

Til
Finansdepartementet
Postboks 8008 Dep,
0030 Oslo

Hvite Ørn Norge
Thomles gate 4
0270 Oslo
Org.nr.: 993 278 319



Høringsuttalelse fra Hvite Ørn Norge

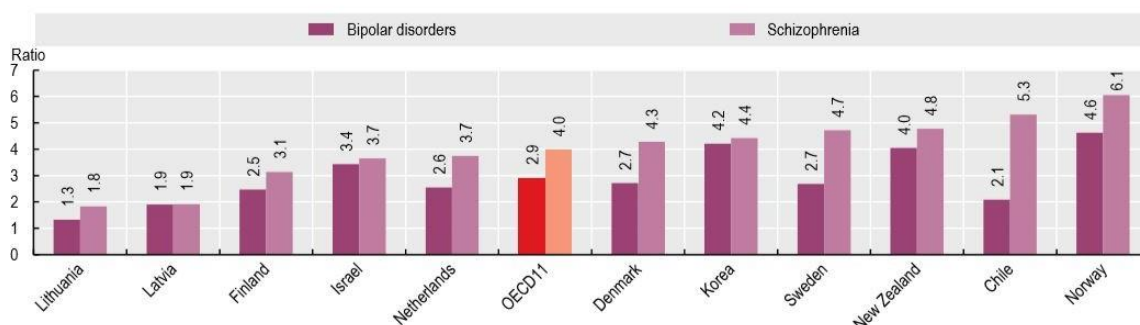
Høringsuttalelse til Finansdepartementets forslag om merverdiavgiftsplikt ved omsetning og formidling av alternativ behandling, kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling, saksnr. 19/ 2280 22.06.2020.

Hvite Ørn er en landsdekkende medlemsorganisasjon for og av personer med brukererfaring av psykiske helsetjenester og deres pårørende. Vi er opptatt av hele mennesket og mener at alle mennesker har et sjelelig potensial. Vi søker å være en samarbeidsorganisasjon, heller enn en kamporganisasjon. Hvite Ørn ble etablert i 2008, og vi har siden det holdt mange kurs, konferanser, leirsamlinger og drevet selvhjelpsgrupper. Vi er den eneste organisasjonen som arrangerer likerpersonsgupper av og med psykoferfarere. Vi er en av de sterkeste stemmene for psykoserammede og tvangsutsatte i psykisk helsevern.

Det offentlige tilbudet innen psykisk helse

Til tross for stor satsning på psykisk helsehjelp i Norge med opptrappingsplan fra 1999 -2006 har helsegevinsten uteblitt. Resultatet har ikke blitt færre skadelidende heller tvert om ifølge NAVs statistikk på antall uføre. Vi vil også gjøre oppmerksom på at Norge topper statistikken for overdødelighet innen OECD både for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse. Her er dødelighetsgraden på henholdsvis 6.1 og 4.6. Til sammenligning har Finland henholdsvis 3,1 og 2,5 og Litauen med 1,8 og 1,3 (se tabell 6.26)

Figure 6.26. Excess mortality from bipolar disorder and schizophrenia, 2015-17



Note: Data represent a three-year average except for the Netherlands (two-year average).
Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934016436>

Ut i fra våre medlemmers erfaringer og tilbakemeldinger vi har fått i forbindelse med behandling i det offentlige helsevesenet, opplever vi at en vesentlig grunn for at helsegevinsten uteblir er at behandlingene av denne utsatte gruppen er langt fra høflig og respektfull samt at det i mange tilfeller er et ensidig fokus på medisinerer på tross av at dette ikke ønskes som behandling av den enkelte.

Da det offentlige helsevesenet ikke har noe annet tilbud, blir mange utsatt for tvangsmedisinering som igjen kan utløse sterke depresjoner og selvmordstanker både som en reell bivirkning av medisinene og fordi man mister all tiltakslust på grunn av den manglende forståelsen man blir møtt med. Da medikamentene som blir benyttet ved psykoser ikke har noen helbredende effekt og kan kun gi en symptomlindring i mellom 10- 20% av tilfellene (ref. også Paulsrud utvalget påpekte i sin utredning NOU 2011:9 og tvangslovutvalgets utredning NOU 2019:14.), er disse brukerne tvunget inn i et ofte livslangt løp med tunge medisiner og uføretrygd som igjen påfører den enkelte bruker og samfunnet en stor kostnad. Se også vedlagte klage til Legeforeningens Råd for Legeetik

Gode erfaringer med alternative behandlingsformer

De av våre medlemmer som er såpass ressurssterke både økonomisk og psykisk og som ikke har hatt nytte av de offentlige helsetjenestene har sett seg tvunget til å søke andre løsninger innenfor den såkalte alternative behandlingen hvor de selv har vært nødt til å dekke kostandene. Flere kan fortelle at de har opplevd å få god og respektfull hjelp av disse formene for behandling. Eksempler på ulike former for alternativ behandling kan være: traumeforløsningsterapi, psykosynteseterapi, gestaltterapi, idrettspsykologi, mindfulness, yoga, coaching og annen spirituell veiledning. Noen har brukt dette som en komplementærbehandling og andre har utelukkende valgt den alternative behandlingsformen. Erfaring har vist at flere metoder trinnvis og samtidig har vært gunstig for mange. Her har samfunnet blitt spart for store kostnader over skattebetalernes penger fordi denne behandlingen ikke bare er symptom dempende, men er en helbredende behandling av traumene som i mange tilfeller er den utløsende faktoren for psykosene. Denne alternative behandlingen har gitt våre medlemmer livsmotet tilbake og også gitt dem tilbake evnen til å stå i jobb.

For psykoseerfarere som har fått en spirituell tilnærming på sin tilstand har dette vist seg å være veldig gunstig noe også doktorgradsavhandlingen *The Differentiation of Psychosis and Spiritual Emergency* av *Monika Goretzki* understreker. Her omtales psykose fra ulike verdenssyn. Ikke minst diskuteres potensialet for psykose som en helbredelsesmekanisme i seg selv.

Om man velger å innføre merverdiavgift på alternative behandlingsformer, vil man ikke bare ta ifra de menneskene som i dag har fått mulighet til å bli friske ved hjelp av det alternative, men man vil også belaste det allerede sterkt belastede offentlige systemet med enda flere pasienter som vil bli medisinerende og med sterk sannsynlighet også ende som uføretrygdede. Kostnaden for å bruke alternative terapimetoder vil bli for høy for den enkelte, og man risikerer at tilbudene forsvinner på grunn av denne skattleggingen.

Hvite Ørn har sett det helt nødvendig å selv lage en veileder som bygger på våre medlemmers tilfriskningserfaringer fordi tradisjonell forskning ikke fanger opp dette eller viser det noe interesse. Denne veilederen er nå ferdig i sitt første utkast og er til høring hos våre medlemmer.

Her anbefaler vi psykoserammede å søke egen vei til helbredelse, noe som gjerne medfører bruk av alternative og komplementære tjenester. Det ligger i dag et element av økonomisk diskriminering i det at psykoserammede må selv betale for alternativ og komplementær behandling. Ved innføring av moms blir denne økonomiske diskrimineringen forsterket. Dette hemmer den enkelte pasients handlegfrihet og bidrar til å opprettholde et ensrettet biokjemisk behandlingsmonopol innen psykiatrien. Det kan også vurderes om denne formen for økonomisk diskriminering er forenelig med idealer valgfrihet og andre menneskerettigheter og idealer om rettfærdig konkurranse i arbeidslivet.

Forskning overlatt til industrien

03.08.2020

Vi ser at mesteparten av forskningen som skjer innen psykiatrien i dag er overlatt til legemiddelindustrien. Dette medfører, slik vi ser det at alternative behandlingsformer ikke får den samme anledning til å dokumentere sine resultater i de anerkjente tidsskriftene som i dag fungerer som det psykiske helsevesenets retningslinjer. Legemiddelindustrien skal livnære seg på salg av kjemikalier og hverken vil eller ønsker av den grunn å forske på alternative behandlingsformer med mindre de gjør det for å forsøke å fjerne konkurransen i markedet Dette medfører igjen at legemiddelindustrien i dag har enerett på behandlingen av mennesker innen psykisk helsevern til stor kostnad for samfunnet og enkeltmenneske

Vi vil også nevne at det foregår systematisk brudd på menneskerettighetene og ulovlig tvangsmedisinering. Vi viser videre til vår høringsuttalelse til NOU 2019: 14.

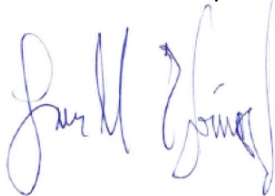
Arbeidsplasser

De alternative arbeidsplassene som gir helsegevinst for mange av våre medlemmers psykiske helse kan risikere å gå tapt med et fordyrende momspålegg, da deres klienter ikke lenger vil har råd til å betale det en behandling koster

Konklusjon

Ut ifra ovennevnte konkluderer vi med at på lang sikt er alternativ behandling mer effektiv enn psykofarmaka og eksisterende offentlig behandling og må heller subsidieres fremfor å bli avgiftsbelagt.

Vi kan heller ikke se at det å legge moms på alternativ behandling vil få noen samfunnsøkonomisk gevinst. Det vil tvert om bli en kostnad for samfunnet samt at det vil slå uheldig ut på folkehelsen. Vi vil derfor fraråde på det sterkeste moms på alternativ behandling.



Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen, styreleder

Referanser:

<https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/47986/8/02whole.pdf>

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en#page139

[file:///C:/Users/bruker/Downloads/statistiknotat-diagnoser-uforetrygd-des2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/bruker/Downloads/statistiknotat-diagnoser-uforetrygd-des2015%20(1).pdf)

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en#page85

2 vedlegg følger her under

Rådet for legeetikk
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sarpsborg 03.05.2020

Klage på den etiske standarden innen norsk psykiatri.

Hvite Ørn er en landsomfattende medlemsorganisasjon for og av personer med brukererfaring fra psykiske helsetjenester og deres pårørende. Flertallet av våre sentrale medlemmer har både erfaring med psykose, tvangsinnleggelser og tvangsmedisinering.

Vi ser oss nødt til å sende en offisiell klage til Rådet for legeetikk da vi opplever at den norske psykiatrien, representert ved psykiatere og leger, igjennom lang tid har brutt med flere av paragrafene som er skissert i de Etiske regler for leger som ble vedtatt av lands styre i 1961 med endring, senest 2015.

1. BESVÆRLIGE BIVIRKNINGER OG UDOKUMENTERT LANGTIDSVIRKNING

I Den norske legeforenings etiske regler paragraf 1, første avsnitt står det følgende:

«En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.»

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer på den ovennevnte paragrafen som følger:

Internasjonal tillitskrise for biomedisinsk orientert tvangsutøvende psykiatri.

Den verdensomfattende recovery- bevegelsen oppsto som en motreaksjon på den biomekjemiske psykiatriens høye fokus på medisiner og da særlig bruken av langtidsvirkende antipsykotisk medisiner. Psykiatriske pasienter har historisk sett blitt utsatt for grov mishandling og tortur. Dette har blitt legitimert av redsel og fordommer skapt av uvitenhet og stigmatisering og begrunnet med behovet for å kontrollere avvikende adferd.

Lobotomi ble lansert av den portugisiske nevrologen Egas Moniz i 1935 og han ble i 1949 hedret med Nobelpris i medisin. Denne metoden ble svært populær og funnet egnet til å kontrollere psykosepasienters adferd, men ble mot slutten av 50 tallet erstattet av antipsykotisk medisiner, da man hadde oppdaget den adferdsregulerende virkningen av klorpromazin, som den gang ble omtalt som kjemisk lobotomi.

Man utviklet etter hvert hypoteser om at psykoser skyldtes kjemisk feil i nervesystemet og at man med antipsykotisk medisiner kunne drive en slags kjemisk feilretting. Begrunnet i disse hypotesene antok man at disse medikamentene skulle ha en helbredende virkning.

Man vet i dag at disse medikamentene helbreder ingen sykdom og har en tidsavgrenset symptomlindrende effekt. På gruppenivå ligger på 10-20% ifølge Paulsrud-utvalgets utredning og noe mindre ifølge tvangslovutvalgets utredning NUO 2019: 14.

Den reelle grunnen til at psykiatrien opprettholder bruken av disse medikamentene er den adferdsregulerende effekten der folk blir sløvet ned, eller det som i engelsk faglitteratur kalles "chemical restraint".

For et fåtall pasienter, som opplever en tidsavgrenset symptomlindring, kan fordelene på kort sikt overveie ulempene. For mange pasienter er inntaket av disse kjemikaliene forbundet med tilleggsbelastninger i form av besværlige bivirkninger, tapt livskvalitet, udokumentert langtidsvirkning og antatt medvirkning til en stadig økende overdødelighet som særlig rammer folk med schizofreni diagnose.

Denne medisineringen anses for å kunne være sykdomskonserverende ved at man griper inn i kroppens og nervesystemets kjemi på en slik måte at folk som slutter å ta antipsykotiske medisiner risikerer en ny krise med psykoselignende symptomer som en slags abstinensreaksjon, hvis ikke det foretas en forsiktig nedtrapping.

Det er i tillegg to former for medisinsk praksis som bidrar til uforsvarlig bruk av antipsykotiske medikamenter. Det ene er polyfarmasi, der man blander sammen flere antipsykotiske medikamenter og/eller sammen med flere andre psykofarmaka i en medisincocktail, noe som ikke er utprøvd under kontrollerte studier og kan derfor ikke anses som hverken kunnskapsbasert eller forsvarlig praksis. Dette antas å være enda farligere med tanke på overdødelighet enn om pasienten kun får ett preparat, der man tross alt har en evidensbasert kunnskap om virkningen på kort sikt. Polyfarmasi er en utbredt praksis i norsk psykiatri.

En annen uansvarlig praksis som ligger utenfor evidensbasert kunnskap er å gi antipsykotika mot andre sykdommer eller plager enn det disse medikamentene er godkjent for. Dette betegnes i engelsk faglitteratur som "off-label use" og ut i fra hva blant annet salgstill og studier viser, er dette en vanlig praksis i Norge. Konsekvensene av denne praksisen er ikke kartlagt.

Kunnskap om problemer knyttet til bruk av antipsykotika har ført til at større restriksjoner har blitt lagt på tvangsmedisinering internasjonalt og i Tyskland har en domstol kommet frem til at tvangsmedisinering er grunnlovsstridig og adgangen til tvangsmedisinering har blitt svært begrenset og krever domstolsbehandling. Den tyske legeforeningens råd for legeetikk uttalte i 2013 at tvangsmedisinering var det mest undertrykkende tiltaket. De uttalte også at i tilfeller der det var fare for andre, var det et mindre overgrep å bruke mekaniske tvangsmidler.

Det er selvsagt et dilemma at ved mindre bruk av tvangsmedisinering som adferdsregulerende tiltak risikerer man at denne tvangen erstattes med andre tvangstiltak av type skjerming, isolat eller beltelegging. For å motvirke dette, forskes det på andre løsninger. Man prøver ut tiltak og teknikker for å roe ned konfliktsituasjoner eller drive deskalering, som det omtales i faglitteraturen.

Innen norsk psykiatri har man sagt ja takk til begge deler. Det vil si at man driver både med kjemisk adferdsregulering gjennom tvangsmedisinering samt omfattende skjermingstiltak og isolasjon. Til forskjell fra resten av verden kaller man dette «behandling» i stedet for kjemisk og fysisk adferdsregulering.

Konklusjon:

I forhold til det som er blitt beskrevet ovenfor anser vi at det som blir praktisert i dag blant en del psykiatere og leger er et brudd på §1 første avsnitt. Dagens behandling hverken verner om menneskers helse eller helbreder den.

2. UFORSVARLIGE BEHANDLINGSMETODER

I Den norske legeforeningens etiske regler paragraf 9, første to setninger står det følgende:

« En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes.

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer på den ovennevnte paragrafen som følger:

Norsk psykiatri i en unik maktposisjon overfor psykiatriske pasienter.

Selv om Norge er kjent for human behandling av mennesker innen f.eks. kriminalomsorgen, har norsk psykiatri vært et hederlig unntak. Historisk sett har den vært på full høyde med psykiatrien i andre land når det gjelder inhuman behandling og utøvelse av grusomheter mot psykiatriske pasienter. På den måten ble det fra 1941 til 1974 minst 2500 psykiatriske pasienter som ble lobotomert og Norge hadde dermed det nest høyeste andel lobotomerte i verden i forhold til folketallet, etter Danmark. Denne praksisen rammet først og fremst pasienter med schizofreni diagnose. Det er også verd å merke seg at selv om man fra slutten av 50 tallet hadde muligheter til å drive med medisinsk lobotomering gjennom bruk av antipsykotisk medisinerings fortsatte praksisen med lobotomering helt frem til 1974. Det synes som overgang til mer human praksis ikke skjer fort i norsk psykiatri.

I verdensmålestokk har norske leger og psykologer en unik maktposisjon overfor sine pasienter. De psykiatere og kliniske psykologer som har myndighetenes godkjenning som faglig ansvarlige, kan fatte vedtak etter lov om psykisk helsevern at makt skal utøves overfor psykotiske pasienter. Dette er noe som ellers bare tillegges domstoler å utøve. Dette omfatter frihetsberøvelse i form av tvangsinnleggelse, bruk av belter og andre mekaniske tvangsmidler, tvangsmedisinering både som innlagt i institusjon og i eget hjem og ikke minst kan de fatte skjermingsvedtak med større eller mindre grad av isolasjon i opp til 14 dager per vedtak. Det unike her er at ellers i verden kan slik isolasjon kun iverksettes som nødtiltak der det er fare for liv og helse, mens i Norge, som eneste land i verden, kan isolering av psykisk syke mennesker defineres som «behandling» og psykiatere i Norge isolere sine pasienter som adferdsregulerende tukt, og kaller det behandling. Slike vedtak kan ha 14 dagers varighet og antall vedtak etter hverandre virker å være ubegrenset, slik at pasienter kan oppleve å være på isolat i månedsvis. Dette er direkte skadelig for deres psykiske helse.

Det spesielle med tvangsmedisineringsfullmaktene i Norge er at disse ikke gjøres gjenstand for domstolsbehandling. Vedtakene trenger kun forvaltningsmessig behandling gjennom kontrollkommisjonen og fylkesmannen. Sannsynligheten for å få medhold hos fylkesmannen ligger på ca 3%. Vi snakker her langt på vei om en inkvisitorisk maktutøvelse i beste middelalderstil der

vedtak om tvangsmedisinering som adferdsregulerende tiltak (chemical restraint) fattes under det påskudd at dette er en formålstjenlig sykdomsbehandling.

