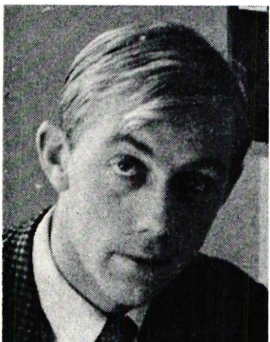


Sosiale faktorerers betydning for retensjon i psykiatrisk sykehus



Ole Herman Robak



Henry Larsen

Innledning

Samvirket mellom sosiale og psykiske faktorer er erkjent siden tidenes morgen. I dag er utforskningen av dette samvirke gjenstand for stadig økende interesse.

Meget av denne interessen konsentrerer seg om de ugunstige sosiale faktorerens rolle som årsak til psykisk patologi. Det foreligger en rekke arbeider som forsøker å belyse dette, på basis av store materialer undersøkt med epidemiologisk metodikk. Nevnes kan arbeidene til Nyhus og Sundby fra Oslo by, Ødegaard som tar for seg Norges sinnssykestatistikk, og Hollingshead og Redlich fra USA. I disse arbeidene har man beregnet fore-

Ett flertal undersøkingar har visat førekomsten av ett samband mellom ogynnsamma sociala faktorer og psykisk sjuklighet. Ju lågre ned på den sociala rangskalan, desto større førekomst av psykiska sjukdomar. Vid värderingen av dessa resultat måste man dock uppmärksamma möjligheten av en felkälla, som består däri, att vissa patienter kan ha vistats på sjukhuset av mer eller mindre rent sociala orsaker.

Med frågan om hur ofta detta kan ske har författarna företagit en undersökning av klientelet på den manliga avdelningen på Opdøl psykiatriska sjukhus i Norge. Resultatet gav vid handen att sociala orsaker spelade föga roll vid inskrivningen men betydligt större roll som hinder för utskrivningen. Vid tiden för undersökningen bedömdes cirka 17 % uppehålla sig på sjukhuset av övervägande sociala skäl.

I ett allt övervägande antal fall var vistelsen frivillig.

De dominerande sociala hindren för utskrivning var brist på bostad, lämpligt arbete eller nödvändigt miljöstöd. Rent ekonomiska orsaker syntes däremot spela en underordnad roll.

Författarna diskuterade slutligen resultatet med hänsyn till det perspektiv det ger ifråga om sociala reformbehov.

Artikeln är tidigare publicerad i den norska tidskriften Sosionomen. Ole H. Robak är överläkare och Henry Larsen sosialkurator vid Opdøl Sykehus, Molde, Norge.

komsten av sinnslidelser, målt etter antall innleggelser i, evt. antall pasienter i psykiatrisk sykehus, i relasjon til antall individer i de forskjellige sosiale grupper. Slike undersøkelser har alle vist en økende hyppighet av sinnslidelser etter som det går nedover på den sosiale rangstige. Dårligst går det for den som er uten familie og miljø, uten utdannelse og jobb, uten enhver form for positiv status.

Det er ingen grunn til å betvile riktigheten av tallene i slike undersøkelser, og man kan uten videre godta konklusjonen om at det er en sammenheng mellom sosial lidelse og sinnslidelse. Men vi tror likevel at det i slike materialer foreligger

en mulighet for feiltolkning som kan gjøre denne konklusjonen noe for tydelig:

Man har muligens tatt det for gitt at alle pasienter som befinner seg i psykiatrisk sykehus er der fordi de er alvorlig mentalt syke. Man har tatt selve oppholdet i sykehus som garanti for at det medisinske grunnlag er i orden.

Vi har ønsket å granske dette noe nærmere. Vår spørsmålsstilling har kort og godt vært: Hvorfor er pasienter i psykiatrisk sykehus? Er de der alltid på hva man kan kalle medisinsk grunnlag? Eller forekommer det at de er der på mer eller mindre rent sosialt grunnlag?

Vi kan allerede på dette tidspunkt svare at vi selsagt vet at retensjon på sosialt grunnlag forekommer. Alle som arbeider innen psykiatrien vet dette, selv om de muligens nødig vil innrømme det. Det vi vil forsøke å belyse i dette arbeidet, er *hvor hyppig* det finner sted.

