

Terje Vestheim, Psykiater

Filsetvegen 2332 Åsvang, 2332 Åsvang, tvesthei@gmail.com

Åsvang 08. november 2021

Til Helse og omsorgsdepartementet

Høringsvart til oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget

Privat innspill

Gjelder innspill til endringer i NOU 14-2019 som HOD velger å følge opp

Høringsfrist 8. november 2021

HOD ber samtidig om forslag til hva som må til for å sette PHVL basert på NOU 14-2019 ut i livet. I tillegg inviteres bredt til nyttige forslag til forbedringer i tjenesten.

Jeg ønsker derfor følge opp med de erfaringer jeg har hatt med implementering av de nye helselovene på arbeidsplassen for 20 år siden, og arbeidet jeg har vært med på for redusert og riktig bruk av «tvang». Jeg vil vise til deltakelsen i arbeidsgruppa som leverte rapporten IS 13-70 i 2009 og høringer fra DNLF/Npf til NOU 9-2011 med et tilleggsnotat fra meg.

Styret i Npf satte ned ei gruppe til å arbeide med tema «samtykkekompetanse» etter at prof. Bernt presenterte et lovforslag for gruppa.



DNLF/Npf, styremedlem Terje Vestheim januar 2010 ved «kick off» NOU 9-2011

Tvangsinnleggelsen sier at hjelpa kom for sent

Tvangsmedisineringen betyr at det var blitt alt for sent

Tvunget ettervern betyr at det stadig er

håpMå til for å lykkes

TID OG TRYGGET

FAGKOMPETANSE

LEDELSE SOM VIL DETTTE

REGJERING SOM HANDLER

«Manglende samtykkekompetanse» som kriterium for behandlingskriteriets gyldighet er feil å fortsette på. Det er prøvd i 4 år med store negative konsekvenser. De er tydelige og utvetydige.

Retten til tvunget psykisk helsevern som en grunnleggende sikkerhet for oss alle. I NOU 14/2019 settes retten til beskyttelse og helse etter de internasjonale konvensjonene. Reell frihet og autonomi betinger også god helse og fungering. Lovforslaget er i ubalanse.

Forslaget preges av sviktende faglige forutsetninger. Slagsiden av gode intensjoner forsterkes slik jeg leser høringsnotatet.

Den store og utfordrende oppgaven utvalget fikk var i realiteten å foreslå en ny PHVL som samtidig passet andre behov for tvang i helse og omsorgstjenesten.

Hadde DNLF/Npf som tidligere fått utnevne sin egen representant til utvalget kunne mye sett annerledes ut. Fastleger, leger i somatikken, psykiatere og psykologspesialister har ansvar for alt det loven omtaler av tvang. Det er et personlig ansvar som stadfestet gjennom vedtak.

Utvalgets sammensetning er sterkt kritisert av mange. Det hadde en klar politisk slagside med mange gode intensjoner, men ikke kunnskap for å nå målene.

«Samtykkekriteriet» viste seg uegnet. Leger i psykiatri det ikke, eller HDIR veiledet skjevt. «Å mangle beslutningskompetanse» er nær identisk med det innarbeidede «ikke ha innsikt». Dette kliniske begrepet stemmer over ens med «psykotisk», og dekker den avgjørende formuleringen for å vurdere «samtykkekompetanse» Og det er her det svikter.

Forstå konsekvensene av å velge et tiltak eller å ikke la noe gjøres. (allmenn forståelse)

NOU 14-2019 er ikke vei å gå for den spesifikk psykiatriske siden av tvang.

Jeg har mange kolleger innen akutt-, psykose- retts- sikkerhet-psykiatri som kan bidra i det videre arbeidet Innen forebygging, tidlig behandling, psykologisk behandling viser jeg til Jan Olav Johannesen. **Hans nylige artikkel gir den beste retningen heretter.**

Ingen har vel samtidig årene innen ettervern, frivillig, tvang, dom og psykososialt og miljøterapeutisk samarbeid og tvangsforskning og overordnet ansvar som jeg har. Jeg stiller meg til disposisjon ved å skrive om temaene i denne høringen.

Jeg går ikke inn på høringsbrevets spørsmål om tvang ut over dagens §3 og §4-4.