Måten dette har blitt forvaltet på, har blitt gjenstand for sterk kritikk. Sivilombudsmannen har avdekket ulovlig praksis og både brukerorganisasjoner som WSO og Hvite Ørn samt det internasjonale juristforbundet ICJ ved tidligere Høyesterettsdommer Ketil Lund er av den formening at tusenvis av pasienter har blitt utsatt for ulovlig tvangsmedisinering i snart 40 år. Fra Hvite Ørn har vi henvendt oss både til helseminister Bent Høie og det norske storting med krav om full granskning av disse tiltakene som har rammet tusenvis av mennesker i snart fire årtier med krav om oppreisning og erstatning for ofrene av denne ulovlige praksisen. For nærmere opplysninger om dette henviser vi til vedlagte høringsuttalelse til Tvangslovutvalget fra både Hvite Ørn og det internasjonale juristforbundet.

Når verken Den norske legeforening eller Norsk psykiatrisk forening behandler denne situasjon i sine høringsuttalelser til tvangslovutvalget vekker det forundring blant våre medlemmer og er vanskelig å forstå.

Når det gjelder skjermings- eller isolasjons-praksis hviler den i Norge på en særnorsk tolkning av menneskerettsbestemmelser. I andre land betraktes isolasjon som tortur og umenneskelig behandling, mens isolasjon i norsk psykiatri defineres som «behandling».

Sivilombudsmannen har utarbeidet en egen rapport som omhandler dette. Denne «behandlingen» har ingen forskningsbasert evidens, og vil aldri kunne få det av de tre grunnene som også er nevnt i vår høringsuttalelse:

- For det første er dette et særnorsk fenomen, slik at forskningen på dette som potensiell behandlingsmetode vil kun ha relevans i Norge.
- For det andre så gjør Forskningsetiske hensyn det vanskelig å gjennomføre forskning på noe som resten av verden ser på som menneskerettighetsbrudd.
- For det tredje er der en generell oppfatning at bruk av metoder som er egnet til å gjøre friske mennesker syke neppe er egnet til å gjøre syke mennesker friske. Vi viser for øvrig til vedlagt høringsuttalelse.

Vi undrer oss over at verken Den norske legeforening eller Norsk psykiatrisk forening har tatt et tydelig standpunkt til Sivilombudsmannens rapport og de brudd på pasientenes menneskerettigheter som denne særnorske skjermings og isolerings «behandlingen» innebærer, i sine ellers så fylldige høringssvar til tvangslovutvalget. Her forventer vi at Den Norske Legeforenings etiske komitee uttaler seg.

Uetisk forsvar av en unik maktposisjon.

Vi vil innledningsvis bemerke at når legeforeningens psykiatere som har myndighetenes godkjenning som faglig ansvarlige etter lov om psykisk helsevern er i en slik unik maktposisjon overfor sine pasienter i en verdensmålestokk, innebærer dette at psykiatriske pasienter i Norge er på en tilsvarende måte rettsløse og umyndiggjort i møte med denne unike maktutøvelsen.

Vi registrerer etter gjennomgang av de etiske regler som Den norske legeforening har vedtatt, at man ikke har funnet det nødvendig å vedta noen egne etiske regler eller retningslinjer for psykiaternes utøvelse av sin lov- og menneskerettsoverskridende maktutøvelse over sine pasienter.

Ser man på de vedtatte etiske regler for leger, fremstår det som usikkert hvorvidt disse er ment å gjelde for psykiaternes maktutøvelse etter lov om psykisk helse og i hvilken grad, eller om det bare er slik at disse etiske reglene tilsidesettes når hensikten helliger middelet. Den samme undring gjelder

for gyldigheten av den internasjonale legeeden innen norsk psykiatri. Her forventer vi at Den norske legeforening sin etiske komite uttaler seg.

3. VILLEDENDE MARKEDSFØRING AV ANTIPSYKOTISKE MEDIKAMENTER

I Den norske legeforenings etiske regler paragraf 1, andre avsnitt står det følgende:

« Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.»

samt

i Den norske legeforenings etiske regler paragraf 11, første setning står det følgende:

«En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål».

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer på begge de ovennevnte paragrafene som følger:

a. **Sykdomsbehandling eller symptomlindring**

I det offentlige ordskiftet er det vanlig at en del av legeforeningens medlemmer omtaler medisiner med antipsykotiske medikamenter som sykdoms**behandling**, og man omtaler gjerne psykoser som ubehandlede hvis pasienten ikke står på antipsykotisk medisinering. Denne distinksjonen mellom behandlet og ubehandlet psykose basert på antipsykotisk medisinering eller ikke, brukes også i forskningssammenheng. Dette til tross for at man vet at disse medikamentene ikke har noen helbredende virkning og kan kun gi symptomlindring i mellom 10-20% av tilfellene hvis man forholder seg til Paulsrud utvalgets utredning NOU 2011:9 og noe mindre hvis man forholder seg til tvangslovutvalgets utredning NOU 2019:14. Det er med andre ord like villedende og usant å betegne bruken av disse medikamentene som psykose**behandling**, som å betegne inntaket av paracet eller asperin som er smertestillende ved tannpine, som tann**behandling**.

Denne villedende og usanne markedsføringen bidrar til å legitimere pålegg om bruken av disse medikamentene ved tvang, og tilslører at det som går under betegnelsen tvangs**behandling** i realiteten ikke er noen sykdoms**behandling**, men kun en mulig symptomlindring, som i beste fall hjelper hver femte pasient.

Denne villedende og usanne markedsføringen tilslører også det faktum at den reelle hensikten med bruken av disse medikamentene innen psykiatrien er kjemisk adferdsregulering (chemical restraint). Den brukes også til å legitimere at alle psykosepasienter møter et krav om å ta antipsykotiske medikamenter som vilkår for å få hjelp, og at de som ikke etterkommer dette ofte blir utsatt for pålegg om å ta legemidlene.

Det klassiske utsagnet har lenge vært at hvis pasienten ikke tar medisiner er det ingen annen hjelp å få. Dette blir etterfulgt av en allianse med foreldre, ektefeller eller andre familiemedlemmer for å overtale pasienten til å ta medisiner, som et vilkår for å få hjelp. I senere år har dette trusselbildet utviklet seg til å omfatte samarbeid med andre offentlige instanser hvor man truer med at barnevernet overtar omsorgen for barna, fylkeslegen tar fra pasienten førerkortet eller NAV trekker tilbake ytelser.

I hvilken grad psykiatriens samarbeidspartnere følger opp disse truslene har vi ikke oversikt over, men illusjonen om at antipsykotisk medisinerer er den eneste effektive og nødvendige «**behandlingen**» er med på å legge press på både pasienten, familien og de samarbeidspartnere som man trekker inn.

Denne villedende og usanne markedsføringen om at medisinerer med antipsykotiske medikamenter er sykdoms**behandling** undergraver således pasientens rettsikkerhet og muligheter for å få hensiktsmessig hjelp og reel behandling for sin livskrise. Denne reklamen fungerer- også på leger.

b. Antipsykotisk medisinerer som påstått livreddende behandling.

Den norske legeforening påstår i sin høringsuttalelse at "antipsykotika kan være livreddende" og stiller i sin motargumentasjon mot forslaget om reservasjonsrett mot tvangsmedisinerer det retoriske spørsmålet om at helsepersonell skal la pasienter som ikke er beslutningskompetente dø fordi de for flere år siden har reservert seg mot det som nå vil være livreddende behandling. Dette høres selvsagt dramatisk ut og kan være et tjenelig virkemiddel til å overbevise politikere at de bør gå for flertallsinnstillingen i tvangslovutvalgets utredning og å fortsette å tillate tvangsmedisinerer. Dette fremstår som sterkt villedende markedsføring når det gjelder et medikament som kun i unntakstilfeller har symptomlindrende virkning. Et mer nøkternt og relevant spørsmål ville være å spørre hvorfor ikke flere ressurser blir brukt på å utvikle, godkjenne eller ta i bruk alternative medisinfrie behandlingsmetoder.

Professor Ulrik Malt har i et tilsvarende til undertegnede Jan-Magne Tordenhjerter Sørensen i Aftenposten tidligere i år hevdet at det er feil at antipsykotisk medisinerer bidrar til overdødelighet og kan avkorte levealderen med 26 år og hevder videre: "*Hos personer som har sin første psykotiske episode, er det høyest dødelighet blant pasienter som ikke gis antipsykotika. Epidemiologiske undersøkelser basert på 214.920 pasienter, ikke bare førstegangssykoser, viser seks ganger øket risiko for å dø hvis en person med schizofreni ikke bruker antipsykotika*".

En korrespondanse med professor Malt har avslørt at undersøkelsen det her vises til er en svensk undersøkelse som heter Antipsychotic Treatment and Mortality in Schizophrenia av Minna Torniainen et al fra 2014. (utdrag følger vedlagt)

En gjennomgang av denne undersøkelsen viser at her har professoren hatt en ytterst frisinnet omgang med tall og tolkning av resultater.

For det første består denne undersøkelsen av to undersøkelser. Malt hevdet at undersøkelsen er basert på 214.970 pasienter, men det var størrelsen på referansegruppen man brukte til sammenligning, mens størrelsen på den aktuelle pasientgruppen i den største undersøkelsen var på 21.492.

Undersøkelsen gjaldt dødsfall blant schizofreni pasienter. Denne undersøkelsen belyser variasjon innen overdødelighet blant disse pasienter i en oppfølgingsperiode fra 2006 fordelt på fire kategorier, som er: ingen medisinerer, lav medisinerer, middels medisinerer og høy medisinerer i den aktuelle oppfølgingsperioden. Det var 1591 dødsfall i denne perioden med en overdødelighet på henholdsvis 6,3, 4,06, 4,02 og 5,68. Overdødeligheten er således stor i alle grupper.

Gjennomsnittsalderen var på rundt 45 år og undersøkelsen sier ingenting om hvor mange år med medisinerer og tvangsmedisinerer de som i oppfølgingsperioden var uten medisiner, hadde bak seg før oppfølgingsperioden startet. Dødeligheten var størst i den gruppen som ikke tok medisiner i oppfølgingsperioden. Da denne undersøkelsen er mindre egnet til å fastslå årsaks/virkningsforhold er det grunn til å tro at psykiatriens utstøtte og traumatiserte pasienter var godt representert i denne gruppen som for øvrig var den minste (10%).

Disse tallene som belyser variasjoner innen overdødelighet, gir neppe grunnlag for å hevde at bruk av antipsykotisk medisiner er livreddende behandling.

Den andre delen av denne undersøkelsen gjaldt en femårig oppfølgingsperiode etter utbrudd av førstegangssykose i perioden 2006-2009. Her var utvalget på 1230 pasienter hvorav 45 døde i oppfølgingsperioden. Disse dødsfallene ble fordelt på de samme fire kategoriene med en overdødelighetsfaktor på henholdsvis 9,9, 5,39, 2,31, og 2,96. Her har man et lite utvalg med kort oppfølgingstid, men også her er det grunn til å tro at det er psykiatriens utstøtte, som ikke orker den tilleggsbelastning som medisiner med antipsykotiske medisiner representerer, er de som blir hardest rammet av overdødelighet. Hvordan professor Malt greier å lese ut av disse tallene at antipsykotisk medisiner er livreddende behandling og at schizofrene har seks ganger økt risiko for å dø hvis de ikke bruker antipsykotiske medikamenter er helt ubegripelig, og en statistikk basert på 17 dødsfall over en 5-års periode for den gruppen som ikke var medisinert er ikke helt det samme som en undersøkelse basert på 214.920 pasienter slik Malt hevder. Dette eksemplet viser uetiske virkemidler som taes i bruk for å opprettholde en illusjon om at antipsykotiske medikamenter kurerer sykose.

Et annet interessant aspekt ved undersøkelsen som Malt ikke nevner er at uttaket av pasienter til studien av førstegangssykose måtte reduseres med 1121 individer da disse hadde tatt antipsykotiske medikamenter i løpet av 6 måneder innen utbruddet av førstegangssykose. Dette indikerer at "off label" bruk av antipsykotiske medikamenter i Sverige kan være medvirkende til utbrudd av førstegangssykose i nesten 48% av tilfellene, f.eks. som en abstinensreaksjon når folk slutter eller at disse medikamentene gjennom "off label" bruk direkte fremprovoserer psykoser. Det fremstår som litt underlig at den medisineringsen som skal være livreddende behandling av sykose kan være medvirkende til 48% av psykoseutbruddene.

Undertegnede Jan- Magne Tordenhjerter Sørensen har i Aftenposten kommentert professor Malts uheldige omgang med tall ut fra overnevnte undersøkelse og fått et tilsvarende svar i samme avis som fremhever undersøkelsens pålitelighet, mens min kritikk gikk ut på måten professor Malt misbrukte denne undersøkelsen på, som illustrert ovenfor. Han gjør ingen forsøk på å korrigere eller forklare tallbruken. Han velger heller å latterliggjøre de som bekymrer seg for at antipsykotisk medisiner bidrar til overdødelighet blant psykoserammede med å henvise til at diabetikerne også har en nedsatt levetid, uten at man dermed kan skyldes på insulin.

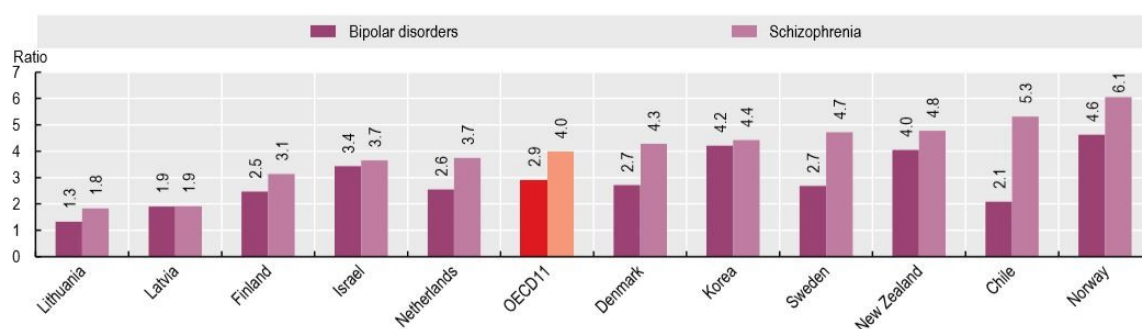
Denne sammenligningen med insulin for diabetikere er svært populær blant psykiatere når de driver villedende markedsføring av antipsykotiske medikamenter. Her er sammenligningen den at psykoserammedes syke hjerner trenger de stoffene som den antipsykotiske medisiner gir for å kunne fungere, på samme måte som den med diabetes type 1 trenger insulin for å kunne fungere og overleve. På denne måten fremstilles antipsykotiske medikamenter som livsviktig og livreddende medisin. Problemet er bare at i motsetning til insulin inneholder antipsykotiske medikamenter ingen stoffer som verken psykoserammede eller andre trenger og har fortsatt kun sporadisk symptomlindrende virkning. Denne markedsføringen er like utspekulert som den er villedende. Når vi trekker frem professor Malt som et eksempel på en fagperson som bruker sin faglige autoritet til å drive villedende markedsføring, er det ikke for å fremstille han som spesielt ille og uansvarlig i sin agitasjon, men for å belyse hvordan denne kyniske misbruken av mediene som plattform for villedende markedsføring av antipsykotiske medikamenter kan utarte seg.

Man har ennå ikke langtidsstudier av virkningen av antipsykotiske medikamenter, og det er nesten ingen psykoserammede som slipper unna bruk og tvangsbruk av disse medikamenter, og dermed har

man ikke materiale til å kunne sammenligne medisinerte med psykoserammede som kun har fått et medikamentfritt behandlingstilbud. Det at overdødeligheten stadig øker til tross for overgang til mer humane metoder er sterk indikasjon på at noe er alvorlig galt. Resultatene fra de undersøkelser som foreligger spriker, men de fleste er enige i at psykiatrisk polyfarmasi er en dødbringende praksis. Uansett er det ikke pasientene som har bevisbyrden, det har de som både lur, truer og tvinger pasienter til å ta antatt dødbringende medikamenter, og de som gir dem lovhjemler til å drive med dysfunksjonell og potensielt dødbringende tvangsmedisinering.

Det som Malt og alle andre ikke nevner er at når man sammenligner tall om overdødelighet innen psykiatrien fra undersøkelser i utlandet, må man ta i betraktning at alle slike kan være mye høyere her i Norge. Dette har sammenheng med at Norge topper statistikken for overdødelighet innen OECD både for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse. Her er dødsrisikoen på henholdsvis 6.1 og 4.6. Til sammenligning har Finland henholdsvis 3.1 og 2.5 og Litauen med 1.8 og 1.3 (se tabell 6.26)

Figure 6.26. Excess mortality from bipolar disorder and schizophrenia, 2015-17



Note: Data represent a three-year average except for the Netherlands (two-year average).
Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888934016436>

Dette må også sees i sammenheng med at Norge skårer lavt når det kommer til høflig og respektfull behandling av psykiatriske pasienter fra leger og sykepleiere. Statistisk sett er det en tendens til at overdødeligheten innen psykiatrien er størst i industrialiserte land, og det er således grunn til å anta at når Norge topper overdødelighetsstatistikken innen OECD og at vi i Norge kan ha verdens dødeligste psykiatri. Dette bør i sin tur sees i sammenheng med utstrakte tvangsfullmakter, feilaktig tvangsbruk og mangelfull rettsikkerhet for psykiatriske pasienter.

Det er betegnende for situasjonen at når vi ikke skårer høyt nok på skoleprestasjoner, blir det førstesidestoff i media og det iverksettes forskning og bevilges penger til å rette på situasjonen, men når vi topper alle OECD statistikker for overdødelighet innen psykiatrien innen OECD og det er grunn til å anta at vi har verdens dødeligste psykiatri er det ingen mediedekning av denne situasjonen, og det er fritt frem for psykiatere og andre å rope på mer av det samme som skaper dette uføret.

Konklusjon

Psykiatriske pasienter burde være godt beskyttet mot villedende markedsføring av antipsykotiske medikamenter, men det er dessverre ikke tilfelle.

§ 1 andre avsnitt og § 11, første setning av Den Norske Legeforenings etiske regler håndheves ikke. Markedsføringsloven håndheves ikke. Lov om pasient og brukerrettigheter håndheves ikke. Loven om likestilling og forbud mot diskriminering håndheves ikke. Lov om helsepersonell som stiller krav

håndheves ikke. Loven om statens ansatte som også stiller krav om standard håndheves ikke. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester håndheves ikke.

På grunn av denne mangelfulle håndhevingen av disse aktuelle lovene og de etiske reglene, med tilhørende tilsynsordninger, har de psykiatriske pasienter blitt rammet av villedende markedsføring av antipsykotiske medikamenter som i sin tur danner grunnlaget for tvangsmedisinering og annen institusjonell tvangsbruk samt en opplevd ensretting av behandlingstilbudet.

4. MEDISINFRI BEHANDLING

I Den norske legeforenings etiske regler paragraf 10, første setning står det følgende:

«En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem»

Her svikter en del av legeforenings medlemmer som følger:

For et fåtall pasienter kan inntak av antipsykotisk medisinerings være symptomlindrende, i alle fall i en periode, men for mange representerer dette en varierende grad av ubehag i form av bivirkninger og sløvsinn. For noen er dette ubehaget ikke større enn at de er i stand til å betale denne inngangsbilletten og de er ikke verre plaget enn at de er i stand til å dra nytte av det hjelpe- og behandlingstilbud som psykiatrien tilbyr.

