehjem og kommunale boliger med omsorg. En undersøkelse (3) for noen år siden indikerte at Hedmark hadde færre tvangsinnleggelse enn Oslo fordi det i Hedmark var lettere å tilbakeføre pasienter til primærhelsetjenesten. Dermed fikk akuttavdelingen frigjort plasser, og flere pasienter kunne bli innlagt i en fase hvor de fortsatt hadde innsikt nok til forstå at de trengte hjelp.

Vi må lage et psykiatrisk behandlingstilbud der alle som virkelig trenger det, får tilbud om rask hjelp. Det krever ressurser. Derfor er det viktig at opptappingsplanen for psykisk helse satser på en opprustning av det psykiske helsevern på alle nivåer. Det

sattes særlig på å øke oppbyggingen av tjenester i kommunene. Erfaringer fra Sogn og Fjordane har vist at lokalmiljøene kan gi gode tilbud til mange pasienter som i mange år har vært på et psykiatrisk sykehjem (4, 5). Kommunal satsing burde derfor bidra til å frigjøre institusjonsplasser. Samtidig bør økt satsing på spesialisthelsetjenesten føre til at flere får tilbud om behandling i tidlig fase av sykdommen. Erfaringen fra TIPS-prosjektet (Tidlig intervensjon ved psykoser) viser at tidlig behandling gjør det lettere å bygge en tillitsfull behandlingsallianse. Det burde føre til redusert bruk av tvang både i og utenfor institusjon. Vi som arbeider med evaluering av opptappingsplanen, ser det som en viktig oppgave å få undersøkt om en slik utvikling virkelig finner sted.

*Svein Friis*

Avdeling for forskning og undervisning  
Psykiatrisk divisjon  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

*Svein Friis (f. 1945) er professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo og leder av Norges forskningsråds styringsgruppe for evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse.*

## Litteratur

1. Bjørngaard JH, Heggstad T. Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3369–74.
2. Færden A. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.
3. Brabrand J, Friis S. Tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner. En sammenlikning mellom Hedmark fylke og Ullevål sektor i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1737–9.
4. Martinsen EW, Ruud T, Borge L, Watne Ø, Friis S. The fate of chronic in-patients after closure of psychiatric nursing homes in Norway: a personal follow-up 6 years later. Acta Psychiatr Scand 1998; 98: 360–5.
5. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne Ø, Friis S. Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 52–5.