Materiale og metode

Vi har foretatt en undersøkelse av klientelet på mannsavdelingen ved Opdøl Sykehus (regionalt psykiatrisk sykehus for Møre og Romsdal). Materialet består av alle menn innskrevet etter 1.1.61 og gjenværende i sykehuset pr. 31.1.69, tilsammen 145 menn.

Valget av 1.1.61 som bakre grense for materialet skyldes at dette var datoen for innføringen av den statlige uføretrygd, en hending med avgjørende innflytelse på det sosialpsykiatriske bilde. Senere har det ikke skjedd noen revolusjon på den sosiale front. Vi har fått en ny lov om sosial omsorg, med en rekke forpliktelser og løfter. Men ingen av denne lovs pragrafer har hittil fått noen inngrepene innflytelse på den psykiatriske pasients sjanser i eller utenfor institusjon. Vi har således et pasientmateriale som kan vurderes mot en relativt homogen sosialpolitisk bakgrunn.

Pasienter gjeninnskrevet etter 1.1.61 er tatt med, likeså pasienter overført til Opdøl fra andre sykehus. Det vil si at vi har med en del utpregete langtidspasienter i materialet, folk med 20—30 års hospitalisering. Disse tilfører materialet en viss skjevhet. Men hovedtyngden utgjøres av pasienter med en hospitaliseringstid under 10 år.

Det er ikke foretatt noen detaljert diagnostisk klassifisering. Årsaken er at vårt diagnostiske system er svært lite presis, spesielt for de såkalt funksjonelle sinnslidelser. Den eneste oppsplitting som kan foretas med akseptabel presisjon, er mellom sinnslidelser som har et organisk grunnlag og de som må kalles funksjonelle, og dette er da også foretatt i dette materiale.

Enn videre har vi foretatt en enkel sosial klassifikasjon, basert på utdannelsesnivå. Klassifikasjon etter økonomisk status er ikke foretatt, til tross for at dette nok ville ha vært verdifullt. Vi har imidlertid inntrykk av meget god korrespondanse mellom utdannelsesnivå og økonomisk status. Ekteskapelig status, en faktor som er lett å fastslå, er tatt med.

Hele materialet er vurdert som en tverrsnittsundersøkelse pr. 31.1.69. Alle vurderinger referer til denne dato. For samtlige 145 menn i materialet ble spørsmålet stilt: Er han i sykehuset på medisinsk eller sosialt grunnlag?

Allerede under det forberedende arbeide ble det klart at det her ikke nyttet med en enten/eller-sortering. For enkelte pasienter kunne en så enkel problemstilling være adekvat. Men i mange tilfelle måtte det foretas en avveining, fordi de medisinske og sosiale faktorer tilsammen ga grunnlaget for at vedkommende pasient måtte forbli i sykehuset.

For å muliggjøre en elastisk vurdering laget vi en 6—0-skala, som ble brukt slik: Hvis vedkommende var i sykehuset på rent medisinsk grunnlag, dvs. at hans sinnslidelse i seg selv ga full begrunnelse for oppholdet, ble dette bedømt som "6—0". Motpolen til dette var en mann som oppholdt seg i sykehuset på rent sosialt grunnlag, dvs. at hans sinnslidelse (hvis sådan forefantes) overhodet ikke ga noe grunnlag for retensjon: dette ble bedømt som "0—6". Hvis de medisinske og sosiale faktorer ble vurdert å veie like tungt, ble scoren "3—3". Vektall 5—1 var uttrykk for overveiende medisinsk retensjonsgrunnlag, med et visst islett av sosiale faktorer. Vektallet 1—5 fortalte på den annen side om et overveiende sosialt retensjonsgrunnlag, med et visst islett av medisinske faktorer. Vektallene 4—2 og 2—4 ble

sammen med 3—3, ført til gruppen "blandet medisinsk/sosialt retensjonsgrunnlag".