For andre er ubehaget og bivirkningene av antipsykotiske medikamenter så stor ekstrabelastning at dette blir verre å bære enn selve psykosen.

Disse pasientene kan bli møtt med ulike utsagn som kan oppfattes som fordømmelse, trusler og tvang av hjelpeapparatet. Dette skaper konflikter mellom pasient og behandlingsapparatet, som igjen møtes med institusjonalisert vold og traumatisering. Mange ender opp med å bli tvangsmedisinert og noen blir utskrevet til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Utfallet av denne destruktive konfliktsituasjonen for psykiatriens utstøtte kan sies å være todelt.

For noen blir dette oppstarten til en søken etter hjelp utenfor psykiatriens rammer og det er slik den verdensomspennende recovery bevegelsen startet og stadig vokser.

For andre kan det ende med selvmedisinering med alkohol og andre rusmidler, og her er de som blir utskrevet til tvunget psykisk helsevern (TUD) med tvangsmedisinering som hovedtiltak særlig utsatt. Her virker alkohol og andre rusmidler som motgift mot det ubehaget som antipsykotisk tvangsmedisinering gir. Denne blandingen av rusmidler og tvangsmedisinering med antipsykotiske medikamenter er selvsagt veldig skadelig og destruktiv. Av og til hender det at denne formen kan ha et heldig utfall ved at de pådrar seg rusavhengighet og kommer i kyndig behandling innen rusomsorgen. Her får de den medisinfrie hjelpen som psykiatrien ikke ville gi.

Den norske legeforening gir i sin høringsuttalelse en glimrende beskrivelse av denne pasientgruppens skjebne som "svingdørspasienter" ledsaget av det vi oppfatter som full ansvarsfraskrivelse for disse pasientenes situasjon. Problemet som beskrives er i grove trekk at politikerne ikke har gitt psykiatrien vide nok fullmakter og ressurser til å gi denne pasientgruppen ytterligere tvangsmedisinering og annen tvangsbehandling og man tvinges derfor til å slippe ubehandlede og

potensielt farlige pasienter løs på samfunnet og begrepet "ubehandlet" brukes her synonymt med ikke tvangsmedisinert med antipsykotiske medikamenter.

Brukerorganisasjonenes mangeårige krav om medisinfri behandling for de pasienter som ønsker et alternativ nevner Legeforeningen ikke med et ord i denne sammenheng.

Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at i en uttalelse av 16.januar fra Rådet for legeetikk om alternativ behandling, uttales det bl.a. følgende:

"En god del av vanlig etablert medisinsk behandling savner god dokumentasjon ut fra vitenskapelige undersøkelser som oppfyller dagens krav. Det som imidlertid skiller tradisjonell medisinsk behandling fra mye av den alternative behandlingen, er at den stadig etterprøves vitenskapelig. Det forventes at leger holder seg faglig oppdatert på de behandlingsmetodene de benytter, jf. Etiske regler for leger kap. 1, § 10, som bl.a. sier at "En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å oppdatere dem", og at de slutter å tilby en behandling dersom det viser seg at den ikke har effekt i pålitelige studier. De samme krav må stilles til leger som benytter alternativ og komplementær medisin".

Her spør vi hvorfor de regler og krav som til og med gjelder for alternativ og komplementær medisin ikke gjelder for psykiatrien; hvor man insisterer på å gjøre mer av det samme som ikke virker, selv om det både representerer brudd på lover og menneskerettigheter samt at det er sterkt traumatiserende for menneskene det gjelder.

Denne rigide holdningen og uviljen til å imøtekomme psykiatriens utstøtte pasienters behov for et behandlingstilbud som disse pasientene kan ha nytte av, er utbredt innen den biokjemiske psykiatrien. Innenfor recovery bevegelsen har man fundert over hvilke mekanismer som er med på å opprettholde denne rigide holdningen og denne dysfunksjonelle tvangsmedisineringspraksisen.

En forklaring er selvsagt at psykotiske mennesker kan være oppmerksomhetskrevende og ta mye plass, særlig de dagene hvor psykosen er på topp, og at den kjemiske adferdsreguleringen som antipsykotisk medisinering gir gjennom at folk blir dopet ned, bidrar til ro på avdelingene.

Denne argumentasjonen blir imøtegått med at de konfliktsituasjoner som blir fremprovosert ved tvangsmedisinering med påfølgende institusjonell vold i form av fysiske restriksjoner og isolasjon er ikke bare traumatiserende for både pasienter og personale, men også svært ressurskrevende.

Når man i enkelte land, slik som i Norge tilsynelatende forsøker å vedlikeholde en illusjon om at antipsykotiske medikamenter har helbredende virkning, blir dette sett i sammenheng med at den biokjemiske psykiatrien representerer et materialistisk, darwinistisk og ateistisk menneskesyn der mennesket styres av gener, nerveforbindelser og hormoner. Hvis psykiatrien skal kunne være et utstillingsvindu for dette menneskesynet blir det av overordnet betydning å kunne gi inntrykk av at man er i stand til å korrigere et sykt sinn med kjemiske virkemidler. Denne problemstillingen er også bl. annet grundig gjennomgått i Monika Goretzki's doktorgradsavhandling. The Differentiation of Psychosis and Spiritual Emergency. Her diskuteres likhetene og forskjellene mellom de to konseptene «psykose» og «spirituell krise». Gjennom avhandlingen påpeker hun ved flere anledninger at de to begrepene kan være to måter å beskrive samme fenomen på, sett fra to ulike verdenssyn. Verdt å merke seg her er at det går langt bedre med dem som ser på tilstanden som en spirituell krise og som blir gitt en medisinfri behandling, enn dem som blir sykeliggjort og medisinert innenfor psykiatrien.

5. INTEGRITET, OMSORG OG RESPEKT

I Den norske legeforenings etiske regler paragraf to, første og andre setning står det følgende:

«Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt.»

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer som følger:

Skremselspropaganda som spiller på fordommer og frykt

Et annet uetisk trekk i den offentlige debatt er en generalisert fremstilling av psykotiske mennesker som farlige voldsutøvere, som er til fare for både helsepersonell og allmennheten.

Det er selvsagt riktig at det finnes psykoserammede pasienter som både i en periode og under gitte omstendigheter, kan være til fare for seg selv og andre. Dette gjelder for psykiatriske pasienter som andre mennesker særlig når alkohol eller andre rusmidler er med i bildet.

Dette rettferdiggjør imidlertid ikke at psykiatere og andre innen psykiatrien bruker sin status som eksperter til å underbygge fordommer og frykt mot psykotiske mennesker for skremme både politikere og allmennheten, i den hensikt å beholde dagens vide fullmakter til tvangsmedisinering, frihetsberøvelse, bruk av isolasjon og andre tvangstiltak på en måte som antas å være både ulovlig og i strid med gjeldende menneskerettigheter.

En slik generell fremstilling av psykoserammede som voldelige er både dypt urettferdig og krenkende for en hel gruppe mennesker, og er dessuten en grov ansvarsfraskrivelse fra psykiatriens side.

I motsetning til kriminelle og andre som velger å utøve vold mot sine medmennesker er psykoserammede som oftest lovlige borgere som befinner seg i den krisen som en psykose ofte er, og har ingen lyst eller tilbøyeligheter til å utøve vold mot sine medmennesker. Når psykotiske mennesker utøver vold er det som følge av en forvirringstilstand i det som de opplever som en presset situasjon, og til forskjell fra de som utøver vold i ruspåvirket tilstand de selv har valgt å komme i, er det ingen som selv velger å bli psykotisk.

Den offentlige diskusjon om bruken av antipsykotiske medikamenter som uteblir.

Vi erfarer at målt opp i mot Legestandens ekspertvelde er det svært vanskelig for oss som brukerorganisasjon å få slippe til i media, og de gangene vi slipper til med våre tilsvarende blir våre innlegg gjerne sensurert i den forstand at kritiske utsagn blir tatt ut, og vi får signaler om at redaksjonene oppfatter det som farlig å komme med kritisk omtale av antipsykotiske medikamenter. Vi vet ikke om dette skyldes at legemiddelindustrien eller medlemmer av legestanden utøver direkte press mot den enkelte redaksjon for å unngå kritisk omtale, eller om skremselspropagandaen om at psykiatriske pasienter som ikke tar antipsykotiske medikamenter representerer en voldsfare for folk og land er så godt innarbeidet at redaksjonene rundt om pålegger seg selv en slags selvsensur, som ansvarlige samfunnsborgere. Uansett grunn så har dette resultert i at allmennheten i Norge er for det meste ukjent med den kritiske diskusjon om f.eks. bivirkninger av antipsykotiske medikamenter og den stadig økende "off label" bruk av disse medikamentene og det som ble kjent under betegnelsen zyprexa skandalen og var opphavet til en kritisk diskusjon i mange land kom også inn under selvsensuren i norske medier og forblir nærmest ukjent i Norge.

Det samme gjelder diskusjonen om i hvilken grad antipsykotiske medikamenter bidrar til overdødelighet innen psykiatrien. Den nyeste OECD statistikken indikerer at vi i Norge kan ha verdens dødeligste psykiatri både for schizofreni og bipolar pasienter omfattes også av medienes selvsensur og blir ikke omtalt i media og både publikum og politikere i Norge forblir uvitende.

Pasient og brukerstemmen som ignoreres.

Legeforeningen understreker viktigheten av at de som kjenner den praktiske virkeligheten blir tatt med på råd og er i sin høringsuttalelse kritisk til Tvangslovutvalgets sammensetning der bl.a. mangelen av en lege fra akutt- eller døgn psykiatrien påpekes. Det forhold at pasientorganisasjoner innen voksenpsykiatrien som har medlemmer over 31 år ikke var representert i utvalget nevnes ikke og pasient og brukermedvirkning er ikke et tema i Legeforeningens høringsuttalelse, selv om lovforslaget handler om tvangsutøvelse med dramatiske konsekvenser for den enkelte pasient.

Forherligelse av tvang og andre former for institusjonelle overgrep.

Den norske legeforenings utgangspunkt er at man ikke uten videre er enig i premisset at det er for mye bruk av tvang i norsk helsevesen. Man hevder at regionale forskjeller i bruken av tvang like gjerne komme av at noen bruker for lite tvang, og man fremstiller psykiatriens bruk av institusjonell tvang og overgrep konsekvent som et ubetinget gode og faglig riktig hjelp for pasientene. Høringsuttalelsen fremstår således som en sammenhengende forherligelse av tvang og fremstår som svært mangelfull i forhold til hvilken skade, tvang og institusjonalisert vold og overgrep kan påføre pasientene.

Vi vil uttrykke forundring over at Legeforeningen ser seg tjent med å gi en slik ensidig støtte til den biokjemiske tvangspsykiatrien all den tid mange av Legeforeningens medlemmer ønsker å føre psykiatrien ut av den mistillitsrammede bakevje som denne psykiatrien befinner seg i.

Det er vanskelig å forstå hvorfor medlemmer som vil videreutvikle psykiatrien ikke får noen som helst kreditt eller støtte fra Den norske legeforening.

For oss som brukerorganisasjon er denne voldsforherligelsen og ubetingede hyllest til biokjemiske tvangspsykiatri en medalje som har omtrent samme bakside som Nobelprisen i medisin som ble tildelt lobotomiens opphavsmann i 1949.

Bruk av umyndiggjørende hersketeknikker.

Vi finner det riktig å kommentere noen av de umyndiggjørende hersketeknikker som både Legeforeningen som organisasjon og noen av Legeforeningens skribenter i media har tatt i bruk.

Når det fremheves hvor godt psykiatriske pasienter er tjent med, og profiterer på tvang, er det en form for dehumanisering og sterk markering av gruppen psykoserammede som annerledes enn folk flest. De samme undertrykkelsesmekanismene utøves gjennom den offentlige fremstillingen av psykoserammede som en gruppe voldelige og farlige mennesker.

Vi må antagelig tilbake til koloni- og slavetiden for å finne lignende offentlige beskrivelser av en underutviklet og potensielt farlig menneskegruppe, som har behov for ivaretagelse, til gruppens eget beste, gjennom tvang og tukt.

Vi har også merket oss at Legeforeningen er imot den foreslåtte rett til å reservere seg mot tvangsmedisinering fordi mange vil bruke denne retten. Vi er enige med Legeforeningen på det punktet, og for oss er det naturlig å tenke at de som har opplevd tvangsmedisinering som et svært

traumatiserende institusjonalisert overgrep vil som voksne mennesker, reservere seg mot dette i fremtiden som en del av en opplyst egenomsorg. Legeforeningen har imidlertid en annen forklaring. *"Hos psykotiske pasienter ligger det til sykdomstilstanden en realitetsbrist, og i denne bristen ofte innsikten i at man selv er syk og trenger behandling"*. De færreste er psykotiske på livstid, men likevel hevder Den norske legeforeningen å fremstille alle psykotiske mennesker som livsvarig utilregnelige og uten evne til opplyst egenomsorg som voksne mennesker og avhengige av livsvarig medisinsk formynderskap. Dette utsagnet oppleves både feil og dypt krenkende. Man har innenfor kristendommen begrepet «barnekår» som omhandler frelse og evig liv i Guds himmel, men det «barnekår» som Legeforeningen tildeler psykoserammede handler om en umyndiggjøring og trussel om tvangsmedisinering og dermed også et mulig bidrag til et sterkt forkortet liv.

Etiske refleksjoner rundt bruk av antipsykotiske medikamenter til kjemisk adferdsregulering (chemical restraint)

I 1977 vedtok en internasjonal psykiaterkongress på Hawaii en protestresolusjon mot Sovjetunionens politiske misbruk av psykiatrien som innbefattet tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering av dissidenter som et adferdsregulerende tiltak. Nå er "off label" adferdsregulerende medisiner med antipsykotiske medikamenter blitt "big business" også i Norge og kan ramme både uregjerlige tenåringer og urolige gamle og ellers alle aldersgrupper der i mellom. Den norske legeforenings etiske regler er beregnet på helbredende virksomhet og har ingen etiske regler eller føringer om "off label" d.v.s vitenskaplig udokumentert bruk av antipsykotiske medikamenter til adferdsregulerende bruk. Hva er omfanget av denne virksomhet? Hvor ofte bidrar denne "off label" bruk av antipsykotiske medikamenter til utbrudd av psykose? Hvilke etiske regler gjelder for legers adferdsregulerende medisiner? Hvor går grensen mellom legitim og etisk forsvarlig medisinsk praksis og uetisk kvakksalveri utført av utdannede leger? Dette er spørsmål som vi ønsker at legeforeningen skal svare oss på.

Skadelig konfliktnivå

I vedlagt høringsuttalelse har vi omhandlet et skadelig konfliktnivå innen psykiatrien og det er verd å minne om at mange av de som blir innlagt har en tung bagasje med seg og man vet at traumatiske hendelser og da særlig seksuelt misbruk i barndommen disponerer for utbrudd av psykose. Det burde være innlysende at retraumatisering av folk med bruk av trusler, tvangsmedisinering, beltelegging, tvangsmessig isolering og bruk av andre former for institusjonalisert vold og overgrep er ekstremt skadelig og kan være uopprettelig for den enkeltes pasient sin psyke.

Med dette håper vi at Rådet for legeetikk tar vår klage om brudd på flere av de etiske reglene for leger på det dypeste alvor. Det er mange pasienter som lider og det haster å få gjort noe med dette.

Vi imøteser et svar så snart som mulig.

På vegne av landsstyret for Hvite Ørn



Jan-Magne Tordenhjerde Sørensen, leder



Jón Ágúst Einisson, nestleder



Ellinor Halle, styremedlem

Vedlegg:

Høringsuttalelse til Tvangslovutvalgets utredning fra Hvite Ørn

Høringsuttalelse til Tvangslovutvalgets utredning fra det internasjonale juristforbundet ICJ

Utdrag undersøkelse Torniainen et al 2014 Antipsychotic Treatment and Mortality in Schizophrenia

Kopi:

Helseministeren

Statsministeren

Stortingets helse og sosialkomite

Stortingets kommunalkomite

Stortingets justiskomite

Medlemmer av Tvangslovsutvalget

ICJ ved Ketil Lund

Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud

Psykologforeningen

Fellesorganisasjonen

Psykiaterforeningen

Sykepleierforbundet

Hjelpepleierforbundet

NFU

Sivilombudsmannen

Likestillingsombudet

Helsetilsynet

Rådet for Psykisk Helse

Forbrukerrådet

Pressens faglige utvalg

Presteforeningen

Diakonforbundet

Human etisk forbund

Pasient- og brukerombudet

BrukerROP i Helsedirektoratet

Kontrollkommisjonene



Høringsinnspill til NOU 2019: 14

Tvangsbegrensningsloven

Innspillet ble også levert Helseminister Bent Høie i møte om tvang 28.november 2019

Grunnsyn

Ethvert menneske har en iboende kraft.

Denne kraften kan overvinne selv store problemer.

I kriser trenger mennesker noen ganger hjelp til å finne frem til kraften i seg selv, eller ganske enkelt ro og omsorg for at den skal få vokse. Hvite Ørn Norge anerkjenner at mennesker i psykiske kriser har forskjellige behov og ønsker om hvordan deres behandling skal foregå, og vil bidra til at deres krav om forskjellige behandlingstilnærminger respekteres. Gjennom likepersonarbeid vil vi gi inspirasjon, motivasjon og verktøy til vekst.

Hvite Ørn Norge

Org.nr.: 993 278 319

Innledning/manglende representasjon

Hvite Ørn er en landsdekkende medlemsorganisasjon for og av personer med brukererfaring fra psykiske helsetjenester og deres pårørende. Vi vil med dette avgi en høringsuttalelse til Tvangslovutvalgets fremlagte NOU 14:2019 som har fått navnet Tvangsbegrensingsloven, med undertittelen ”Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten”. Vårt fokus som brukerorganisasjon innen psykisk helse vil i denne uttalelsen være interessene og rettsikkerheten til våre medlemmer. Behovet for dette forsterkes av at brukerorganisasjoner som organiserer voksne brukere av psykiatri og andre tilbud innen psykisk helse, ikke har vært representert i Tvangslovutvalget. Det nærmeste man kommer representasjon av voksne på dette feltet er Mental Helse Ungdom, som er en selvstendig organisasjon fra 2011 og arbeider for bedret psykisk helse for barn- og ungdom. Her opphører medlemskapet den 31.12 det året et medlem fyller 31 år. Denne manglende representasjonen i utvalget av voksenpsykiatriens pasienter, som må antas å være den største og mest tvangsutsatte gruppen som tvangslovgivningen omfatter må kunne betegnes som oppsiktsvekkende. Man kunne i noen grad ha rettet opp virkningen av denne manglende representasjonen gjennom den høringen som ble gjennomført med høringsfrist 1. oktober 2017, hvor det ble åpnet for høringsinnspill på inntil to A-4 sider, men slik ble det ikke. Innspillene fra de organisasjoner, som primært organiserer voksenpsykiatriens tvangsutsatte pasienter er registrert i NOU-en men i svært liten grad referert eller omhandlet. Fra høringsuttalelsen fra Hvite Ørn datert 01.10-2017, som følger vedlagt, er ingenting referert og ingenting drøftet. Vi må konkludere med at i tillegg til manglende representasjon i utvalget for voksenpsykiatriens brukere, har kritiske standpunkt fra deres organisasjoner blitt systematisk usynliggjort i Tvangslovutvalgets utredning. Invitasjon fra oss i Hvite Ørn til både å drøfte og utdype våre synspunkter har ikke vært av interesse for Tvangslovutvalget til tross for at voksenpsykiatriens brukere ikke har vært representert i utvalget.

