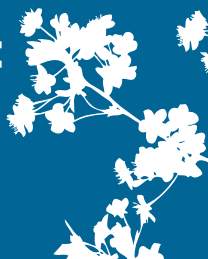


Moderne psykoseforståelse: Konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk

Av Jan Olav Johannessen og Lars Lien



Første gang publisert i Dagsavisen den 3. november 2021.

Hvordan man forstår hva en psykose-lidelse er, og hvordan den utvikles, er avgjørende for den behandling man anbefaler, og for utformingen av lovverket som skal regulere denne behandlingen. Det er av helt grunnleggende betydning at lovgivere, jurister, domstoler, og helsepolitikere er kjent med hvordan vi i 2022 forstår hva en psykoselidelse egentlig er, og hvordan den utvikles.

Dagens lovverk bygger på en gammel dags og utdatert forståelse av hva psykisk lidelse generelt, og psykose spesielt, er.

Vi vet i dag at psykiske lidelser utvikler seg gradvis, i stadier, og at de i stor grad er svar på stressopplevelser i det enkelte individs liv, tidligere og i nåtid. Psykose, på norsk «forvirringstilstand» begynner med at en person føler angst, er trist, urolig, får konsentrasjonsvansker, mister søvnen, snur døgnen osv., og litt uti der kommer det så til et psykologisk sammenbrudd, det

vi på gresk kaller psykose. Psykose er egentlig altså et alvorlig psykologisk sammenbrudd, og blant annet et svar på uheldige livshendelser. Dette kaller vi et dimensjonalt perspektiv på psykisk lidelse, i motsetning til det kategoriske perspektiv. I det kategoriske perspektiv oppfattes den psykiske lidelsen som selvstendige sykdommer, og diagnosene som beskrivelse av enkeltsykdommer. Men, slik er det ikke.

Vi vet i dag, basert på forskning, at diagnoser er flyktige, og at det vi forholder oss til er tilstandsbilder. Vi vet at ingen person passer helt inn i en spesiell diagnose, men har symptomer og trekk på tvers av flere diagnoser. Så selv om vi i daglig klinisk praksis benytter diagnoser, advarer vi mot «silotenkning», det å redusere enkeltmennesket til en diagnose, og anbefaler en transdiagnostisk forståelse og tilnærming til mennesker i psykisk nød.

I forløpet til en psykose vil personen utvikle det vi kaller nærpsykotiske fenomener. Disse fenomenene er

svake sanseforstyrrelser, og forteller om en risiko for senere psyko-seutvikling. Men bare ca. 20% av de som har slike risikosymptomer vil utvikle en psykose. Flere prosjekter har i dag et spesielt fokus på å forhindre en overgang til psykose for disse personene. Det viktigste er å oppdage og behandle disse førpsykotiske fenomenene så tidlig som mulig.

For de som utvikler en psykose, er det av avgjørende viktighet for den fremtidige utvikling, prognosen, hvordan resten av livet skal bli, at de oppdages og diagnostiseres så tidlig som mulig, og behandles så tidlig som mulig. Den tiden det tar fra en person utvikler en psykose og til vedkommende får adekvat behandling, kalles Varighet av ubehandlet psykose (VUP). Lang VUP er sannsynligvis vår viktigste psykisk-helsepolitiske utfordring i Norge og den vestlige verden. Dessverre er VUP i Norge jevnt over ca. 2 år, i USA er den 4 år. Vi vet at dess lenger VUP, dess dårligere prognose, på statistisk nivå. Vi vet at dess lenger VUP, dess flere selvmord, og større risiko for å bruke rus som selvmedisinering. Vi vet og at ved en riktig utforming av helsetilbudet kan VUP reduseres til 4-5 uker (median).

Og, i denne sammenheng, vet vi at dess lengre VUP, dess større sannsynlighet for utvikling av farlighet, og for alvorlig voldsutøvelse. Vi vet at når en første-episode psykose er

ubehandlet, er sjansen for at en person skal begå drap, opptil 15 ganger høyere enn når psykosen er behandlet. Også i mer langvarige forløp er mer farlighet knyttet til at tilstanden er ubehandlet.

Farlighet ved psykoselidelser er noe annet enn rusindusert farlighet, og farlighet relatert til personlighetsforstyrrelser. Psykose er et resultat av for mye følelser, for mye stress. Vi vet fra oss sjøl at dess mer stresset vi er, dess hissigere og mer ukontrollerte blir vi. Hvilke konsekvenser må denne nyere forståelsen av hva psykose er få for vår lovgivning?

