

*Å avgjøre om en pasient  
«utgjør en nærliggende og alvorlig  
fare for eget eller andres liv  
eller helse» er vanskelig*

# Vill og gal – mytene vi helst fortrenger

Alvorlig psykisk lidelse, også kalt sinnslidelse eller mer folkelig omtalt som galskap, sees sjelden i akutt form. Som lege husker du for alltid den første pasienten du møtte med alvorlig realitetsbrist i en akuttsituasjon. Et bisart verdensbilde og en eksentrisk atferd kan tåles av de fleste mennesker. Men når barn og nærstående vergeløse ikke kan tolke atferden til en pasient med psykose og heller ikke kan beskytte seg mot uforutsigbare handlinger, må legen treffe tiltak i samsvarende med egen faglig vurdering.

Det vanskeligste i psykiatrien er fortsatt å vurdere om pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», slik loven om psykisk helsevern uttrykker det (1). Kirsten Rasmussen & Sten Levander gir i dette nummer av Tidsskriftet en verdifull og kritisk oversikt over litteratur om aspekter knyttet til voldshandlinger og alvorlig psykisk lidelse (2). De konkluderer med at det er høyere risiko for voldsutøvelse ved alvorlig psykisk lidelse, særlig for kvinner. Rasmussen & Levander påpeker at symptomene ved en akutt psykotisk episode og seponering av forebyggende antipsykotisk medikasjon er utslagsgivende risikofaktorer, og understreker at misbruk av rusmidler og/eller antisosial personlighetsforstyrrelse sammenfallende med psykose er de sterkeste prediktorer for voldshandlinger. Kirsten Rasmussen ledet i sin tid det statlig oppnevnte utvalget som vurderte drap og andre voldshandlinger foretatt av sinnslidende i perioden 1994–96, og viser til store metodologiske svakheter i det meste av tidligere publisert materiale.

I dag har den enkelte lege lite presise diagnostiske instrumenter til hjelp i farlighetsvurderingen av pasienter med psykotiske symptomer. Konsekvensen av en feilaktig vurdering kan innebære et dreiningspunkt for flere liv. I kliniske retningslinjer for utredning og behandling av pasienter med schizofreni anbefales det at man tar i betraktning «tidligere vold, både som utøver og offer» (3). Risiko for voldshandlinger utøvd av den voksende gruppe pasienter med schizofreni og rusmisbruk («dobbeltdiagnose») fremheves ikke ofte. Avspeiler den høye andelen av pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp under tvungent psykisk helsevern at vurderingen av risiko for voldshandlinger er spesielt krevende og vanskelig? Kunne bedre kontinuerlig oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse avverget det økende antall voldshandlinger?

En av de foreslåtte kvalitetsindikatorer for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er la-

vest mulig andel pasienter innlagt under tvang og minst mulig bruk av tvang i behandlingen. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenesten har kompetanse i å diagnostisere symptomer for akutt psykose og trening i å vurdere risikofaktorer for voldsutøvelse. Erfarne sykepleiere og miljøarbeidere ved psykiatriske institusjoner «leser» truende atferd hos pasienter med hjerneskade og psykose. Denne kompetansen må verdsettes høyere.

Psykiatrien blir nå avkrevd høyere tempo i poliklinisk behandling, institusjonsplasser skal desentraliseres, og det skal brukes mindre tvang. Samtidig må kravet komme om bedret kvalitetssikring i farlighetsvurdering. Bredere og mer systematisk forskning om risiko for voldshandlinger ved psykiske lidelser må prioriteres. Ferdighetstrening i farlighetsvurdering må inngå i utdanningen av leger, psykologer og sykepleiere.

*Marit Bjartveit Krüger*  
Psykiatrisk klinikk  
Sykehuset Levanger  
7600 Levanger

*Marit Bjartveit Krüger (f. 1952) er spesialist i psykiatri og avdelingsleder ved Psykiatrisk klinikk i Levanger. Hun er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomité.*

## Litteratur

1. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Rundskriv I – 10/2001. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
2. Rasmussen K, Levander S. Schizofreni og vold. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2303–5.
3. Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. IK – 2726. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.