Generelt om utredningen.

Vi finner selve lovutkastet svært uoversiktlig. Lovutkastet er langt og begrepsbruken vanskelig tilgjengelig. Det er utallige kryssreferanser mellom ulike paragrafer, og det er vanskelig å finne logisk oppbygging av teksten. Et tips kan være å lese lovutkastet bakfra p.g.a. de mange referanser til senere paragrafer. Det hjelper også å lese den gjeldende lov om

psykisk helsevern først, da den er lettere å få oversikt over og det er i grunn lite som er foreslått forandret i utkastet til den nye loven. Slik lovutkastet er formulert i dag, kan man i verste fall risikere dårligere rettsikkerhet for pasienter fordi teksten er svært vanskelig å forstå for ikke-jurister. Noe av det samme kan sies om NOU-en. Her er det ikke lett å få oversikt, men vi er mest forundret over hva man ikke har fått med i et 813 siders dokument.

Felles lov for all tvangsutøvelse

Vi i Hvite Ørn slutter oss til prinsippet om en felles lov for hjelming av all tvangsutøvelse i helse- og omsorgstjenesten. Vi verdsetter at med en felles lovgiving ligger det til rette for at flere organisasjoner kan opptre i fellesskap i kampen mot forvaltningens nåværende og framtidige brudd på lover og menneskerettigheter. Vi vil i denne forbindelse rette en spesiell takk til utvalgsmedlemmene Vibeke Erichsen fra Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk Helse (LPP) og Jens Petter Gitlesen fra Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) for deres generelle dissens og en klar og velformulert dissens både i spørsmålet om tvangsmedisinering og bruk av elektroshokk (ECT). Vi i Hvite Ørn slutter oss helhjertet til deres dissens, og vi vil uttrykke vår takknemmelighet til representantene fra LPP og NFU for at våre medlemmers interesser i noen grad har blitt ivaretatt, selv om interesseorganisasjonene til voksenpsykiatriens pasienter og brukere ikke ble representert i utvalget og våre høringsinnspill har blitt oversett.

Lovens navn

Vi registrerer med forundring at Tvangslovutvalget har valgt å kalle den foreslåtte loven Tvangsbegrensningslov. Det er fastsatt i grunnloven og flere menneskerettighetskonvensjoner at staten ikke kan utøve tvang mot sine borgere uten at dette skjer med hjemmel i en vedtatt lov og den foreslåtte loven er den loven som skal hjemle tvang innen helse- og omsorgstjenesten. Tvang er således ikke noe som oppstår naturlig og myndighetene trenger å vedta en lov for å begrense. Selv om det i lovens formålsparagraf uttrykkes målsettinger om redusert tvang, er det lovens funksjon å hjemle tvang og navnet bør derfor ikke være det motsatte av lovens funksjon. Etter samme logikk burde straffeloven hete straffereduksjonsloven og skatteloven hete skattereduksjonsloven. Om dette er et utslag av at orwellsk nytale er kommet inn i lovgivingen, eller man ønsker å selge gamle tanker i en ny og mer attraktiv innpakning skal vi ikke bedømme, men for våre medlemmer og deres familier som har blitt eller blir rammet av de tvangstiltak som loven hjemler, eller trusler om slike tiltak, er en slik usynliggjøring av hvordan dette lovverket rammer enkeltmennesker og

familier svært provoserende. Det vil også være noe ulogisk over at en ankebehandling i en tvangsbegrensningsnemnd opprettet i medhold av en tvangsbegrensningslov kan ende med at et vedtak om ett års tvangsbehandling blir stadfestet. Det blir omtrent like absurd som om en lovbrøyer skulle bli dømt til ett års fengsel av en straffereduksjonsdomstol etter en straffereduksjonslov. Som organisasjon er vi heller ikke glade for å måtte i fremtiden forklare at den loven som vi kjemper mot p.g.a. forvaltningens lovbrudd og menneskerettighetsbrudd er en tvangslov selv om den heter tvangsbegrensningslov. Det blir også en pedagogisk utfordring å forklare at gjennom en tvangslov som kalles tvangsbegrensningslov har myndighetene innført et nytt juridisk prinsipp om tvang for tvangens skyld, hvis Stortinget vedtar loven slik den er foreslått (mer om dette senere i høringen).

Generelt om NOU-ens innhold. Den biokjemiske psykiatriens sololøp.

Vår oppfatning er at innholdet i NOU 2019: 14 preges av gammeldags psykiatrisk tenkning og man har i for liten grad klart å få med eller integrere nye kunnskaper eller få med seg den kritikk som er reist mot den biokjemisk orienterte psykiatrien gjennom bl.a. den verdensomfattende recovery bevegelsen. Man har i stedet valgt å komme med indirekte kritikk av recovery-bevegelsen gjennom å stemple den danske legen Peter Gøtzsche, som useriøs, til tross for at han med sin kritikk av den biokjemisk orienterte psykiatrien og legemiddelindustriens fremferd samt krav om uavhengig forskning har betydd mye for recovery-bevegelsen. For 20-30 år siden kunne denne utredningen blitt oppfattet som faglig oppdatert med enkelte progressive elementer, men ut fra den kunnskap som man har i dag og de utfordringer psykiatrien står overfor, fremstår utredningen som et ubehjelpelig forsøk på å skru klokken noen tiår tilbake for å opprettholde status quo og forsvare dagens praksis.

Psykiatrien får med denne utredningen ikke den hjelp som den fortjener til å handtere det paradigmeskifte som den står overfor på en god måte, der hensynet til pasientene må prioriteres fremfor profesjonenes faglige prestisje og legemiddelindustriens profitt.

Utredningen bærer stærkt preg av at de organisasjoner som representerer voksenpsykiatriens pasienter ikke har vært representert i Tvangslovsutvalget og har heller ikke fått medvirke til utvalgets utredningsarbeid på noen som helst måte. Slik sett er dette den biokjemiske psykiatriens sololøp.

Ulovlig tvangsmedisinering etter gjeldende lov om psykisk helsevern.

Dette temaet er grundig omhandlet i vår høringsuttalelse den 01.10-2017 hvor vi bl.a. fremsatte krav om at tvangsmedisinering må stoppes med forbud, på grunn av de kunnskaper

man har fått om skadevirkningene av psykofarmaka som tilsier at lovens krav om positiv virkning ikke lenger kan sies å være oppfylt (se vedlegg). Vi uttrykte også vår bekymring over misbruk av denne loven i en høring til justisdepartementet angående NOU 2014: 10 Tilregnelighetsutvalget datert 15.04-2015. Denne problemstillingen har vi igjennom disse årene ikke kommet noen vei med, Det har vært et problem at lovverket ikke åpner for domstolsprøving av de vedtak som fylkesmennene som klageinstans fatter om opprettholdelse av tvangsmedisinering. Vi har derfor måttet forholde oss utelukkende til vedtak fra offentlige instanser og våre påstander om ulovlig tvangsmedisinering har ikke blitt tatt på alvor og man har opprettholdt gjeldende praksis. Ser man dette i sammenheng med den pågående NAV skandalen der uskyldige mennesker har blitt straffedømt, kan det være grunn til å spørre om det innenfor deler av forvaltningen finnes en form for ”sosialrasisme” eller sosialrasistiske holdninger, der man ser på stigmatiserte mennesker som trygdede og psykiatriske pasienter som tilhørende en mindreverdige sosial rase som ikke fortjener å oppnå den lovbeskyttelse og de rettigheter som loven faktisk gir. Den eneste instans i Norge som kan overprøve tvangsvedtakene fra fylkesmennene er Sivilombudsmannen. Nå har det skjedd i slutten av 2018 at Sivilombudsmannen har overprøvd to vedtak om tvangsmedisinering fattet av Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og på bakgrunn av dette utdypet sin tolkning av lovens krav om at tvangsmedisinering med stor sannsynlighet vil medføre helbredelse eller vesentlig bedring, eller hindre vesentlig forverring i et brev av 21.01-2019. Her slår Sivilombudsmannen bl.a. fast at kravet om ”stor sannsynlighet” betyr noe annet og mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt, og slår ned på ulovlig praksis. Sivilombudsmannens brev av 21.01-2019 har fått tidligere høyesterettsdommer Ketil Lund å komme med et innlegg i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening publisert 20.02-2019. Under tittelen Sivilombudsmannens uttalelser om ulovlig tvangsmedisinering. Her viser han til lovtolkninger i Sivilombudsmannens brev og sine tidligere uttalelser om at ”fylkesmannen som klageinstans for vedtak om tvangsmedisinering er et rent sandpåstrøingsorgan”. Han slutter seg til Sivilombudsmannens vurderinger og minner om at vilkåret om ”stor sannsynlighet” følger som en ”selvfølgelighet av hensynet til å unngå feilbehandling og er dessuten begrunnet i torturforbudet nedfelt i Den europeiske menneskerettskonvensjon art. 3. Det krever at man med stor sannsynlighet kan forutsi positive effekter før behandling igangsettes”, Han viser i denne sammenheng til Paulsrud utvalgets utredning hvor det vises til undersøkelser som viser at på gruppenivå er positive effekter av antipsykotika mellom 10 til 25% og at dette er alt for lavt til å kunne forutsi positiv virkning for enkeltpersoner, som grunnlag for tvangsbehandling.

Vi velger å gjengi her innleggets avslutning under overskriften konsekvenser av avgjørelsen, *<Den ulovlige praksisen har pågått i hvert fall i tiårene siden vilkåret om "stor sannsynlighet" ble innført i 1981. Vedtaksansvarlige i psykiatrien har aldri hatt grunn til å tro at tilstrekkelig positiv effekt lot seg forutsi med stor sannsynlighet. Og etter at Paulsrud-utvalget fremla sin utredning i 2011, har verken fylkesmenn eller helsemyndigheter vært uvitende om praksisen. At de ikke har brydd seg om ulovlighetene, som etter all sannsynlighet har skadet langt flere enn det mindretallet som har profitert, er avskyvekkende. Dette kan bre forstås i lys av at denne pasientgruppen ikke har sterke talspersoner, og verken nevneverdig har interessert publikum eller media (med noen hederlige unntak de senere år), og derfor ikke politikerne.*

Myndighetene må selvfølgelig omgående ta skritt for å bringe den ulovlige praksisen til opphør. Det er like selvfølgelig at ofrene må kompenseres for ulovlighetene. I denne sammenhengen er det av interesse at Sivilombudsmannen i den overnevnte sak ber Fylkesmannen i Oslo og Akershus "vurdere hvordan det kan bøtes på den urett som er begått overfor klageren". Siden det dreier seg om masseovertridelser av loven, vil det måtte oppnevnes et utvalg som får i oppgave å kartlegge omfanget av de ulovlige vedtakene som er truffet gjennom årene, og vurdere hvorledes pasientene skal kompenseres for overgrepene>.

Hvite Ørn Slutter seg til de vurderinger og krav som Ketil Lund fremsetter her, samtidig som vi vil bemerke at oppgaven med å være sterke talspersoner for våre medlemmer ville bli langt lettere hvis vi rutinemessig ble tildelt plass i offentlige utvalg og våre synspunkter ble hørt av myndighetene. Samtidig er vi også avhengig av at media oppfyller sitt samfunnsoppdrag på en bedre måte og våre debattinnlegg og pressemeldinger kommer på trykk. For å understreke Regjeringens og stortingets ansvar for å stoppe ulovlig tvangsmedisinering og medfølgende brudd på menneskerettigheter, har vi i Hvite Ørn valgt å forsere arbeidet med denne høringen, slik at vår høringsuttalelse med vedlegg, kan legges frem for helseminister Bent Høie i et møte han har innkalt til, med organisasjonene på det psykiske helsefelt med flere den 28.11-2019 (Den ordinære høringsfristen er 16. desember).

Helsedirektoratets reaksjoner. Fortsatt ulovlig tvangsmedisinering?

Helsedirektoratet forholdt seg til Sivilombudsmannens brev av 21.01-2019 ved å bestille en utredning fra psykiaterne Ingrid Melle, Jan Olav Johannessen og Erik Johnsen. Denne utredningen er datert 13.03-2019. Her kan man lese en rosenrød og ukritisk omtale av den

biokemiske psykiatriens fortreffelighet og i tillegg har man sitert en undersøkelse (Zhu et al, 2017) på en slik måte at 90% av pasientene har moderat til god respons på medikamentene. Helsedirektoratet har adoptert denne fortolkningen og gjengitt i et svarbrev til Fylkesmannen i Oslo og Viken datert 22.03-2019 med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet og alle fylkesmennene. Dette har fått psykiater Trond F. Aarre avdelingssjef ved Nordfjord Psykiatrisenter til å skrive en kronikk i Aftenposten med overskriften: ***Helsedirektoratet feilinformerer om antipsykotiske medikament*** og undertittelen er: ***Det dreier seg om rettstryggleiken til pasientar som vert tvangsmedisinerte***. Kronikken åpner med følgende tre påstander

<Når Helsedirektoratet sender ut feilaktig informasjon om effekten av behandling med antipsykotiske medikament, er det ille”.

Når informasjonen blir sendt til dei som skal behandle klager på tvungen behandling med slike medikament, er det verre”.

”Når direktoratet ikke vil rette opp feilinformasjonen av egne tiltak, må saka oppklarast for allmenta. For ho dreier seg om pasientene sin rettstryggleik”>.

Dette etterfølges av en flengende kritikk av direktoratets tolkning og handlemåte som Hvite Ørn slutter seg til. Trond F. Aarre er som kjent medlem av Tvangslovsutvalget.

Tvangslovsutvalget har også kritisert direktoratets svarbrev på side 571 hvor direktoratets utlegging av forskningsmaterialet er gjengitt og utvalget skriver som følger:

”Utvalget er bekymret for hvordan denne passasjen vil tolkes av landets fylkesmenn og helseforetak. Den kan forstås som at 90% av pasientene vil respondere godt eller svært godt på behandlingen (med antipsykotika) , et tall som er langt høyere enn det andre studier har kommet fram til. Utvalget er i tvil om direktoratet har dekning for disse påstandene og viser til to forhold: Metaanalysen av Zhu mfl. Dreier seg om 17 studier, og ingen av disse hadde kontrollgrupper som fikk placebo. Det er dermed umulig å vite hvor stor bedring pasientene hadde opplevd uten medisiner. Artikkelen til Bozzatello mfl. er ikke en ”omfattende metaanalyse” og har ikke funnet de prosentsatsene som er oppgitt fra de tre psykiaterne. Direktoratet er orientert om at medlemmer av utvalget oppfatter den siterte passasjen som sterkt misvisende. Nå viser det seg at utvalgets bekymring for hvordan fylkesmennene vil tolke budskapet fra direktoratet og de tre psykiaterne og deres ”frie” tolkning av forskningsresultater er meget berettiget. På den årlige kontrollkommisjonskonferansen hvor både fylkesmennene og medlemmer av landets kontrollkommisjoner møttes den 7-8 november 2019 ble fikk deltakerne utdelt et hefte med betegnelsen Fortolkninger fra

Helsedirektoratet mm. Her er både utredningen fra de tre psykiaterne av 13.03-2019 og direktoratets svarbrev av 22.03-2019 gjengitt uten korrigeringer og reservasjoner og uten informasjon om kritikken fra Aare og Tvangslovutvalget. Her legger direktoratet opp til at det meste fortsetter som før. Vilkåret om tror sannsynlighet ble inntatt i loven i 1981, og det foreligger derfor mistanke om snart 40 års ulovlig tvangsmedisinering.

Reduserte rettigheter for folk som erfarer psykose for første gang

I argumentasjonen for å opprettholde gjeldende praksis vies retten til å tvangsmedisinere ved førstegangpsykose stor oppmerksomhet. Direktoratet bemerker at ”det ikke er grunn til å tro at lovgiver har ønsket å avskjære mulighet for tvangsbehandling ved førstegang psykose”, og man argumenterer for dette i svarbrevet av 23.03-2019. Her virker det som man i direktoratet ikke klarer å ta inn over seg at forskning har vist at lovens krav om at tvangsmedisinering med ”stor sannsynlighet” vil medføre helbredelse eller vesentlig bedring, eller hindre vesentlig forverring ikke er oppfylt og at folk som erfarer psykose for første gang, har de samme menneskerettigheter og samme krav på lovbeskyttelse mot tvangsmedisinering på grunn av dette som alle andre borgere. Det hadde vært mer nærliggende å spørre om det var Stortingets vilje at hensynet til profesjonenes faglige prestisje og legemiddelindustriens profitt skulle prioriteres fremfor pasientenes helse og menneskerettigheter, når det ble ugjendrivelig bevist at tvangsmedisinering ikke hadde den positive virkning som både loven og den Europeiske menneskerettskonvensjonen krever. Vi får forhåpentlig snart svar på dette.

Den sterke vilje til å tvangsmedisinere ved førstegangpsykose har kanskje sammenheng med at man regner med at alle som en gang har opplevd tvangsmedisinering vil benytte seg av den foreslåtte retten til å reservere seg mot dette i fremtiden, slik at folk med førstegangpsykose kan bli den biokjemiske tvangspsykiatriens siste skanse. Det synes som Tvangslovutvalget er villig til å ofre de med førstegangpsykose til den biokjemiske tvangspsykiatrien ved at man i lovutkastets § 6-10 nr. 5 siste ledd foreslår å redusere lovens krav til nytteverdi til alminnelig sannsynlighetsovervekt, noe som formodentlig ville være i strid med den Europeiske menneskerettskonvensjon art. 3. Det kan synes at Tvangslovutvalget, ved å opprettholde hjemlene til tvangsmedisinering og samtidig som utvalget reduserer kravene til nytteverdi er i ferd med å innføre nytt prinsipp i norsk tvangslovgiving. Om dette nye prinsippet bør kalles **tvang for tvangens skyld**, eller om man bør uttrykke dette i mer juridiske termer som **hevdvunnet tvang**, overlater vi til ekspertene å avgjøre.

Tvangsmedisinering begrunnet med faglig autoritet.