Vi har undersøkt hvorvidt vedkommende mann oppholdt seg frivillig eller ikke i sykehuset pr. 31.1.69, og dette er så blitt korrellert med retensjonsgrunnlaget.

De menn som ble funnet å være i sykehuset på overveiende sosialt grunnlag, ble nærmere undersøkt og bedømt. Vi forsøkte her å splitte de sosiale faktorer opp i en rekke undergrupper. Først ble sekkebegrepet "sosiale faktorer" splittet opp i det vi har kalt "indre faktorer med sosial implikasjon" og "ytre sosiale faktorer".

Det kan virke underlig å regne "indre faktorer" med under samlebetegnelsen sosiale faktorer. Man vil uvilkårlig tenke at slike faktorer vel må høre inn under de medisinske. Men det er slett ikke alltid så, i hvert fall ikke hvis vi skal holde oss innenfor de tradisjonelle rammer, slik vi bl.a. finner dem i Lov om psykisk helsevern og Lov om sosial omsorg. Slik disse lovene tolkes i dag er det nemlig god latin å hevde at det man kaller "karakteravvik", "sosialt avvik" og "psykopati" ikke egentlig kommer inn under rammen for psykisk helsevern. Slike avvik går f. eks. ikke inn under begrepet "alvorlig sinnslidende", som er det enesete grunnlag for retensjon av folk mot deres vilje i psykiatrisk sykehus. Problemer som skyldes en persons ubehagelige eller vanskelige karakter skal i følge lov og praksis takles av det sosiale apparat eller rettsvesenet, ikke av helseapparatet. Man strides for tiden om hvor vidt dette egentlig er en fornuftig sonndring, og meget taler for at det bør skje en endring i ansvarsfordelingen. Men slik er praksis idag.

Gruppen "ytre faktorer" er lett å definere og plassere. Den omfatter de sosiale tilbud og funksjoner som må til for at man skal kunne klare seg utenfor sykehus, og som altså mangler for manges vedkommende. Denne gruppen er splittet opp i 5 undergrupper. De points som den enkelte scoret under samlebetegnelsen sosiale faktorer, ble først fordelt mellom de indre og ytre faktorer, og sistnevnte score ble så viderefordelt på undergruppene.

Alle disse scoringer og score-fordelinger måtte

foretas ved hjelp av skjønn. Vi kom dels fram til resultatet i fellesskap, dels scoret vi hver for oss og sammenholdt så resultatet. Da overensstemmelsen viste seg å være meget god, fant vi det berettiget å anvende felles-scoring i de fleste tilfelle.

Resultat og kommentarer

De 145 menn, innskrevet etter 1.1.61 og innværende i Opdøl Sykehus pr. 31.1.69, fordelte seg slik:

Tabell 1. Innskrivnings/retensjonsgrunnlag for manns-pasienter i Opdøl sykehus 31.1.69, innskrevet etter 1.1.69

Innskrivnings/ retensjonsgrunnlag	Ved inn- skrivningen	Retensjon pr. 31.1.69	Gj.snitts- alder pr. 31.1.69
Overveiende medisinsk	87 % (126)	78 % (113)	52 år
Blandet medisinsk/sos.	11 % (16)	6 % (9)	42 år
Overveiende sosialt	2 % (3)	16 % (23)	43 år
I alt	100 % (145)	100 % (145)	49 år

Av tabellen fremgår att sosiale grunner spilte en relativt underordnet rolle ved innskrivningen. Annerledes forholder det seg for retensjonen pr. 31.1.69: For hele 16 % ble retensjonen funnet å være overveiende sosialt begrunnet (score "1—5" og "0—6").

Tabellen viser også at det her dreier seg om en relativt ung klientgruppe, gjennomsnittsalder 43 år.