Det er særlig mye å legge til mht tvangsmedisinering.

Tema som er avgjørende for kvaliteten, da også tvang, er satt i KURSIV

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Vi må løse de store oppgavene sammen s.4

Hovedkonklusjon og alternativer s.5

Mer psykotisk vold og dømte s.6

Ordensmakta tar over s.7

Flere psykotiske og mangfold av konsekvenser s.8

Hedmark, lange linjer, lite tvang, noe å huske s.9

En historisk sammenheng i alt s. 16

«Aldri i verden NOU 14-2019» s.17

Utdrag fra Jan Olav Johannesen og Lars Lien s 17 FULLTEXT s.46 *)

«Moderne psykoseforståelse: konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk» (01.11.21)

https://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/debatt/2021/11/03/konsekvenser-for-farlighet-tvang-og-lovverk/?fbclid=IwAR16luBDAKnk_McjLiPI9Zct-X8uGlRUFxGMODB62ES1Bc9PkNvPYQcQUVU

Arbeidet for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang siste årene s.20

Høyesterettsdom, legalitet s. 24

«Bakteppe» s.26

Medikamenter s.27

Observasjonstiden s.29

Nederlandsk studie; Reduksjon av antipsykotisk bedre enn «as usual» s.31 *)

Mad in America, Peter Gørzche med mine kommentarer s.32 *)

ECT s.33

Departementet ber om at høringsinstansene vurderer.. s.34

Medikamenter som reduserer tvang (og død) s.-35

Reservasjon s.37

«Medisinfritt» og miljøterapi s. 38

Tvang kan redde liv, beskytte, og være så forskjellig s.40-41

Nærmere inn på høringsbrevet s. 42

Blant noen allerede innleverte hørings svar merker jeg meg fra Norsk forskningsråd. S.44

Myter og beskyldninger i psykiatri s.45

3 Undervurderte tilstander s. 48

Ungdom, sekundær rus, bipolart spekter depresjon

Sikkerhetspsykiatri; Ikke spesielt, men spesialitet s.50

Sykehusbygg s.51

Overordnet POLITIKK, HVA VIL SKJE s. 52

«Tvangskonferansen» på Hamar, **DEN STORE DIALOGEN**,
2008-2016 «Menneskerettigheter TVANG og etikk» s .53

TVANGSFORSK s. 54

«Moderne psykoseforståelse: konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk» s.55

Et tilbakeblikk på Sanderud sykehus i Hedmark som alltid har hatt færrest tvangsinnleggelser s.58

REFERANSER s. 70

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling.
Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Mitt omfattende høringssvar er berettiget fordi vi må løse de store oppgavene sammen

-saken er svært alvorlig fordi det handler om menneskers fremtid, helse og funksjon

Som forklart i artikkelen i full tekst lenger ned (Johannesen, Lien)

-berører alle deres familie og venner. Som lovutvalgene siste 25 år har vektlagt

-berører helsepersonell sterkt, og jeg ønsker å bidra til det bedre

-svært krevde arbeidssituasjon, mer vold og tvangsbruk under innleggelse

-symmeldinger helseskade, noen ganger fysisk, fare for egen psykisk sykdom

-Opplevelse av pålagt feil behandling, brudd på etiske normer og tap av engasjement

-Konflikt med ledere hvis støtten uteblir, «flukt», rekrutteringssvikt

-Opplever tjenesten i vanry, og mistillit hos brukere, pårørende og samarbeidspartnere

Pårørende er de som oftest utsettes for psykotisk motivert vold og drap

-har stor betydning for psykisk helsetjeneste på fire nivåer resursmessig.

-Kommunalt overbastende, tar ressurser fra andre, fastlegene uten nødvendig kapasitet

-Økt behov for omsorgstjenester, bemannede boliger og sykepleiekompetanse

-lavere fungering (ADL), rehabilitering, sosialt og aktivitet/jobb vanskeligere

-DPS opplever at de ikke lenger har tid til pasienten i faser de trenger dette nivået

-Sykehusenes nedbygde avdelinger overbelastes

-Avdelingene belegges med økende andel dømte til tvunget psykisk helsevern

(«Schizofrenier» med eller uten mani, med eller uten rus har alltid belagt største delen av døgnoppholdene, og behov for lange innleggelser vil bestå for mange)

-Regionale sikkerhetsavdelinger presses, og fengslene må beholde flere psykotiske og uavklarte truende tilstander. Tvinges til å isolere de syke innsatte som tåler det dårligst.