Både helsedirektoratet og de tre psykiaterne legger ikke fingrene imellom når de påberoper seg faglig autoritet i spørsmålet om tvangsmedisinering, med henvisning til bruk av forskning og internasjonale standarder. Vi i Hvite Ørn har ikke noe mot faglig autoritet der dette er en ekte vare og bygger på et solid og sannferdig fundament, men den fremstilling som direktoratet og de tre psykiaterne gir kan vi ikke godta. Medisinering med antipsykotiske medikamenter er noe av det mest omstridte i psykiatrien. Det finnes ingen internasjonalt godkjente kvalitetsstandarder for medisinering eller tvangsmedisinering med antipsykotiske medikamenter, som bygger på uavhengig forskning. Det man har er legemiddelindustriens bruksmanualer basert på forskning som er designet for å få medikamenter godkjent for salg. Det typiske for disse undersøkelsene er at det er korttidsundersøkelser med relativt stort omfang. Man bruker korttidsundersøkelser for kroppen responderer mot all kjemisk påvirkning med å øke toleransen slik at virkningen avtar, og det er derfor om å gjøre å avslutte undersøkelsene før dette skjer. Det store omfang gjør det mulig å dokumentere virkning som statistisk signifikant selv om virkningsgraden er liten. En artikkel i Tidsskriftet Den Norske legeforening av Geir Smedslund og Camilla Stoltenberg konkluderer at man vet fint lite om langtidsvirkningen av antipsykotiske medikamenter. De internasjonale standarder man henviser til består således av produktreklame og legemiddelindustriens selektive forskning. Legemiddelindustrien lever av å selge legemidler og for de som produserer antipsykotika er Norge bortimot den ideelle kunden. Her ligger forbruket i verdenstoppen målt i antall brukere per 1000 innbyggere (masteroppgave fra UNN av Siddharta Lutiel 2014) vi har en velferdsstat som sørger for at medisinen betales over skatteseddelen og vi har en biokjemisk tvangspsykiatri som med statens velsignelse sørger for at folk som ikke vil ha antipsykotiske medikamenter blir tvangsmedisinert. Vi kan ikke bebreide legemiddelindustrien for at de lager manualer og standarder for å opprettholde en slik praksis, men som interesseorganisasjon for folk med brukererfaring innen psykisk helse kan vi ikke godta at våre medlemmer får liv og helse ødelagt gjennom tvangsmedisinering begrunnet med produktreklame og manualer basert på selektiv forskning designet for å selge medisiner. Tvangslovutvalget har også lagt seg på denne faglige autoritetslinjen ved at man tar inn den formuleringen man hadde i lov om psykisk helsevern § 4.4 i lovforslagets § 6-4 som omhandler tvangsmedisinering hvor § 6-4 nr1 har fått ordlyden "Behandlingen er klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og faglig forsvarlig praksis" Vi i Hvite Ørn finner grunn til å beklage at kunnskap og praksis basert på produktreklame og legemiddelindustriens selektive forskning har funnet veien inn i norsk lov som en tidløs

evangelisk sannhet og faglig dyd, samtidig som vi vil bemerke at en mer tilsynelatende faglig, troverdig og ansvarlig måte å hjemle overgrep mot enkeltmennesker og brudd på menneskerettigheter gjennom tvangsmedisinering skal man lete lenge etter.

Hva ble det av andre som skal ivareta pasientenes rettsikkerhet?

Det er etter hvert blitt klart hva Helsedirektoratet står for i spørsmålet om ulovlig tvangsmedisinering, og vi må anta at fylkesmennene vil følge direktivene fra direktoratet, men hva med kontrollkommisjonene. Det er et krav at kontrollkommisjonene skal ledes av en advokat/jurist som innehar formelle kvalifikasjoner til å være dommer. Dette for å styrke rettsikkerheten til pasienter innen psykisk helse. Det er i dag 54 kontrollkommisjoner og således til enhver tid 54 advokater/jurister med dommerkompetanse som skal lede kontrollkommisjonene og ivareta pasientenes rettsikkerhet. Hvorfor var det ingen av disse som reagerte på praksisen med ulovlige og menneskerettsstridige vedtak om tvangsmedisinering, før Sivilombudsmannen tok opp saken i januar og hvorfor har vi ikke hørt fra noen av dem i etterkant. Har ingen av dem problemer med å følge direktoratets fortolkninger og fortsette stort sett som før, med å godkjenne ulovlige vedtak om tvangsmedisinering? Faller dette under begrepet god advokatskikk og er disiplinærmyndighetene innen Advokatforeningen fornøyd med at staten oppnevner advokater til å bidra til å legitimere ulovlig utøvelse av tvang og menneskerettighetsbrudd mot stigmatiserte grupper i samfunnet? Hva har det blitt av Den Norske Legeforening i denne saken? Er Legeforeningen og Rådet for Legeetikk fornøyd med at deres medlemmer bruker sin faglige autoritet til å legitimere en praksis som innebærer brudd på lover og menneskerettigheter og kan i verste fall påføre mennesker alvorlige helseskader? Og sist men ikke minst, hvorfor har vi ikke hørt noe fra Statens helsetilsyn i løpet av det året som snart er gått siden Sivilombudsmannen skrev sitt brev og avdekket den ulovlige praksis med tvangsmedisinering? Er det ikke Statens Helsetilsyn som skal verne oss pasienter mot ulovligheter, overgrep og feilbehandling?

For å få et innblikk i de menneskelige lidelsene bak en av de sakene Sivilombudsmannen har behandlet og hva familien har opplevd i ettertid anbefales to artikler i Magasinet Psykisk helse under tittelen **Tvang: 18 år og ulovlig medisinert i to år og Tvang: Stoppet tvangsbehandlingen** av Cathrine Th Paulsen og hennes intervju med sivilombudsmann Aage Thor Falkanger i sakens anledning under tittelen **Tvang: Ved et veiskille** er informativ lesning. Disse artiklene er å finne på nettet og ble sist oppdatert 19.09-2019.

Overdødelighet på grunn av antipsykotisk medisiner. Storting og regjering har bevisbyrden ikke tvangsmedisinerte pasienter.

Tvangslovutvalget har en svært knapp behandling av problemet med overdødelighet som følge av bruk av antipsykotiske midler. Her bruker utvalget snaut 16 spaltelinjer på side 249. I de første linjene åpnes det for at overdødelighet kan forekomme hos eldre med nedsatt kognitiv funksjon og personer med demens på grunn av inntak av antipsykotiske midler, men om psykiatriens øvrige pasienter sier man som følger: <Det er en kjent overdødelighet blant personer med alvorlige psykiske lidelser, men det er usikkert om dette skyldes lidelsene i seg selv, ledsagende problemer eller behandlingen. Det er ikke påvist noen sikker sammenheng mellom dødelighet og bruk av antipsykotiske midler, men spørsmålet er under debatt>.

Man har ikke sett behovet for å opplyse om hvor stor denne overdødeligheten er eller henviser til undersøkelser om sier noe om dette. Det sies at spørsmålet er under debatt, men man har ikke funnet det formålstjenelig å opplyse hvorfor denne debatten har oppstått, hvem som deltar eller hvilke argumenter brukes. Man har også unnlatt å henviser til noen deler av denne debatten, som har pågått over hele verden i mange år. Her har man nok en gang klart å usynliggjøre en problemstilling som er av aller største viktighet for psykiatriens pasienter og deres pårørende. Som nevnt i vår tidligere høring den 01.09-2019 ligger overdødeligheten i Norge blant mennesker med psykose og bipolar lidelse på mellom 24-27 år noe avhengig av kjønn og diagnose, med psykotiske menn på toppen av lista. De pasienter som ikke klarer å hoppe av medikamentkarusellen kan imøteset et forkortet liv preget av fysisk og psykisk uhelse, og kan statistisk sett regne med å dø før fylte 60 år. For mennesker med bipolar lidelse bidrar litiumforgiftning i tillegg til antipsykotiske medikamenter til å ta livet av folk. I diskusjoner mellom organisasjonene og psykiatrien er man fra psykiatriens side flinke til å trekke frem alle tenkelige faktorer som kan påføre pasientene selv skyld skam og ansvar for denne overdødeligheten slik som røyking, overvekt, lite mosjon, dårlig kosthold, rus, usunn livsførsel, risikoadferd og overhyppighet av selvmord for å nevne noe, men når vi kommer til medikamentenes dødbringende virkning får vi høre at her mangler det bevis og det er riktig.

Undersøkelsesansvar legemiddelindustrien

Hvis noe skal bevises er det en forutsetning at noen foretar en undersøkelse. Jobben med å foreta undersøkelser har man overlatt til legemiddelindustrien, der bukken passer havresekken. Legemiddelindustrien kommer aldri til å undersøke verken langtidseffekt eller overdødelighet knyttet til bruk av antipsykotiske medikamenter for det er ikke i deres

interesse. Det er ingen grunn til å tro at legemiddelindustrien ønsker å komme i samme situasjon som tobakksindustrien, som ble dømt til å betale gigantiske beløp i erstatning for at de beviselig solgte et dødelig produkt mot bedre vitende og uten advarsler. Vi kan ikke forvente at legemiddelindustrien finansierer forskning som kan underbygge mistanke om at de også selger dødelige produkter mot bedre vitende. Det er også vert å nevne at som følge av den såkalte Zyprexa skandalen måtte legemiddelfirmaet Ely Lilly & Co betale til sammen 1,42 milliarder av dollar i skadeerstatning for beviselig å ha holdt tilbake opplysninger om skadepotensial. Viser her til en artikkel i Journalisten av Lars Ole Engaas publisert 02 mars 2007 under overskriften **<Pilleskandalen ingen skriver om>**. Ellers er det mye lesestoff om Zyprexa skandalen på nettet.

Undersøkelsesansvar Den norske Stat og Storting

Den norske Stat og Det norske Storting kan ikke på samme måte som legemiddelindustrien fraskrive seg ansvaret for å undersøke langtidseffekten av antipsykotiske medikamenter og overdødelighet knyttet til langvarig bruk av disse. Det er ikke holdbart å gi produktreklame og selektiv korttidsforskning fra legemiddelindustrien fortsatt status som evangelisk tidløs sannhet i norsk lov, og vedta på det grunnlag en lov som fortsatt hjemler tvangsmedisinering. Skal Stortinget fortsette å hjemle tvangsmedisinering er det et minstekrav at Storting og regjering sørger for det foretas uavhengig forskning som kartlegger langtidsvirkning og dødelighet knyttet til langtidsbruk.

Indikasjoner på dødelighet

Stortinget må også se på de indikasjoner som tyder på at langtidsbruk av medisinene bidrar til den foreliggende overdødelighet. Som det framgår av vår høringsuttalelse 01.10.2017 vet vi fra masteroppgaven til Siddharta Luitel fra Unn Tromsø at Danmark tett etterfulgt av Norge topper listen over forbruk av antipsykotiske medikamenter målt i antall brukere per 1000 innbyggere som bruker slike medikamenter. Her var tallet for Norge mellom 21 og 22 brukere per 1000 innbyggere i 2014. Sverige kommer etter med ca 16 og for andre deler av verden synes tallene å være lavere, men de er også mer usikre. For USA antydes det 12 brukere per 1000 innbyggere. Norge ligger også i det internasjonale toppsiktet når det gjelder tvangsinnleggelser og tvangsmedisinering. Overdødeligheten ligger også i det internasjonale toppsiktet. Det kan kanskje delvis forklares med at i Norge lever folk lenger enn i de fleste andre land, men det er neppe hele forklaringen. Overdødeligheten er generelt større i industriland med stabil tilgang til antipsykotiske medikamenter enn i utviklingsland. Det er

grunn til å frykte at når vi omtrent topper statistikken i overdødelighet, har det sammenheng med at norsk psykiatri ligger på andreplassen i statistikken på bruk av antipsykotiske medikamenter og i toppsiktet når det gjelder tvangsmedisinering og tvangsinnleggelser. En annen indikator er at overdødeligheten i forhold til resten av befolkningen for folk med psykose og bipolar diagnose har økt i stedet for å minke her i Norge. Det er et dårlig tegn at psykiatrien er mer dødbringende i dag enn den var for flere tiår tilbake. Dagens psykiatri klarer å utkonkurrere fortidens psykiatri i dødelighet, selv om vi her sammenligner med en tid der psykiatriske pasienter ble institusjonalisert på livstid og man hadde et enda tøffere behandlingsregime enn det man har i dag med innslag av ting som tanntrekking, behandling med insulinsjokk og cardiazonsjokk som krampeterapi, infisering med malariablod, fremkalling av dykkersyke gjennom nitrogeninhalering, elektrosjokk, lobotomi og kastrering mot uro, aggresjon og homofile tilbøyeligheter for å nevne noe. Når dagens psykiatri greier å utkonkurrere alt dette i overdødelighet, burde det være en klar indikator på at noe er galt. Man deler antipsykotisk medikasjon grovt sett opp i to generasjoner. Mens den eldre generasjonen er beryktet for ubehagelige bivirkninger og ødeleggelse av folks motorikk ved langtidsbruk, bidrar de nyere generasjonene gjerne med eksplosiv vektøkning, høyt blodtrykk, blodpropper, diabetes og andre livsstil sykdommer samt hjerte og karsykdommer, og regnes derfor av mange for å være mer dødbringende enn forrige generasjon. Det som skjer er at relativt unge folk dør brått og uventet av hjertestans. For de som ønsker å vite mer om hva dette gjør med familier anbefales et intervju i Sykepleien av Marit Fonn publisert 10.03-2017 under overskriften **Tror søsteren døde av bivirkninger**. Her blir Anniken Hoel skaperen av den prisbelønnede filmen **Dødsårsak ukjent** intervjuet. Dette følges opp med et intervju med Steinar Madsen i Legemiddelverket i samme blad under tittelen **Bivirkninger blir ikke fulgt opp nok**. Psykiatrien legger stor vekt på medikamentell behandling ved psykose og man går ikke av veien for å bruke tvang og trusler om tvang. Et vanlig mønster er at man forteller familiemedlemmer at man ikke kan hjelpe deres kjære uten at vedkommende tar antipsykotiske medikamenter, og tvinger på denne måten frem en allianse med familien mot pasienten for å tvinge frem medisiner. Hvis det ikke hjelper truer man med å tilkalle barnevernet og få pasientens barn fjernet fra familien, og det nyeste er at man truer også med å få fylkesmannen til å ta fra pasienten førerkortet. Bak alt dette lurar trusselen om tvangsmedisinering. Det er ikke mange som greier å stå imot slikt press, og når deres kjære så dør brått og uventet, er det mange foreldre, enker og enkemenn som i tillegg til sorgen over tapt liv sliter med dårlig samvittighet for å ha forrådt sine kjære og i ytterste konsekvens

hjulpet psykiatrien til å ta livet av sitt barn eller ektefelle. Slike tilstander bør Storting og regjering i anstendighetens navn, sette en stopper for.

For videre informasjon viser vi til bokanmeldelse av boken ***Pharmageddon*** i Tidsskriftet Den norske Legeforening anmeldt av Jørund Straand under tittelen ***Hva gikk galt med evidensbasert medisin***. Publisert 11.12-2012. Vi anbefaler også boken ***Dødelig terapi*** av psykolog Ellen Kolsrud Finnøy utgitt i år 2000.

Biokjemisk psykiatri i en tillitskrise over hele verden.

I 2018 utkom boken: Choices in TRecovery (Valgalternativer innen recovery/tilfriskning) med undertittelen 27 Non-drug Approaches for Adult Mental Health (27 medisinfrie tilnærminger innen mental helse for voksne) Den er skrevet av Graig Wagner og utkom i oppdatert utgave i 2019 fra forlaget Onward Mental Health Press. For den som tror at biokjemisk psykiatri er det eneste som finnes, eller det eneste saliggjørende er denne boken en god start i retning av utvidet og korrigert kunnskap og for den som søker mer kunnskap har denne boken 1557 referanser til forskning og annen faglitteratur. Bokens første kapittel har tittelen Helseomsorg innen mental helse i forandring. Her finner vi følgende avsnitt fremhevet med fet skrift: ***Mental helseomsorg befinner seg inne i et kritisk paradigmeskifte som drives frem av at dagens psykiatriske medikamenter har både begrensninger og representerer en alvorlig fare. Det kommende paradigma- Integrert Mental Helse- aksepterer medikamentell behandling når det trengs, men fremhever livsviktige (vital) betydningen av ikke medikamentelle alternativer, som har sterk støtte i evidensbasert vitenskap. Denne omveltningen er enormt lovende for de med utfordringer knyttet til mental helse (mental health issues).*** (Oversatt av J.Á. E) Videre hevdes det at uten bruk av disse utprøvde teknikker er behandlingen begrenset til medikamentell symptombehandling med fare for betydelige bivirkninger.

Kjemisk behandling av psykiske lidelser og problemer, en sykdomskonserverende symptombehandling.

Problemet med antipsykotisk medisiner (og mye av annen medisinering innen psykisk helse) er at disse medikamentene helbreder ingen sykdom, men kan i beste fall virke lindrende på symptomer. Et annet problem er at man med disse medikamentene griper inn i kroppens kjemi, noe som gjør at kroppen setter inn mottiltak. Dermed avtar virkningen av medisinen og doseringen må forhøyes. Dermed pøses det på med stadig flere medisiner i stadig høyere

doser (polyfarmasi) inntil det stadig økende trykket fra bivirkningene ikke er til å holde ut og pasienten befinner seg fastlåst i en malstrøm som han ikke kommer ut av. Mange vil kjenne igjen denne toleranseøkningen, hvis de har festet hardt og drukket mye alkohol i en periode og kanskje gjort noen (muligens smertelige) erfaringer av at alkoholtoleransen ikke er hva den engang var etter en periode med lite alkoholforbruk. På samme måte er det kjent at faren for overdose blant narkomane er størst etter en periode med avhold for da tåler man ikke den samme dosen som før. Det er de samme mekanismene som gjør at virkningen av medikamentene som psykiatrien bruker, avtar over tid. Dette gjør også at når man trapper for fort ned er kjemien i nervesystemet gjerne blitt såpass ødelagt at man risikerer tilbakefall til psykose, noe som er veldokumentert, og den biokjemiske psykiatrien bruker som argument for varig medisinnntak. Det er på dette grunnlag vi i Hvite Ørn velger å karakterisere den biokjemiske psykiatriens bruk av antipsykotiske medikamenter som ***sykdomskonserverende symptombehandling***. Disse medikamentene har en konserverende virkning på to måter. For det første griper man med disse medikamentene inn i nervesystemets balanse, og forstyrrer på den måten den naturlige prosess som en psykose bør være. Dette fører til at hvis pasientene slutter å ta disse medikamentene risikerer de å bli rammet av en ny psykose forårsaket av psykiatriens kjemiske eksperimentering med folks psyke. Disse psykosene oppleves ofte vanskeligere å håndtere enn psykoser som er en naturlig reaksjon på traumer og psykiske belastninger. Dessuten om det opprinnelige problemet ikke har blitt løst vil man få ubalansen forårsaket av medikamentene på toppen av det som var vanskelig nok fra før. Slik låser denne behandlingen pasienten inne i en ond og destruktiv sirkel. Den andre konserverende virkningen er at folk sløves ned både intellektuelt og følelsesmessig og blir i denne medisintåken ute av stand til å dra samme nytte av effektiv terapi der man må ha kontakt med følelsene sine for å lære seg å kjenne sine reaksjonsmønstre. Antipsykotika setter pasientene på et lavt energinivå som gjør fysisk aktivitet vanskelig og som samtidig øker matlysten, noe som videre fører til helseskadelig overvekt og andre somatiske sykdommer.