1. Lovgiver har ved nylige revisjoner langt på vei fjernet behandlingskriteriet, og gjort farlighetskriteriet enerådende. I en forståelsesramme som presentert her, blir dette helt meningsløst: farlighet er en konsekvens av ubehandlet, eller inadekvat behandlet, alvorlig psykisk lidelse, og dess lenger denne ubehandlede tilstanden får bestå, dess større blir risikoen for alvorlige voldsepisoder. Å ha et farlighetskriterium alene blir i en slik sammenheng uetisk. De australske forskerne Large og Nielssen snakker om «the danger of the dangerousness criterion: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health act». I tillegg øker dette stigma knyttet til alvorlig psykisk lidelse.

2. Omfanget av tvang har økt i Norge hver gang lovgiver har endret loven med den gode hensikt å oppnå mindre tvang. Hvorfor? Tidligere kunne man begynne å behandle en psykotisk person som ikke ville motta behandling umiddelbart etter innleggelse. Så innførte man en ordning hvor pasienten måtte observeres i minst 1 døgn. Hva skjedde? Jo, mer tvangsbehandling, fordi pasientens tilstand ble forverret. Disse revisjonene ble ikke evaluert i ettertid. Så hva gjorde man da videre? Jo, man økte observasjonsperioden til 3 døgn. Og hva skjedde så? Jo, det ble mer tvang. Så økte man observasjonsperioden til 5 døgn, og igjen: tvang øker. Og ingen evaluering av vedtaket

3. Så innfører man det begrepet «samtykkekompetanse», som tolkes veldig ulikt fra sted til sted, i denne sammenheng, for å få mindre bruk av tvang. Men hva har det ført til? Det har ført til at VUP blir lenger, førstegangsbehandling blir kortere, pasientene utskrives tidligere. Vi kan allerede da, på evidensbasert faglig grunnlag si at prognosen blir dårligere, at dette unge mennesket vi har foran oss får dårligere utsikter til å få et godt liv. Hva skjer videre? Jo, foreløpig tall viser at senere innleggelser, reinnleggelser, blir mye lenger, pasientene er dårlige, det blir mer tvang, og samlet psykosevarighet og oppholdstid i sykehus blir lenger.

4. Norsk lovgivning omkring begrepet tilregnelig bygger på det såkalt medisinske prinsipp, dvs at en person som begår en straffbar handling i psykose, blir straffri, men kan dømmes til behandling I andre land har vi det psykologiske prinsipp. Da gjør man en vurdering av hvorvidt psykosen har sammenheng med den aktuelle handling. I en dimensjonal, med dynamisk forståelse av hva psykose er, er det ganske opplagt at psykose i seg selv ikke gir straffrihet. Men, det viktige her er at vi har fått stadig flere som dømmes til behandling. Det forteller oss, i et dimensjonalt perspektiv at disse pasientene er blitt farligere fordi de har fått senere og mer inadekvat behandling. Også dette pga de beste intensjoner: vi må anvende mindre tvang. Og så ble det mer!

Oversikten over hva som skjer med unge mennesker som får en psykoselidelse i Norge, er skremmende liten. Sentrale myndigheter vet f.eks. ikke hvor mange nye tilfeller av psykose vi får hvert år i Norge (insidens), heller ikke hvordan det går med dem. Helsedepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, de lokale helseforetakene, ingen har oversikt over hvor mange pasienter av denne kategori vi har, og det alvorligste: ingen har oversikt hvordan det går med pasientene, hvilke behandlingsresultater vi oppnår. Ingen, absolutt ingen

sentral myndighet eller sykehuseier etterspør hvilke behandlingsresultater vi oppnår i Bergen, i Stavanger, i Oslo, i Trondheim eller Tromsø. Resultatbevisstheten er svært lav, i skarp motsetning til hva man har for alvorlige somatiske lidelser som f.eks. kreft.

Den første betingelse for å ha kvalifiserte meninger om behandling, tvang, frivillighet osv. må jo være at man kan måle resultatet.

Til slutt: mange av debattantene, de sterkeste røstene der ute, tror at det å få en psykose er synonymt med behov for tvangsbehandling. Slik er det ikke. De fleste behandles frivillig, mange uten innleggelse, ofte bare poliklinisk.

Og mange av debattantene snakker om «medisinfri» behandling uten å vite at mange, svært mange, av pasientene med psykoselidelser behandles uten medikamenter, noen fordi de ikke vil, andre fordi de ikke trenger det.

Forskning viser at vi oppnår gode behandlingsresultater ved førstegangspsykose, særlig hvis VUP er kort og pasientene ikke ruser seg, og at farlighet reduseres når personer med psykose får adekvat behandling. Det er på tide å la moderne kunnskap styre lovgivningen.

Jan Olav Johannessen
Professor i psykiatri, Universitetet i Stavanger
Tidligere leder Norsk psykiatrisk forening
jan.olav.johannessen@sus.no



Lars Lien
Professor i psykiatri, Høgskolen i Innlandet
Leder Norsk psykiatrisk forening
lars.lien@sykehuset-innlandet.no