Tabell 2. Fordeling frivillig/ufrivillig retensjon pr. 31.1.69:

Retensjonsgrunnlag	Frivillig	Ufrivillig
Overveiende medisinsk	44 % (63)	34 % (50)
Blandet medisinsk/sosialt	5 % (8)	1 % (1)
Overveiende sosialt	15 % (22)	1 % (1)
I alt	64 % (93)	36 % (52)

Tabell 2 viser at majoriteten (22 av 23) av

denne "sosialretensjonsgruppen" erklærte at de var i sykehuset på frivillig grunnlag. Dette betyr imidlertid ikke at de ønsket å være i sykehuset, det betyr kun at de erkjente at de for tiden ikke hadde noen annen utvei. Hvis de sosiale forhold hadde ligget slik til rette at de hadde kunnet reise, ville de ha ønsket dette (noen få under en viss tvil).

Tabell 3. Diagnostisk fordeling blant de retinerte pr. 31.1.69:

Retensjonsgrunnlag	Organisk sinnslidelse	Funksjonell sinnslidelse
Overveiende medisinsk	13 % (19)	65 % (94)
Blandet medisinsk/sosialt	0 % (0)	6 % (9)
Overveiende sosialt	1 % (1)	15 % (22)
I alt	14 % (20)	86 % (125)

Av tabell 3 fremgår att problemet "retensjon på sosialt grunnlag" i alt vesentlig knytter seg til de såkalt funksjonelle sinnslidelser, hvilket er som forventet.

Tabell 4. Fordeling etter utdanning blant de retinerte pr. 31.1.69:

Retensjonsgrunnlag	Grp. A	Grp. B	Grp. C
Overveiende medisinsk	4 % (6)	17 % (25)	57 % (82)
Blandet medisinsk/sos.	1 % (2)	0 % (0)	5 % (7)
Overveiende sosialt	0 % (0)	3 % (4)	13 % (19)
I alt	5 % (8)	20 % (29)	75 % (108)

(Grp. A: Utdanning på artiumnivå eller høyere.
Grp. B: Realskole eller tilsvarende, evt. fagutdanning (håndverk).
Grp. C: Ingen utdanning utover folkeskolen, ingen fagutdanning.)

Tabell 5. Sivilstand innen materialet

Retensjonsgrunnlag	Ugift	Gift	Enkem.	Skilt/sep.
Overveiende medisinsk	58,0 % (84)	14,5 % (21)	5,0 % (7)	0,5 % (1)
Blandet medisinsk/sosialt	5,5 % (8)	0 % (0)	0,5 % (1)	0 % (0)
Overveiende sosialt	12,0 % (17)	0,5 % (1)	0,5 % (1)	3,0 % (4)
I alt	75,5 % (109)	15,0 % (22)	6,0 % (9)	3,5 % (5)

Av tabell 4 fremgår med all ønskelig tydelighet at retensjon på sosialt grunnlag er noe som først og fremst rammer den uskolerte, den ikke faglærte. Det er han som har vanskelig for å få jobb, det er han som ikke har grunnlaget for videre spesialopplæring, det er han som er taperen i vårt velferdssamfunn.

Tabell 5 viser at den som har en ektefelle å vende tilbake til, er den som har best sjanse til å komme ut av sykehuset når den medisinske tilstanden tillater det (bare 1 av 22 gifte menn er retinert på overveiende sosialt grunnlag). Verst stilt er de fraskilte/separerte. Et positivt og kanskje noe forbausende trekk er imidlertid at denne gruppen er så liten. I hvert fall i Møre og Romsdal synes altså pasient-hustruene å være relativt trofaste også i de vonde dagene.

Tabell 6. Score-fordeling for de forskjellige sosiale faktorer innen gruppen "overveiende sosialt retensjonsgrunnlag"

"Indre faktorer med sosial implikasjon" (atferdsavvik, asosialitet)	40 points
Ytre sosiale faktorer	86 points
Herav: Mangel på adekvat bosted	45 pts.
Mangel på arbeide	15 "
Manglende miljøstøtte	18 "
Økonomiske vansker	2 "
Andre faktorer	6 "

Tabell 6 viser hvilken rolle de forskjellige sosiale faktorer spiller. Her er talt sammen "socialscoren" for de 23 menn som er vurdert til å ha et overveiende sosialt retensjonsgrunnlag (12 menn med scoren "1—5", 11 menn med scoren "0—6"). Tabellen viser at de såkalte "indre faktorer med sosial implikasjon" svarer for knapt 1/3 av scoren. Dette er altså "de ubehaglige og vanskelige menn", de som samfunn og familie ikke liker og derfor ikke ønsker tilbake. Det er nok mulig at

fortsatt opphold i psykiatrisk sykehus tross alt kan være den mest adekvate løsning for de klientene hvor dette er det dominerende element.