Symptombehandling selger medisiner.

De aller fleste psykoser går over av seg selv, Tredjeparten får bare psykotisk utbrudd en gang i livet, ca. en tredjepart får flere runder, muligens godt hjulpet av medisiner og for et mindretall får man et mer eller mindre kronisk forløp. Det er viktig å ha dette som bakteppe når man diskuterer medisinnbruket. Det er bra for legemiddelindustrien at den biokjemiske psykiatrien for det meste konsentrerer seg om medikamentell symptombehandling, uten å ha

ambisjoner om å helbrede de pasientene det gjelder, men for pasientene er dette en lite tilfredsstillende løsning. Hvis man har en fysisk sykdom, skade eller sår og går til legen er det med forventning om at legen helbreder sykdommen eller skaden. Det ville bli mange klager til fylkeslegen hvis de somatiske legene nektet å undersøke sykdom, sår eller skader, men i stedet anbefalte pasientene å spise smertestillende medisiner. Verre ville det være hvis legen krevde at pasienten fortsatte å spise smertestillende selv om sykdommen eller skaden som han ignorerte, leget seg av seg selv, og myndighetene hadde gitt han fullmakter til å tvangsmedisinere pasientene til tross for alvorlige bivirkninger. Verst ville det blitt hvis det var grunn til å tro at denne tvangsmedisineringen bidro til å forkorte pasientenes liv med 24-27 år. Heldigvis for alle andre er det stort sett bare psykiatriske pasienter som har måttet finne seg i slike tilstander.

Psykiatri som lotteri- Overrapportering av virkningen av antipsykotiske medikamenter.

Ett av våre ankepunkter mot norsk psykiatri er at den består av til dels meget forskjellige subkulturer eller behandlingskulturer. Det er også slik at to avdelinger ved samme sykehus kan ha vidt forskjellige behandlingskulturer. Som organisasjoner kan vi håpe at regjeringens pakkeforløp kan gi oss en mer forutberegnelig og etterrettelig psykiatri, men faren er selvfølgelig at det blir som med NAV at man får et system som fungerer på systemets premisser og i mindre grad evner å etterspørre hva det enkelte menneske trenger hjelp til. Der hvor pasientene møter ”hard core” biokjemisk psykiatri av det fanatiske slaget, har man gjerne en psykiater eller to som stedets profeter og kulturbærere. På slike steder hvor man anser seg statsautorisert til å drive tvungen kjemisk feilretting av folks nervesystem, aksepteres det ingen bedring, som ikke kan tilskrives medisinenes fortreffelighet. Her tvinges pasientene inn i et nedverdiggende narrespill, hvor man tvinges til å rapportere om positiv virkning av medisineren, hvis man i det hele tatt skal ha håp om å bli løslatt derfra. Overrapportering av positiv medisinverknig som feilkilde er ikke nevnt i Tvangslovutvalgets utredning.

Oppdagelsen av antipsykotisk virkning av Klorpromazin og myten om at psykose skyldes en kjemisk feil i hjernen som kan rettes opp med medikamenter.

I en artikkel av Hugo A. Jørgensen publisert i Tidsskriftet Den Norske Legeforening den 20.09-2002 om medikamentell behandling av schizofreni kan man lese som følger:

<Moderne medikamentell behandling av schizofreni startet med oppdagelsen av klorpromazinets virkning på psykiske lidelser. Klorpromazin ble syntetisert i 1950 i

Rhône-Poulencs forskningslaboratorier i Paris. Umiddelbart etter fant Laborit at når preparatet ble brukt som premedikasjon før kirurgi, ble pasientene indifferente overfor det som foregikk rundt dem, selv om de fortsatt var ved full bevissthet. Det var dette fenomen som i 1952 førte til utprøvinger innen psykiatrien. Det ble da fastslått at klorpromazin nok hadde en uspesifikk sedativ virkning i høyere doser, men i tillegg fremkalte preparatet et helt spesielt syndrom (syndrome neuroleptique), karakterisert av redusert spontan aktivitet, redusert energi og initiativ samt indifferens overfor indre og ytre stimuli. Pasientene var mindre opptatt av egne tanker og følelser uten at dette skyldtes nedsatt grad av våkenhet>.

Videre heter det: <Det har i årenes løp vist seg at det er en hårfin balanse mellom den spesifikke dempning som i en periode kan oppleves som positiv, og den effekt som oppleves som bivirkning preget av muskelstivhet og mangel på initiativ, spontanitet og emosjonalitet>.

Om virkemekanismen leser vi: <Virkningsmekanismene bak den antipsykotiske effekt **synes** å være avhengig av en blokkering av dopaminreseptorer, **formentlig** i limbiske strukturer>

Vi har valgt å fremheve ordene synes og formentlig for å understreke det faktum at dette vet man ikke og det som presenteres er bare en teori.

Antipsykotisk medisinerings startet således med en oppdagelse av en bivirkning av et allerede tilgjengelig medikament som i 1956 ble for legemiddelindustrien starten på et industrieventyr som siden da har omsatt antipsykotiske medikamenter for milliarder av dollar hvert eneste år. Begeistringen for klorpromazin til psykiatrisk bruk ble så stor at det fikk nærmest en eksplosiv utbredelse over hele verden og separat godkjenning av dette legemidlet til psykiatrisk bruk tok man lett på. Mangelfulle godkjenningsprosedyrer og den bruken har medført at man aldri har kunnet foreta vitenskaplig holdbare såkalt dobbelt blinde undersøkelser av antipsykotiske medikamenter der den ene gruppen får legemidlet og den andre får placebo. Teorien om blokkering av dopaminreseptorer antas å være opphavet til den seiglivet myten og at psykose skyldes en kjemisk ubalanse i hjernen til folk, som antipsykotiske medikamenter korrigerer. Dette har lenge vært brukt som den biokjemiske psykiatriens kronargument for å fremme bruken av disse medikamenter og begrunne tvangsmedisinering. Denne teorien er blitt grundig tilbakevist, og dessuten vet man at kroppen kompenserer for et slikt inngrep ved å produsere flere dopaminreseptorer. Til tross for at dette kronargumentet er falt, fortsetter den biokjemiske psykiatrien å fremheve behovet for å medisinere og tvangsmedisinere med antipsykotiske medikamenter, med uforminsket

styrke og intensitet. Det er også betenkelig at det forekommer ennå at pasienter og pårørende får høre at både medisiner og tvangsmedisinering er nødvendig for å rette opp en kjemisk feil i pasientens hjerne, og hvis det ikke gjøres vil pasientens hjerne bli skadet.

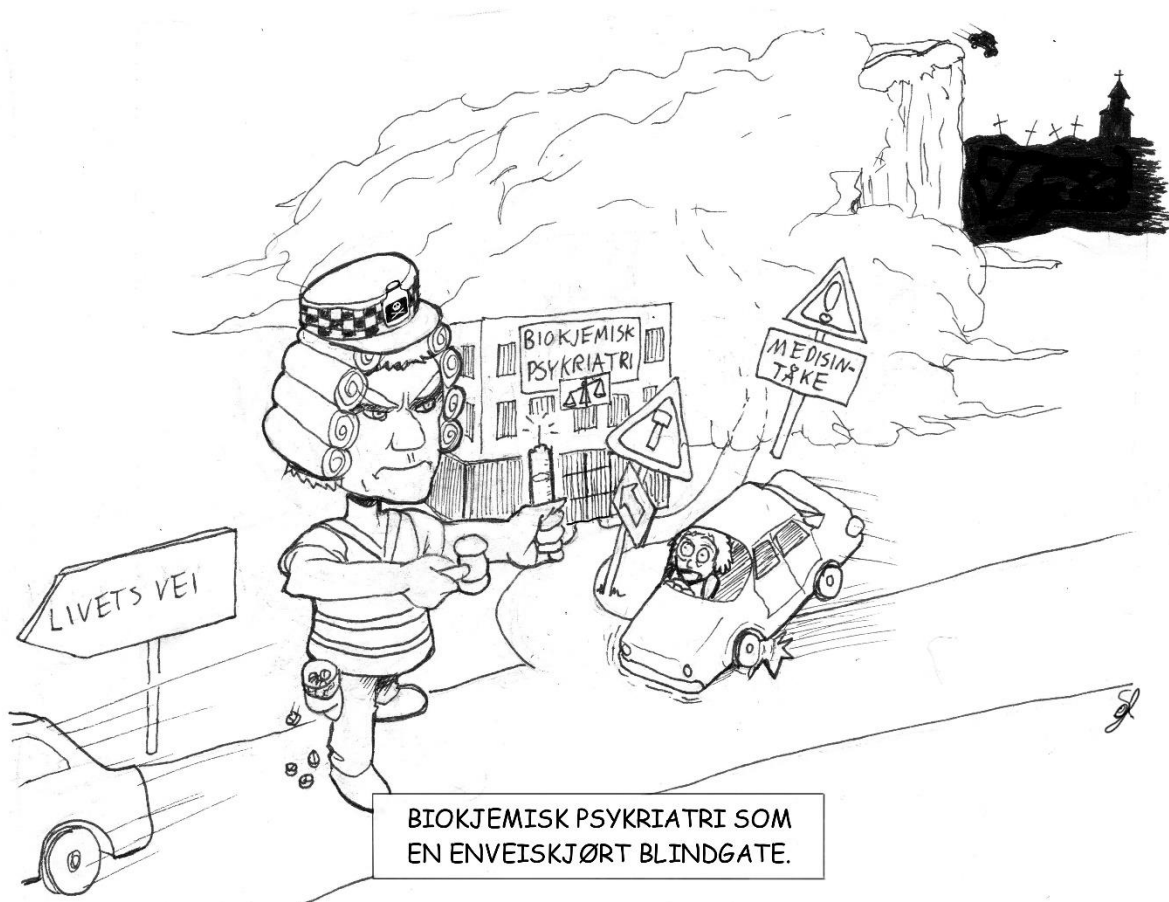
Bagatellisering av bivirkninger og pasientenes opplevelse.

Bortsett fra overdødelighet er bivirkningene av antipsykotiske medikamenter til dels fyldig omtalt i Tvangslovutvalgets utredning, men det er uklart hvilken virkning eller betydning dette skal få for de pasienter som lider av disse bivirkningene. Legemiddelindustrien sørger også for å ha lange og fyldige lister med bivirkninger og garderer seg på denne måren mot erstatningsansvar, nesten uansett hva som måtte skje med pasienten. Tvangslovutvalgets behandling er således ingen empatisk skildring av hva det vil si å ha alle disse bivirkningene, og hva det vil si å oppleve forfallet som følge av disse bivirkningene, eller hvordan det er for familien å være en maktesløs tilskuer til det forfallet som skjer, eller enda verre å ha blitt truet til å bli psykiatriens medløper i å iverksette dette forfallet. Man omtaler heller ikke hvordan det oppleves for en ungdom å pådra seg en overvekt på mellom 30 og 60 kg i løpet av kort tid, eller hvordan det er for de som har gått lenge på første generasjonen antipsykotisk medisiner å oppdage at de ikke lenge mestrer enkle motoriske ferdigheter, som et barn klarer, slik som å skyte med pil og bue, hoppe tau eller kaste en ball, til tross for at de kanskje ikke er mer enn 45-55 år gamle. Det snakkes heller ikke om hvordan det er for en ektemann, som går på den klassiske cocktail av antipsykotisk medisin og lykkepiller å oppdage at hverken evnen eller lysten til et ekteskaplig samliv er lenger tilstede, eller for ektekvinnen i samme situasjon å oppdage at hun har mistet all seksuallyst. Man spør heller ikke hvordan de tvangsmedisinerte har det, og hvordan det er å føle seg tvangsforgiftet av myndighetene hver eneste dag år etter år, enten det skjer i en institusjon eller i pasientens eget hjem, hvor folk både føler og ser hvordan forfallet setter inn. Vi i Hvite Ørn vet av erfaring at de som greier å hoppe av medikamentkarusellen kan unngå at dette forfallet fortsetter. I lovforslagets § 6-4 nr. 4 som omhandler medisinerer pasienten ikke motsetter seg har man et kapittel om alvorlige uønskede bivirkninger og i all storsinnethet hjemler loven at pasient og pårørende skal ha lov til å uttale seg, og det kan virke som man her finner en antydning til medmenneskelighet, men hva blir konsekvensen? Man henviser bare til lovforslagets § 6-10 som omhandler tvangsmedisinering. Er det slik at hvis du ikke vil, så skal du? Når det i lovteksten brukes uttrykket ”alvorlige uønskede bivirkninger” er det grunn til å spørre om det virkelig finnes ønskede alvorlige bivirkninger?

Billedlig skildring av hvordan en pasient kan oppleve den biokjemiske psykiatrien.

Vi velger her å ta med en billedlig skildring av hvordan den biokjemiske psykiatrien kan oppleves: *Det står en psykiatrikonstabel og vinker deg bort fra livets vei inn på en enveiskjørt blindgate som kalles psykiatri. Denne enveiskjørt blindgaten er en snarvei til kirkegården hvor du havner omtrent 25 år før de andre som fortsetter på den vanlige livets vei.*

Psykiatrikonstabelen er både politi, påtalemyndighet og dommer i en og samme person og det er ingen som hjelper deg mot denne overmakta. Den enveiskjørt blindgaten har naturligvis ingen motgående trafikk og skulle du møte noen er det selvfølgelig en som kjører ulovlig og vil få sin straff. Psykiatrikonstabelen gir deg strenge formaninger om at det er ulovlig å kjøre mot kjøreretningen på en enveiskjørt vei. Mangelen på motgående trafikk gjør deg ensom på din ferd og er en stadig påminnelse om at det er ingen vei tilbake. Du har heller ingen vakker utsikt som du kan nyte på grunn av den alle steder nærværende medisintåken. Inn imellom kan medisintåken lette litt og du blir klar over at du nærmer deg kirkegården, men så kommer medisintåken tilbake og tar både tankene dine og håpet, og du kjører videre i medisintåken på den enveiskjørt blindveien mot din død.



Rett til reservasjon mot antipsykotiske legemidler etter § 6-14

Det burde være en selvfølge at den som ønsker seg behandling uten antipsykotiske midler får dette ønsket oppfylt. For å realisere dette må tilbudet bygges tilstrekkelig ut, og reservasjonsretten etter § 6-14 må bli reell. Alle de reservasjoner som man har bygget inn i denne paragrafen, gjør reservasjonsretten alt for lett å uthule. Hvordan skal for eksempel hensynet til barn forvaltes i denne sammenheng?

Legemiddelindustriens våpendragere, korrupsjon, naive og partiske medier og bruk av ICMJE skjema.

Man kan lett få inntrykk av at den biokjemiske psykiatrien er den eneste psykiatrien som finnes, eller i alle fall at den antipsykotiske medisinerer er den eneste behandlingen som virker. En grunn til dette er at legemiddelindustrien har et arsenal av betalte, eller på andre måter belønnede våpendragere over hele verden som rykker ut i media i det land der man mener industriens interesser er truet. Dette er selvsagt en form for korrupsjon som mange aktører prøver å sette grenser for. Det er engang slik at når mye makt og stor fortjeneste står på spill er faren for korrupsjon overhengende. Her i Norge hevdes det at man har sørget for at lukrative utenlandsturer ikke lenger er i bruk som ”smøremiddel”, og EU har tvunget legemiddelindustrien til større åpenhet om sine utbetalinger til leger og andre.

Den internasjonale fagpressen har også tatt sine forholdsregler for å bekjempe denne korrupsjonen og innført bruken av det såkalte ICMJE skjemaet. Dette står for International Committee of Medical Journal Editors. Dette er et skjema som brukes i den internasjonale fagpressen hvor de som skriver artikler eller presenterer forskning må opplyse om de har økonomiske bindinger til legemiddelindustrien eller andre, som er egnet til å svekke deres troverdighet. Det er prisverdig at den internasjonale fagpressen sørger for at folk innen medisinske profesjoner ikke blir ført bak lyset av korrupte kollegaer, men hvem er det som sørger for at landets politikere og allmennheten ikke blir ført bak lyset. Her opptrer norske medier naivt. Det vanlige mønstret er at psykiaterne får breie seg i media uten at kritiske spørsmål blir reist, mens brukerstemmen ikke blir hørt, og vi fra brukerorganisasjonene sliter med å få våre tilsvær eller debattinnlegg på trykk. Det er ingen tvil om at selv om Tvangslovutvalget går inn for fortsatt tvangsmedisinering, oppfatter legemiddelindustrien forslaget som et anslag mot deres interesser, og mediekjøret fra psykiaterne har allerede begynt. Pressen har en vær varsom plakat å ta hensyn til og tvangsmedisinerte mennesker er en utsatt og stigmatisert gruppe. Det burde være et selvsagt krav til media at redaksjonene

forsikrer seg om at det som publiseres, ikke er en betalt lobbyvirksomhet eller skjult produktreklame, enten gjennom bruk av ICMJE skjema eller på andre måter. Media burde også se det som sin samfunnsoppgave å sørge for at brukerstemmen kommer frem, som motvekt til dette kjøret. Det burde også være et selvfølgelig krav at når media nå oversvømmes med artikler og innlegg gjerne med fra tre til tolv underskrifter fra psykiatere og andre fagfolk, at journalister og redaksjoner undersøker om alle disse menneskene er uten kompromitterende bindinger til legemiddelindustrien, slik fagpressen gjør.

Elektrosjokk med tvang eller elektrokonvulsiv behandling som det heter i lovteksten.

Hva angår forslaget om å tillate elektrosjokk henviser vi til vår tilslutning til dissens fra Vibeke Erichsen (LPP) og Jens Petter Gitlesen (NFU). Selv om loven i paragraf 6-13 stiller krav om at personen ikke motsetter seg tiltaket og man stiller tilsynelatende strenge krav anser vi dette for å være jevngott med tvang. I tillegg til det som fremgår av dissensen vil vi bemerke følgende: Selv om man i kjent stil bagatelliserer bivirkningene av denne behandlingen, er det slik at den påfører pasienten et hukommelsestap, som kommer fort, det oppleves dramatisk og skremmende, varer lenge og medfører større eller mindre permanent tap av mentale ferdigheter. Eller som en pasient uttrykte det ”det føltes som om jeg var plutselig blitt rammet av Alzheimer”. Virkningen av denne metoden er i likhet med virkningen av klorpromazin oppdaget ved en tilfældighet, og er sådan ikke et resultat av noen målrettet vitenskapelig forskning. Metoden skal etter sigende ha blitt oppdaget i et griseslakteri i Roma. I likhet med antipsykotiske medikamenter vet man verken hvorfor eller hvordan metoden noen ganger virker, og teoriene varierer fra at dette er en moderne form for djevelutdrivelse, der onde ånder drives ut av elektriske støt, til teorier om en mystisk rensing av nerveforbindelser i hjernen. Man har ingen pålitelige parametere til å forutsi hvorvidt elektrosjokk virker i det enkelte tilfelle og man vet ikke hvor lenge en eventuell positiv virkning vil vare. Metoden er barbarisk i sitt vesen og utførelse av tvungen elektrosjokk behandling burde være strengt forbudt og straffbar.

