

Tvangsinnleggelser i psykiatrien

REDAKSJONELT

ROBAK ØH

Avveiningen mellom frihet og tvang har alltid vært vanskelig innen psykiatrien. Hensynet til den enkelte persons rett til å velge skal ivaretas, men samtidig må den sykes behov for å komme under behandling bli tillagt nødvendig vekt.

Da lov om psykisk helsevern kom i 1961, var en av lovens hensikter å gi en åpnere adgang til å anvende frivilliginnleggelse. Senere revisjoner av lov og forskrifter har bidratt til å understreke dette. De to første årtiene med denne loven var klart preget av viljen til å fremme en stadig økende grad av frivillighet. En høy andel frivilliginnleggelser i en institusjon var på mange måter sett som et positivt uttrykk for kvaliteten.

Siden begynnelsen av 1980-årene har utviklingen snudd i store deler av landet, spesielt for innleggelser i dederte akuttavdelinger (1). Jørgen Brabrand & Svein Friis' artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (2) belyser temaet ved å sammenlikne akuttinnleggelser i Hedmark fylke og i en Oslo-sektor. Andelen tvangsinnleggelser i Ullevål-sektoren i Oslo lå i 1991-96 hele tiden rundt 85%, mens den i Hedmark fylke i samme tidsrom falt fra 58% til 48%. Forfatterne reiser spørsmålet om forskjellen kan forklares ut fra forskjellen i psykiatrisk belastning mellom en storby og et fylke med mer spredt bosetning.

Det er neppe tvil om at noe av svaret på den påviste forskjell finnes i den psykiatriske merbelastning som storbyer alltid er utsatt for. Men dette er bare én av flere faktorer som til sammen har medført en beklagelig utviklingsendring.

LOVTEKNISKE PROBLEMER

Selv om loven av 1961 tok sikte på å utvide adgangen til frivillighet, ble den likevel utformet på en måte som satte strenge grenser. Spesielt må nevnes lovens forbud mot endring av innleggingsform fra frivillig til tvungen i løpet av oppholdet, selv i de tilfeller der pasientens utvikling klart indikerer nødvendigheten av dette. Dansk lov har imidlertid alltid rommet en slik konverteringsadgang, og man kan derfor godt "ta en sjanse". Konsekvensen av dette er at man i danske psykiatriske institusjoner stort sett klarer seg med ca. 20% tvangsinnleggelser. Det er sterkt ønskelig at vi tar lærdom av danskernes erfaringer.

KAPASITETSPROBLEMER

Den viktigste årsaken til at man i deler av landet har fått en utvikling lik den i Oslo, er imidlertid å finne i enreell plassmangel i det psykiatriske behandlingssystem. Nedgangen i antall disponible langtidsbehandlingsplasser på langt mer enn 50% over en knapp 20-årsperiode, har vært for stor (3). Forutsetningen for at kapasitetsreduksjonens skulle kunne gjennomføres på en vellykket måte, har vært at det lyktes å etablere andre bo- og behandlingstilbud utenfor de psykiatriske institusjonene, dels i form av vernede boformer, dels ved overføring til det kommunale omsorgsapparat. Denne forutsetningen er ikke i tilstrekkelig grad blitt oppfylt. Brabrand & Friis' arbeid tyder imidlertid på at man i Hedmark har maktet å komme ganske langt, og det er grunn til å gratulere.

Den tyngste og mest ressurskrevende del av psykiatrien knytter seg til de kronisk alvorlig sinnslidende, personer med en psykotisk tilstand som nok til en viss grad kan bedres, men som likevel forblir så dysfungerende at det er nødvendig med et nærmest permanent støtte- og omsorgstilbud. Mange klarer seg med rent polikliniske oppfølgingstiltak, og for dem fungerer det nåværende omsorgssystem brukbart. Men et betydelig antall har behov for mer hjelp og omsorg enn dette, som f.eks. å få bostedsplass i en eller annen form for institusjon. Her er tilbudet for dårlig. Mange kommuner er kommet alt for kort med å overta den delen av omsorgsoppgaven som den nåværende lovgivning forutsetter.

Hvis det stadig er for få disponible langtidsplasser, vil plassene ved akuttavdelingene bli blokkert av langtidspasienter. Det er under slike forhold at man får en utvikling med økende bruk av tvangsparagrafer. Bare de sykeste akutte pasientene får plass i det hele tatt, og det terapeutiske tempo blir skrudd opp til det nær uforsvarlige. Man har rett og slett ikke tid til å gjennomføre eventuelle drøftinger om diagnose og terapivalg.

KOMMUNALE PSYKIATRIPLANER

Hvis denne ulykkelige utvikling skal kunne snus, er det nødvendig at alle kommuner etablerer klart formulerte psykiatriske helseplaner og tilbud. Denne prosessen er nå i gang, og de positive resultatene merkes allerede. Det er imidlertid påtrengende nødvendig at prosessen går fortere, noe som bare kan skje ved en betydelig økt overføring av øremerkede statlige midler til kommunene.

En forutsetning for å lykkes er at det utvikles et tett og nært samarbeid mellom det psykiatriske spesialistapparat på fylkesnivå og den kommunale helse- og sosialtjeneste. Det må etableres pålitelige ansvarskjeder som må bli så solide og innarbeidede at de består i år etter år. Først da vil den hjelpetrengende langtidspatient føle den trygghet som er nødvendig for å klare seg.

Ole Herman Robak

LITTERATUR

1. Rønnow S, Waal H. Økende antall tvangsinnleggelser i psykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2376-80.
2. Brabrand J, Friis S. Tvangsinnleggelser i akutte psykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1737-9.

3. Retterstøl N. Nedbyggingen av de psykiatriske sykehus - skjer det for raskt? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2365-6.

Publisert: 10. mai 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.