Annerledes ligger det an for de klienter der ytre sosiale faktorer er utslagsgivende. Etter vår vurdering er altså disse faktorer de dominerende (over 2/3 av scoren).

Av tabellen fremgår at mangel på adekvat bolig peker seg ut som den avgjørt viktigste enkeltfaktor. Vi går ut fra at det samme gjelder også i andre landsdeler. Bolignøden merkes overalt, og den gir seg verst utslag for den som har minst pengemidler, minst sosial bakgrunn og minst makt. Pasienten i psykiatrisk sykehus har ofte svært lite å rutte med i så måte og blir stående bakerst i boligkøen.

Mangel på arbeide kommer også inn som en vesentlig faktor. Denne faktor varierer sikkert sterkt fra landsdel til landsdel, avhengig av det alminnelige arbeidsmarked. I Møre og Romsdal er det til dels betydelig arbeidsledighet, og dette merkes hårdt for den psykiatriske pasient på vei ut fra sykehuset.

Manglende miljøstøtte gjør seg like sterkt gjeldende som mangel på arbeide. Det dreier seg her om menn som er blitt forlatt av sin familie og som ikke er i stand til å klare seg helt ut på egen hånd. De er ikke syke, slik at de nødvendigvis må være i institusjon. Men de er på den annen side ikke så selvstendige og selvhjulpne at de kan makte en hybeltilværelse. — Her kommer samfunnets mangel på overgangs- og støtte-tiltak inn som en minusfaktor.

De økonomiske vansker synes å spille en helt underordnet rolle, isolert sett. Våre forskjellige trygdeordninger har m. a. o. løst den økonomiske nød, langt på vei. Hvis man ønsker å bedre utskrivnings- og attføringsmulighetene for den psykiatriske pasient, ligger løsningen ikke i fortsatt

hevning av trygdene. Tiltakene må settes inn på helt andre felt, først og fremst på bolig- og arbeidsfronten.

Resyme og konklusjon

En undersøkelse av 145 menn ved Opdøl Sykehus viser at 17 % oppholder seg i sykehuset på overveiende sosialt grunnlag. Deres medisinske tilstand tilsier at de godt kan forlate sykehuset, men sosiale grunner hindrer dette. Knapt 1/3 av dette sosiale grunnlag spiller hen på mer personlige faktorer (karakteravvik, sosialavvik), men vel 2/3 må tilskrives rent ytre forhold. Mangel på bolig kommer her særlig sterkt inn, men også mangel på arbeide og manglende miljøstøtte spiller en vesentlig rolle. Direkte økonomisk nød spiller derimot en forbausende liten rolle.

Disse menn er — medisinsk sett — ferdigbehandlet fra sykehuset side. Den videre løsning av deres vanskeligheter er en rent sosial oppgave. Sykehuset forsøker å yte sitt, gjennom sitt sosialkuratoriske apparat. Men alt avhenger av hva samfunnet ellers er villig til å yte, spesielt på bolig- og arbeidsfronten. Her skorter det fortsatt svært meget, til dels skjer det overhodet intet av positiv natur.

Den situasjon som foreligger idag — og som er eksemplifisert gjennom ovenfor anførte tallmateriale — kan vanskelig betegnes som annet enn en nødstilstand. Det er en nødstilstand som rammer en stor gruppe mennesker. Og det er en kostbar nød for samfunnet, idet denne gruppen beslaglegger behandlingsplasser som burde finne en langt mer nødvendig og adekvat anvendelse. Hvis samfunnet la forholdene til rette, slik at pasienter på vei ut av psykiatriske sykehus kunne sikres rimelig adgang til et sted å bo og en plass å arbeide, ville det ikke bare være et godt og riktig behandlingstiltak, men også en fornuftig økonomisk investering.