Skjerming – brudd på menneskerettigheter.

Tvangslovutvalget har valgt å videreføre hjemmelen i lov om psykisk helsevern § 4-3 om såkalt skjerming i institusjonen med tvang opptil med nærmest ubegrenset antall vedtak for to uker ad gangen. Praksis har vist at folk har blitt sittende i varierende grad av tvungen isolasjon på institusjonene i flere måneder. Den foreslåtte § 6-11 gir en klar og utvetydig hjemmel til bruk av tvungen skjerming som ledd i behandling av helseproblemer i institusjon for psykisk

helsevern. Intensjonen om behandling med tvungen skjerming kommer langt klarere til uttrykk i det nye lovforslaget enn i den gamle loven, og kan oppfattes som mottrekk mot Sivilombudsmannens kritikk av norsk skjermingspraksis. Vi viser her til temarapport fra Sivilombudsmannen i 2018 med overskriften: **Skjerming i psykisk helsevern – Risiko for umenneskelig behandling**. Hjemmelen til skjerming av hensyn til andre pasienter finner vi i forslaget § 7-5. Det å kunne få fred og ro på en institusjon når du trenger det kan være viktig for alle og ikke minst psykiatriske pasienter på en institusjon, og det å skille folk som har kommet i kamp med hverandre kan være nødvendig, men derfra til å isolere folk med tvang på ubestemt tid igjennom en serie med 14-dagers vedtak er et grovt menneskerettighetsbrudd, som har ingenting med behandling å gjøre. Norge er det eneste landet i verden som lovhjemler at det som andre plasser i verden kalles tortur får status som lovhjemlet behandling av syke mennesker. Nærmest Norge kommer Danmark men her lovhjemler man kun skjerming som et nødtiltak for å verne pasienten mot seg selv og andre og det presiseres at dette ikke kan brukes i behandlingsøyemed. Dette er den delen av norsk lovverk og psykiatrisk behandling som i utlandet vekker mest forundring og avsky. Denne lovgivingen baserer seg på en norsk reservasjon i forhold til tolkning av menneskerettskonvensjoner av tvilsom juridisk og menneskerettslig kvalitet.

Det å lovhjemle som behandling det som andre nasjoner klassifiserer som tortur har ikke noe vitenskapelig eller forskningsmessig grunnlag, og vil aldri få det. Grunnene til dette er flere: *For det første er Norge alene om å bruke torturlignende metoder som en del av lovhjemlet psykiatrisk behandling, slik at forskning på dette vil kun være av interesse for Norge.*

For det andre stilles det etiske krav til innholdet i en forskning, og det å forske på bruk av isolat for å helbrede psykisk syke mennesker, blir ikke lett å få godkjent i verken. Norge eller andre plasser i verden.

For det tredje vil det være et forventet resultat at isolasjon ikke helbreder psykisk syke mennesker og det er i sin alminnelighet ikke vanskelig å innse at behandlinger av mennesker som er egnet til å gjøre friske mennesker syke, er ikke egnet til å gjøre syke mennesker friske.

Vi ser på den eksisterende hjemmelen til skjerming, som utslag av at norske politikere allerede har gitt ekstreme miljøer innen den biokjemiske psykiatrien alt for stor makt og vi beklager sterkt at Tvangslovutvalget har valgt å både opprettholde og forsterke denne hjemmelen i den foreslåtte lovtekst. Sivilombudsmannen har utarbeidet en egen temarapport

om skjerming i 2018, hvor den norske skjermingspraksisen er kraftig kritisert ut fra et menneskerettighetsperspektiv. ***Hjemmelen til å bruke skjerming i behandlingsøyemed må bort.***

Psykosebegrepet

Psykose er blitt en samlebetegnelse på en rekke tilstander som psykisk helsevern i dag ikke har noen forklaring på. Psykisk helsevern tar utgangspunkt i at den fysiske kroppen er alt som eksisterer og at den virkelighetsoppfatningen som behandleren har, er den som er den gjeldende og sanne. Alle andre virkelighetsopplevelser er et tegn på galskap. Innenfor psykisk helsevern i dag finnes det ingen nysgjerrighet eller villighet til å utforske samt respektere mennesker som har andre erfaringer. Dette synet er vi i Hvite Ørn sterkt uenig i. I dag er det en rekke naturlige tilstander som medisineres bort fordi behandleren ikke har kunnskap om eller aksept for disse tilstandene. Eksempler på disse tilstander kan være mennesker som plutselig har fått et klarsyn. De kan se sjeler fra den andre siden samt se auraen eller energifeltet som finnes rundt alle mennesker. Dette er noe som andre kulturer har kjent til i generasjoner, men som aldri har fått noen aksept i vår kultur. Her sees det på som innbilning og galskap (psykotisk) og skal medisineres bort. Et annet eksempel kan være mennesker som av en eller annen grunn er blitt hypersensitive. De kan sense alt som skjer i et rom både på et fysisk plan og også på et mellommenneskelig plan. Dette kan være veldig overveldende og skremmende for personen som opplever dette. Denne sensitiviteten blir sett på som forfølgelsesvanvidd og psykotisk tilstand og blir totalt sykeliggjort. Begge disse to eksemplene kan gi mennesker sterk angst og utvikle seg til alvorlige psykoser om ikke det blir møtt med forståelse og respekt samt veiledning, uten medikamenter.

For at psykosebegrepet skal gi noen terapeutisk mening, ønsker vi i Hvite Ørn at det må avgrenses. Avgrensningen bør være innenfor den transendente tilstanden, en type transe der man mister bakkekontakten, mister seg selv, havner i en drøm i våken tilstand hvor man har mistet evnen til sortere hva som er drøm og virkeligheten her og nå. Psykosetilstanden fører den rammede ut av kontroll eller på randen av å miste kontroll. Tilstanden kan minne litt om feber uten at kroppstemperaturen øker. Når vi i dag ser at psykosebegrepet strekker seg langt utenfor dette, blir det feil.

Vi ser også en skremmende tendens på at psykosebegrepet utvides og favner stadig flere tilstander/symptomer som ikke bør samrøres med den tilstanden. Vi må ikke glemme at

begrepet også har to forskjellige meninger i den medisinske og rettspsykiatriske terminologien. Dette ser ut til å ha medført en sammenblanding og ført til at en større gruppe blir ansett som psykotiske når det egentlig handler om tvangstanker, fastlåste ideer og forskrudde ideologier. Slike symptomer krever en annen tilnærming enn det vi anser som psykose.

I ABB saken etter 22. juli terroren, så vi at psykiaterne var svært uenige om hvor grensen går for hva som er psykose eller ikke. Det blir helt absurd å tenke seg at ABB hadde fått en bedre tilværelse om han hadde blitt behandlet med antipsykotika. Riktig nok hadde han nok blitt svakere, litt mere føyeelig og lettere å harselere med og kanskje han etterhvert hadde begynt å «dissimulere» for å slippe mer sløvende medikamenter og alvorlige bivirkninger som det medfølger.

Tor K. Larsen Skriver følgende i Aftenposten 29.august.

«En vrangforestilling er en forestilling om en selv eller omverden som, objektivt sett, er feil. Den vrangforestilte holder fast på forestillingen selv om det finnes gode tegn på at det man er overbevist om ikke er riktig.

Et klassisk eksempel er at man føler seg forfulgt og overvåket, uten at man faktisk er det. Et annet eksempel kan være at man er overbevist om at man er spesielt intelligent, uten at man scorer over gjennomsnittet på IQ-tester.

Den klassiske vrangforestillingen er altså en idé som kunne ha vært sann, gitt en annen situasjon enn den som faktisk foreligger.

I saken rundt Anders Behring Breivik ble det skapt en myte om at en vrangforestilling er en idé som ikke kunne ha vært sann, noe som altså er en misforståelse.

Det er fullt mulig å ha politiske eller religiøse vrangforestillinger. Man kan være overbevist om at man er utvalgt til å ta andres liv på vegne av en gruppe som faktisk ikke eksisterer, eller man kan mene seg utvalgt til å lede en sekt som ikke finnes.

De aller fleste vrangforestillinger er enkle å kjenne igjen. Den syke vil utføre handlinger og fremsette meninger som åpenbart er feilaktige og lite meningsfulle. Jo mer overbevist man er

om vrangforestillingens absolutte sannhet, desto mer villig er man til å utføre handlinger som en følge av dem.

Mennesker som har vrangforestillinger, kan forsøke å dissimulere, altså fremstille seg som om man ikke har en vrangforestilling selv om man egentlig har det. En del mennesker med psykose kan ha sterkt behov for å dissimulere dersom de ønsker å fremstå tilregnelige eller unndra seg behandling.

Ikke alle mennesker med psykose er forvirrede i vanlig forstand. Man kan være orientert for tid, sted og situasjon og allikevel være psykotisk.»

Dette Larsen skriver her vitnet til at psykosebegrepet brukes langt utover det som bør regnes som psykose. Her sykeliggjøres radikale meninger og sterke overbevisninger, om noe som er feil. Det er mange som tror på rare konsepter og konspirasjonsteorier som virker meget usannsynlig og fornekte all annen informasjon som kunne tilsi at man tar feil. Her er man ikke i noen transe og tilstanden er ikke sammenlignbar med det psykosebegrepet bør favne. Slike problemer krever en annen tilnærming enn det som vi anser som psykose.

Mange har forbigående psykoser. Sannsynligvis ville de fleste psykoser vært forbigående om den rammede bare hadde fått tid nok til å utforske det de opplever sammen med en behandler i de rette omgivelsene. Hvor lang tid det tar har også sammenheng med hvordan man blir møtt. Det viser seg at når omgivelsene ser på psykosetilstanden som en spirituell krise, blir tilstanden ufarliggjort og utfallet blir bra etter å ha stått i det en stund og fått mulighet til å gjennomleve tilstanden.

Problemstillingen er også grundig gjennomgått i Monika Goretzkis doktorgradsavhandling, *The Differentiation of Psychosis and Spiritual Emergency*. Her diskuteres likhetene og forskjellene mellom de to konseptene «psykose» og «spirituell krise». Gjennom avhandlingen påpeker hun ved flere anledninger at de to begrepene kan være to måter å beskrive samme fenomen på, sett fra to ulike verdenssyn. Verdt å merke seg her er at det går langt bedre med dem som ser på tilstanden som en spirituell krise, enn de som blir sykeliggjort i psykiatrien.

Psykiateren Stanislav Grof har forsket på menneskets bevissthet i 30 år og skriver følgende i sin bok «Psychology Of The Future»: «En av de viktigste følger av utforskningen av

holotropiske tilstander er erkjennelsen av, at mange av de tilstander som på nåværende tidspunkt diagnostiseres som psykotiske og kriklost behandles med undertrykkende medikamenter, i virkeligheten er vanskelige faser av radikal personlighetsforvandling og en spirituell åpningsprosess. Hvis de forstås og støttes på rette måte, kan disse psykospirituelle kriser medføre følelsesmessig og psykosomatisk helbredelse, bemerkelsesverdige psykologiske forandringer og bevissthetsevolusjon. Episoder av denne art kan man finne i sjamaners, yogiers, mystikers og helgeners livshistorier. Verdens mystikerlitteratur beskriver disse kriser som viktige milepæler på den spirituelle vei og bekrefter deres helbredende og forvandlende potensiale. De tradisjonelle psykiatere er på grunn av deres snevre begrepsrammer ute av stand til å se forskjell på psykospirituelle kriser, ja endog ukompliserte mystikertilstander og alvorlig mental sykdom. Den akademiske psykiatris modell av psyken er begrenset til biografi etter fødselen, og er sterkt biologisk ensidig. Dette utgjør alvorlige hindringer for forståelsen av psykotiske tilstands natur og innhold.»

Dette tatt i betraktning, mener vi at begrepet psykose og hva det innebærer er veldig omstridt, spesielt mellom pasient og behandlingsapparat. Som tidligere nevnt har antipsykotika ingen helbredende effekt og gir dårligere recovery på lengre sikt, enn dem som ikke blir medisineret. Antipsykotika bare demper symptomene uten å helbrede årsaken. Dette kan medføre at en pasient vil måtte gå på medisiner og i mange tilfeller være ufør resten av sitt liv til stor kostnad for samfunnet og den enkelte pasient, fordi årsaken ikke er helbredet eller møtt på en måte som kan gi forståelse og dermed helbredelse. Pasienten blir låst inne i medisiner resten av sitt liv med de konsekvensene det har for den pasientens helse og velbefinnende. Derfor må tvangsmedisinering med antipsykotisk medikasjon avskaffes og man må utdanne terapeuter som kan veilede personer i en spirituell krise samt lytte til og samarbeide med de som har erfaringskompetanse på dette området. Det er også viktig at det er pasienten som står i fokus og en helbredelse skjer raskere dersom pasienten opplever og blir møtt med en dyp respekt og forståelse.

Brudd på tanke- tale og religionsfrihet

Vi vet at en stor andel av befolkningen tror på en eller annen konspirasjonsteori, har en eller annen religiøs tro. Vi ser også at sjamanisme og spiritualitet også er ganske utbredt. Sjamanisme er en ikke-dogmatisk naturtro som mest bygger på erfaring og opplevelse av kontakt med ånde verden, hvor det er stort rom for fri tenkning og egne tolkninger av erfaringer. Oss som både er bevandret i spirituelle miljøer og har hatt psykoser ser at

tankegodset i miljøet og hos mange psykotiske har sine paralleller og noen ganger samsvarer med de spirituelle miljøers meninger.

Sykeliggjøringen og tvangsmedisineringen av forestillinger, meninger og tilstander som man som ateist ikke forstår er brudd på retten til tanke-, tale og religionsfrihet.

Som vi har sett i ABB saken er det tilløp til at man vil psykoseforklare og da som følge av dette, medisinere vekk meninger og holdninger som man ikke liker. Dette gir assosiasjoner tilbake til sovjettiden da dissidenten Andre Sakharov og om lag to millioner andre dissidenter ble tvangsinnlagt på et psykiatrisk sykehus av sovjetregimet.

Psykose er gjerne en spirituell opplevelse, hvor spirituelle og religiøse opplevelser og symbolspråk ofte forekommer.

Når den spirituelle opplevelsen blir møtt av den biokjemiske psykiatrien med sykeliggjøring og en såkalt realitetsorientering, der pasienten mer eller mindre tvinges til å underkaste seg den biokjemiske psykiatriens materialistiske og ateistiske menneskesyn, blir pasienten merket for livet.

Alle former for spiritualitet blir sykeliggjort og alle spirituelle tanker blir stemplet som psykotiske og bevis på manglende sykdomsinnsikt, og dermed er det legitimt å forsøke å medisinere slike tanker vekk. Den som fastholder en spirituell tenkning av noe slag risikerer forlenget frihetsberøvelse og ytterligere tvangsmedisinering. Religiøs tro står heller ikke høgt i kurs innen den biokjemiske psykiatrien, noe de forskjellige kirkesamfunn burde ta tak i.

En viktig grunn til at vi i Hvite Ørn er opptatt av religion og spiritualitet er at våre erfaringer tilsier at det å finne et åndelig hjem for spirituelle opplevelser har vært en viktig del av recovery prosessen for de som klarer å bli friske, eller oppnå bedre helse og komme ut av medisinbrukens malstrøm. Hva som er til hjelp for den enkelte varierer, men det kan for eksempel være pusteøvelser, stemmebruk øvelser, meditasjon, yoga, østens filosofier, sjamanisme eller kristendom, for å nevne noen alternativer eller en form for nyreligiøsitet med blanding av flere elementer. Terapeuter som har en forståelse og respekt for spiritualitet og som evner å veilede ved en spirituell krise har også vært til god hjelp.

Vi kjenner derimot ikke til at materialistisk ateisme har vært til hjelp for noen i en recovery prosess, og forestillingen om at en psykose skyldes en kjemisk feil i hjernen har etter det vi

kjenner til ikke hjulpen noen, men derimot skremt mange og tatt fra folk livsmotet. Hjernefeil hypotesen bør kunne sees i sammenheng med det høye selvmordstallet innen psykiatrien.

I 2017 innførte man begrepet ”manglende samtykkekompetanse” som et av lovens vilkår for å utøve tvang mot syke mennesker. Dette var en tilpasning til krav fra menneskerettskonvensjoner og var ment å skulle redusere omfanget av tvangsbruk.

Dette har ikke skjedd, og vi i Hvite Ørn mener at det har forsterket tendensen av at det er farlig for pasienter å være uenig med en psykiater. Fasiten har blitt at hvis pasienten er enig med psykiateren er han/hun samtykkekompetent men hvis pasienten er uenig med psykiateren og ikke vil spise pillene sine mister han/hun sin samtykkekompetanse. Lovverket på sin side legger delvis opp til en slik praksis. Man kan først spørre om samtykke og etterpå kan man vurdere å bruke tvang, hvis samtykke ikke oppnås.

Vi mener bestemt at loven om likestilling og forbud mot diskriminering brytes av dagens psykiatriske praksis. Dette må stoppes umiddelbart.

Skadelig Konflikt nivå

Måten den biokjemiske psykiatrien møter psykoserammede pasienter og deres familier på med tvangstiltak, tvangsisolasjon og tvangsmedisinering og ”realitetsorientering” med krav om konformitet til et materialistisk ateistisk menneskesyn skaper ofte et farlig og uforsvarlig konfliktnivå, og da er det pasienten det går ut over.

Når en pasient opplever at fagfeltet i psykiatrien sykelliggjør egenskaper, forhold og opplevelse som ses på som frisk og naturlig i andre kulturer og miljøer oppstår konflikt og krenkelser. Uenighet skaper et alvorlig konfliktklima som igjen trigger aggresjon. Å være i et slikt spenningsfelt med de som er ment til å hjelpe pasienter i en psykose vil føre til mer indre kaos og frykt hos pasientene. Å måtte stå i en slik konflikt i den mest sårbare fasen i en psykose er svært uheldig og i verste fall ødeleggende for den naturlige sunne utviklingen i prosessen og i stedet føre til både skade og vanvidd.

Pasientene opplever denne tvangskonverteringen som ekstrem mobbing og ondsinnet, noe som er det aller siste man trenger når man er i sin verste livskrise.

Videre er det provoserende når behandleren leter etter symptomer for å diagnostisere og medisinerer, i stedet for å spørre pasientene om hva som har skjedd, eller bry seg om årsaken til krisen, samt bagatelliserer både skade- og bivirkninger pasienten klager over ved medisinerer. Da føler pasientene seg misforstått. Om pasientene forsøker å forklare en annen hypotese om hva som er årsak til sine problemer blir de ikke tatt seriøst. Resultatet av dette blir konflikt. Pasienten føler seg sikker på at det ikke er medikamenter som er løsningen. Behandlerne skal behandle med medikamenter for enhver pris, sier pasienten nei, dømmes vedkommende til å mangle sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse. Det går flere dager av oppholdet som koster 20.000 kr døgnet til ytterligere sykdomsbringende kringling om medikamenter eller ikke. Snakk om sløsing med tid og penger. I en slik setting hadde et hvert friskt menneske blitt rasende. Men om pasienten blir sint, da bekrefter det bare sykdommen sett i fra behandlerens øyne. Der fagfolk burde være best til å forstå seg på menneskelige reaksjoner, forstår de ikke en gang forskjell på raseri og vold. Er pasienten sint er det utagering, pasienten må da knebles og legges i belter. Etterpå klager de ansatte over farlige pasienter uten en gang å ha forstått hvorfor pasientene blir sinte, uten å se at det var dem selv som var utøveren av volden. Som pasient blir man jo bare enda mer provosert av det man opplever som stakk dumme ansatte. Når makten er så overveldende, gir til slutt pasienten etter, slipper fanden løs. Hvem i all verden hadde klart å holde hodet kaldt i en slik setting pasientene må stå i? Har faglæren blitt så biologiorientert at fagfolk tenker at hvordan ansatte møter pasientene er helt ubetydelig i behandlingsøymed?

Det er mange godhjertede mennesker som jobber i psykiatrien, men på grunn av et grunnleggende feil menneskesyn som råder, blir psykiatrisk behandling bare mer og mer på trynet. Det er hypotesen om biologisk hjernefeil og korrigering med medikamenter som står i sentrum. Pasientenes ressurser og autonomi undertrykkes. Resultatet av dette på sikt, blir enda større forvirring og ytterligere nedbryting av selvtilliten til dem man skulle hjelpe. Det er vel det motsatte som burde være målet og tilskrives som godt behandlingsresultat?

Den utstrakte legemiddelbruken mot psykiske vansker som foregår i samfunnet i dag, fører nok dessverre også til at grensen for å bruke illegale piller og rusmidler har blitt lavere enn noen gang. Mange blander legemidler og ruspreparater, noe som blir en farlig cocktail for sinnet. Det som er enda verre er når psykiatere setter sine pasienter på legemiddelcocktailer

som ingen vet konsekvensen av. De verste tilfellene er opp til 30 forskjellige medikamenter samtidig. Noe Helsedirektoratets retningslinjer fraråder. Hvor er helsetilsynet i disse polyfarmasisakene? Og er det rart at det blir mye konflikt og pasientene bare blir sykere og sykere?

Rettsikkerhet – Domstolmodell

Som tidligere nevnt går vi inn for det som Tvangslovutvalget har kalt en domstolmodell.

Som begrunnelse for dette vil vi begynne med å sitere fra vår høringsuttalelse til Tvangslovutvalget 01.10-2017:

Tvangsinnleggelse med tvangsbehandling og tvangsmedisinering er en frihetsberøvelse og brudd på menneskerettighetene. Når statsmakten finner det legitimt å krenke enkeltmenneskets menneskerettigheter gjennom frihetsberøvelse, bør det være et rettsikkerhetskrav at det skjer gjennom domstolsbehandling der statsmakten har bevisbyrden og en som begjæres fratatt menneskerettigheter har en profesjonell forsvarer, slik tilfellet er i rettspleien. Det bør ikke være lettere å utsette en som er syk for frihetsberøvelse enn en som har begått kriminelle handlinger. Dette rettsikkerhetskravet står i sterk kontrast til dagens lovgiving og praksis, hvor en vurdering fra en eller toppen to uavhengige leger/psykologer kan føre til frihetsberøvelse. Tvang kan legitimeres gjennom at den frihetsberøvende eksperten vurderer at pasienten ikke har samtykkekompetanse. Pasienter kan bli utsatt for tvang uten døgnopphold (TUD) i årevis før tvangsvedtakene er fornybare. TUD består hovedsakelig av tvangsmedisinering. Det illustrerer rettsikkerhetsproblemene i psykiatrien at bruken av tvang varierer fra land til land, og i Norge har vi store regionale forskjeller fra lite til omfattende bruk av tvang. Dette er et utslag av at faglige subkulturer i psykiatrien i stor grad benytter seg av vidtgående fullmakter til frihetsberøvelse av mennesker i ulike livskriser, som lovgivningen gir de hjemmel til. Alternativet til tvangsinnleggelser og tvangsmedisinering bør være en kunnskapsbasert praksis, som tar i bruk moderne medisinfrie behandlingsmetoder, samt har et løpende samarbeid med pasienter og pårørende, som omfatter avtaler om hvordan psykoseutbrudd best kan håndteres for den enkelte pasient. Til dette vil vi tilføye at når staten reiser sak mot et enkeltmenneske med krav om frihetsberøvelse i form av tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering er det en selvfølge at det oppnevnes en forsvarsadvokat for statens regning fra første stund en slik tvang er aktuell. Vi mener også at i en rettstat bør intet menneske ha makt som i praksis omfatter det å være både politi, påtalemyndighet og dommer i en og samme person. Utøvelsen av en slik inkvisitorisk makt bør høre middelalderen og historien til. Vårt krav er at psykiatriske

pasienters rettsikkerhet bør omfatte rettslige prinsipper som kontradiksjon og habeas corpus, slik at krav om frihetsberøvelse og tvangsmedisinering m.v. behandles av domstoler hvor de som er psykisk syke har en egen forsvarer. Det bør verken oppfattes eller fremstilles som et urimelig krav å be om at syke mennesker får like god rettsikkerhet som kriminelle i en rettstat.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

I utredningen s. 251 fremkommer det at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold(TUD) ikke er til nytte for pasienten. Rugkåsa sin gjennomgang konkluderer med at det ikke er evidens for effekt av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er da merkverdig at utvalget foreslår å opprettholde dagens ordning med TUD. Vi i Hvite Ørn krever at ordningen avvikles.

§ 6-5 nr.5 Antatt samtykke for en frisk person.

Tvangslovutvalgets forslag til § 6-5 nr.5, som omhandler vilkår for tvangsbruk, har følgende ordlyd. <Personen må antas å ville ha samtykket til tiltaket dersom vedkommende hadde vært beslutningskompetent. Vilkåret gjelder ikke for person under 16 år>.

Dette vilkåret er satt opp for å imøtekomme internasjonalt fastsatte menneskerettighetskrav, men satt inn i en sammenheng der man bl.a. har tenkt å tvangsmedisinere mennesker med antipsykotiske medikamenter. Her får vi en ondartet logisk brist. Her inviterer man fra den biokjemiske psykiatrien stortinget som lovgiver, inn i sin egen boble, der man sykeliggjør mennesker som forholder seg til vitenskapelige fakta, og er uenig med det som den biokjemiske psykiatrien mener burde vært fakta.

Det burde være innlysende at hvis rasjonelt tenkende mennesker stilles overfor et informert valg om de ønsker at den sykdommen de bærer på blir behandlet, eller om de foretrekker en ubehagelig og risikabel symptombehandling, er det neppe noen tvil om hva folk ville velge. Likeledes er det innlysende hva rasjonelt tenkende mennesker velger hvis de stilles overfor et informert valg om hvorvidt de foretrekker medisiner som gir en ubehagelig og risikabel symptombehandling og vitenskapelige undersøkelser har vist at de gir en dårligere prognose for deres sykdom enn ingen medisiner. Her inviteres Stortinget nærmest til å vedta en lov som slår fast at det er sykt å ikke tenke som en biokjemisk orientert psykiater tenker, uansett om det strider mot vitenskapelige fakta. Tar man den foreslåtte lovbestemmelsen på alvor vil vilkårene for tvangsmedisinering ut fra lovforslagets krav om forventet resultat av rasjonell tenkning ikke være oppfylt og tvangsmedisinering dermed ulovlig. Tvangsmedisinering vil

derfor trenge ”psykiatrisk” spesialtolkning og ønsketenkning. Det forekommer at man her står overfor en form for faglig narsissisme.

Krav om skadeerstatning.

For å imøtekomme internasjonale krav om domstolsbehandling av menneskerettighetsspørsmål har man innarbeidet behandling av slike spørsmål i tvistelovens kapittel 36. Etter det vi kan omhandler dette kapittel overprøving av vedtak, men legitimerer ikke behandling av erstatningskrav. Når lovforslaget fra Tvangslovutvalget forutsetter at man fortsetter ulovlig og menneskerettstridig praksis som tvangsmedisinering og skjerming, er det beklagelig at utvalget ikke har sagt noe om hvordan kommende erstatningssaker burde behandles. Det gjelder både den enkelte maktutøvers misbruk av makt, det offentliges ansvar som arbeidsgiver og statens objektive ansvar som lovgiver og arbeids/oppleggsgiver.

Psykotiske mennesker er stort sett lovlydige borgere som befinner seg i en spirituell krise, men maktutøvelsen som praktiseres legitimeres gjerne med at stigmatisering i en slik grad at noen finner det opportunt å sammenligne psykoseerfarere med Anders Behring Breivik.

I psykiatrien risikerer vi å møte hardhendt behandling innenfor et system som kan være preget av overgrepmentalitet og medisinsk formynderskap. Den voldsutøvelsen som psykosepasienter utsettes for regnes per lovens definisjon som omsorg, som pasienten bør være takknemlig for og gir selvfølgelig ingen rett til voldsoffererstatning.

Disse psykiatriske pasienter utgjør i dag en stor gruppe stigmatiserte og rettløse voldsofre.

Konklusjon

Dagens lovverk er modent for revisjon men Tvangslovutvalgets forslag bør tilbakekalles og det bør utarbeides et nytt mandat for et nytt/utvidet utvalg som har følgende hovedmandat: Innarbeide oppfølging av bestemmelser i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, Konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne funksjonshemmede (CRDP) og andre relevante menneskerettighetskonvensjoner i en felles tvangslov, uten særtolkninger eller andre reservasjoner som begrenser menneskerettighetene til norske borgere og de som bor i Norge. Utrede en domstolmodell som ivaretar borgernes rettsikkerhet på en effektiv og betryggende måte. Utrede erstatningsordninger for de som utsettes for overgrep. I dette utvalget bør organisasjonen innen voksenpsykiatrien være fyldig representert. I tillegg bør Stortinget opprette et granskningsutvalg for å granske den ulovlige

praksisen med tvangsmedisinering etter gjeldende lov om psykisk helsevern og menneskerettighetsbrudd knyttet til skjerming, og sørge for at ofre for disse overgrep får oppreisning og erstatning. Ofre for disse lovbrudd bør behandles med samme respekt og omsorg fra Stortingets side, som ofre for trygdeskandalen.

For landsstyret i Hvite Ørn

Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen (sign)

Styreleder

Jón Ágúst Einisson (sign)

Nestleder

Vedlegg 1

Skriftlig innspill til Tvangslovutvalget

Hvite Ørn har som brukerorganisasjon innen psykisk helsevern mottatt en invitasjon til å komme med skriftlig innspill til utvalget, begrenset til to A4 sider, innen 1. oktober. For best å ivareta våre medlemmers interesser innen de gitte rammer, vil landsstyret i HØ konsentrere dette innspillet om tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og tvangsmedisinering hjemlet i lov om psykisk helsevern, og faglige og rettsikkerhetsmessige problemstillinger knyttet til dette. Bakgrunnen for prioriteringen er at en del av våre medlemmer har blitt traumatisert gjennom hardhendt og ufølsom tvangsbehandling og har dette som en tilleggsbelastning til opprinnelige utfordringer med psyken. I Reidun Norvoll sin studie (2008) kommer det fram at tvang kan skape traumer/PTSD, og at behandlings- og omsorgssystemene bør bygge inn en tenkning om at tvangsmessige eller voldelige handlinger kan føre til retraumatisering og/eller skape nye traumer. ([Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – internasjonal og nasjonal litteratur](#)) s. 29, 3.5.3: «Bakgrunnen for den økende oppmerksomheten er forskning som viser at det finnes en stor forekomst (opp til 98%) av traumatiske livshendelser for mennesker med psykiske lidelser og som er innlagt i institusjon.»

Generelt om rettsikkerhet og tvang:

Tvangsinnleggelse med tvangsbehandling og tvangsmedisinering er en frihetsberøvelse og brudd på menneskerettighetene. Når statsmakten finner det legitimt å krenke enkeltmenneskets menneskerettigheter gjennom frihetsberøvelse, bør det være et rettsikkerhetskrav at det skjer gjennom domstolsbehandling der statsmakten har bevisbyrden og den som begjæres fratatt menneskerettigheter har en profesjonell forsvarer, slik tilfellet er i rettspleien. Det bør ikke være lettere å utsette en som er syk for frihetsberøvelse enn en som har begått kriminelle handlinger. Dette rettsikkerhetskravet står i sterk kontrast til dagens lovgiving og praksis, hvor en vurdering fra en eller toppen to uavhengige leger/psykologer kan føre til frihetsberøvelse. Tvang kan legitimeres gjennom at den frihetsberøvende eksperten vurderer at pasienten ikke har samtykkekompetanse. Pasienter kan bli utsatt for tvang uten døgn (TUD) i årevis fordi tvangsvedtakene er fornybare. TUD består i hovedsak av tvangsmedisinering. Det illustrerer rettsikkerhetsproblemene i psykiatrien at bruken av tvang varierer fra land til land, og i Norge har vi store regionale forskjeller fra lite til omfattende bruk av tvang. Et utslag av faglige subkulturer i psykiatrien, som i stor grad benytter seg av vidtgående fullmakter til frihetsberøvelse av mennesker i ulike livskriser, som lovgivningen bidrar til. Alternativet til tvangsinnleggelser og tvangsmedisinering bør være en kunnskapsbasert praksis, og som tar i bruk moderne medisinfrie behandlings-metoder, samt har et løpende samarbeid med pasienter og pårørende, som omfatter avtaler om hvordan psykoseutbrudd best kan håndteres for den enkelte pasient.

Bakgrunn for vide tvangsfullmakter i dagens lovgiving:

Det har vært og er til dels ennå knyttet mytedannelse, uvitenhet, fordommer, redsel og stigma til psykiske lidelser og da spesielt det som betegnes som tungpsykiatri. Frem til integreringstanken kom på 70-tallet, hørte de såkalt sinnslidende til de grupper funksjonshemmede som rutinemessig ble lukket inne på institusjoner. Det antas at dette har preget lovgivingen. Den medisinske industrien har drevet en aggressiv markedsføring av psykofarmaka som det eneste ansvarlige i tungpsykiatrien, med til dels korrupte metoder, og praksisen med tvangsmedisinering, særlig av folk med psykoselidelser, må ses på bakgrunn av dette.

Ny kunnskap og endrede forutsetninger: Tvangsmedisinering må avskaffes med forbud.

Nyere tids forskning påviser forhøyet dødelighet blant psykiatriske pasienter, sammenlignet med den øvrige befolkningen. Gapet mellom forventet levealder for psykiatriske pasienter sammenlignet med befolkningen for øvrig viser en økende tendens, som er sterkest hos folk med psykotiske lidelser. I Norge antar man at menn med schizofrenidiagnose lever i snitt 27 år kortere enn det som er forventet levealder og kvinner rundt 25 år. Folk med bipolare lidelser har forkortet levealder på henholdsvis 24 og 25 år for kvinner og menn. Levealderen er redusert med nærmere en tredjedel og forventet levetid for disse gruppene ligger på mellom 55 og 60 år. Det er ikke den psykiatriske sykdommen som tar livet av folk, men vi som er psykiatriske pasienter plages med reduksjon av kognitive funksjoner, overvekt og sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer og lignende. Vi får således et forkortet liv med mye uhelse. Årsakene antas å være sammensatte, men de fleste er enige om at bruken av psykofarmaka er en medvirkende faktor. Man antar at de såkalt nyere generasjoner av psykofarmaka er mer dødbringende enn tidligere generasjoner. Ifølge en masteroppgave av Siddharta Luitel ved universitetet i Tromsø i 2014 ligger Norge i verdenstoppen når det gjelder bruken av psykofarmaka med 21 - 22 brukere per 1000 innbyggere i 2014. Farmasi industrien skjuler at bruk av psykofarmaka kun er symptombehandling og at disse preparatene ikke har helbredende virkning. Videre har de markedsført en mytelignende, idealisert, skjønnmalt og forenklet beretning om hvordan psykofarmaka revolusjonerte psykiatrien når de kom på markedet i 1956, for å bygge opp under skrekkvisjoner av en tungpsykiatri uten psykofarmaka. Sannhetsvitnene om hva som skjedde den gangen er ikke lenger med oss, og denne idealiserte fremstillingen blir sjelden imøtegått, og er noe de fleste tror på. I tillegg har farmasi industrien gjennom sin markedsføring klart å bygge opp under myten om at psykiske lidelser skyldes kjemisk ubalanse i hjernen som må utlignes gjennom varig inntak av psykofarmaka. Dette er et utgangspunkt for tvangslovgivingen og psykiatriens behandling av sine pasienter, selv om man i dag vet at kjemisk ubalanse i hjernen ikke er sykdomsårsaken og forsøkene på å påvirke hjernens kjemi gjennom inntak av psykofarmaka fremkaller forsvarsreaksjoner og vil over tid føre til irreversible skadevirkninger. Med den kunnskap man nå har om skadevirkningene av psykofarmaka, burde tvangsmedisinering vært stoppet, da den ikke oppfyller lovens krav om positiv virkning. Det bør være lovgiverens oppgave å sørge for at tvangsforgiftning med psykofarmaka opphører på grunn av nedsatte kognitive funksjoner, fysisk uhelse og alt for tidlig død som konsekvens. Skadevirkningene av psykofarmaka kan ikke lenger sies å ikke være bevist. Statlige myndighetsutøvere kan ikke fraskrive seg ansvaret, og det er ikke akseptabelt at staten bemyndiger helsepersonell til å drive sjansespill gjennom tvang med pasientenes liv og helse.

I artikkelen [Tvangsmedisinering i psykisk helsevern, systematisk litteraturgjennomgang](#), i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 54, nummer 2, 2017, står det: "Tvingne intramuskulære injeksjoner var blant de tvangstiltakene pasientene opplevde mest negativt. Generelt var personalet mer positive til alle former for tvangsbruk enn pasientene, spesielt de tvangsformene de tidligere hadde anvendt selv." Det er ikke noe nytt at tvang beskrives som «Natt og dag» alt etter som man spør pasienter eller ansatte. (Norvoll og Husum. 2011).

Man kommer ikke tvangsbruken til livs uten styrking av pasientenes rettsikkerhet og normer for skadeerstatning for tap av helse gjennom tvangsmedisinering. Helsepersonell må ansvarliggjøres for misbruk av makt og statens objektive erstatningsansvar må tydeliggjøres.

Vi i Hvite Ørn er selvsagt villige til både å utdype og drøfte våre synspunkter om det er ønskelig og dette innspill blir publisert på vår hjemmeside til orientering for våre medlemmer.

For landsstyret i Hvite Ørn

Jan Magne Sørensen Leder og Jón Ágúst Einisson Nestleder