-Staten opplever svekket folkehelse

-Frafall i skolen og utenforskap

-Flere, særlig unge uføretrygdete, særlig unge

-tapt arbeidskraft og kompetanse

-Vanskelig å redusere rusproblemer, selvmord, høyne levealderen (ca 20 år lavere)

-Utrygghet i samfunnet. Vold og skade slås stort opp

-Politiets «psykiatrioppdrag» øker, er allerede doblet fra 2016

-Domstolen får flere saker

-MANGE flere dømmes til tvunget psykisk helsevern

Hovedkonklusjon, alternativer

NOU 14-2019 er ikke et bortkastet arbeid, men et ærlig forsøk, må i sin helhet må forkastes. De mest kritiske røster har fått stadig mer og nå for mye makt over politikken.

«Det blir aldri «pasientens helsetjeneste» på den måten. «Alle må med»

Mange forslag er viktige og kan benyttes.

Departementet har ikke klart å oppfylle visjonene om å viske ut skillelinjene mellom grupper. Og heller ikke fjerne diskriminering.

Pasienter som trenger opphold i «sikkerhetsavdeling» skilles fra som annerledes mennesker.

Dette ulogisk. Ikke for mye og ikke for lite «tvang» gjelder gjelder all behandling, hvor som helst, individuelt, i situasjonen og sykdomsfasen.

Målet om diagnose nøytralt lovverk er ikke oppfylt. Det viser seg nær umulig å likestille forbigående psykoser med permanente organiske tilstander og akutte situasjoner i somatikken.

Forslag til praktiske, gode fungerende lover:

1: Vi kan forbedre PHVL for framtida. Innlemme flere nødvendige eller godt forslag i eksisterende lov.

Spesielt senke aldersgrensen for loven til 14 år og sammenfatte tvangshjemler ved alvorlig psykisk sykdom og alvorlig ruslidelse, gjeldene der ruslidelsen er alvorligere enn sinnslidelsen.

2a: Dagens §3 og §4-4 kan evt legges til en ny PHVL «Lov for riktig bruk av tvangsinnleggelse» Som bygger på PHVL 1999

2b: Alle andre tvangstiltak som naturlig gjelder generelt i en ny lov. «Tvangsbegrensningsloven» som bygger på NOU 14-2019

3: En mulighet er et avsnitt for psykiatri, dårligste alternativ, som ble avist i 2010.

LEGER TRENGER LOV SOM ER ENKEL OG TREFFER FORMÅLET HELSE BEDRE

Legene må evne å benytte PHVL med forskrifter som et verktøy i klinikken

Kontrollkommisjonene må sammen med spesialistene få hovedansvaret for konsensus nasjonalt.

Det er allmennlegers og legespesialisters (i visse saker psykologspesialister) personlige ansvar etter loven helsepersonelloven å handle faglig forsvarlig når tvang må vurderes.

Konvensjoner og nasjonale lover må følges etter beste etiske skjønn.

Rettsikkerheten blir ikke reell uten en lov som forstås likt.

Det er leger som får **kritikk og sanksjoner** fra Helsetilsynet om vi feiler.

Det er psykiatere som blir **«skyteskiva»** om en representant for feil og mangler skal pekes ut.

Når noen skades eller dør, eller om feil skyldes mangel på TID merkes dette godt.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

PERIODEN 2016-2021

NY OG AVGJØRENDE KUNNSKAP ETTER ØKNING I VOLD MED PSYKISK LIDENDE INVOLVERT.

Lovendringen til «manglende samtykkekompetanse» avgjørende for behandlingskriteriet ble iverksatt 1. september 2017. Dette skjedde mot tydelig skepsis og motstand. (ref 1988, 2010, 2011)

NOU 14/2019 ble signert juni 2019 uten at veksten i tvangsinnleggelser med «manglende samtykkekompetanse» fra 2017.

Det er gjort 2 premature evalueringer. Den ene for tidlig. Begge mindre relevant for utfordringene. Statistisk materiale var ufullstendig.

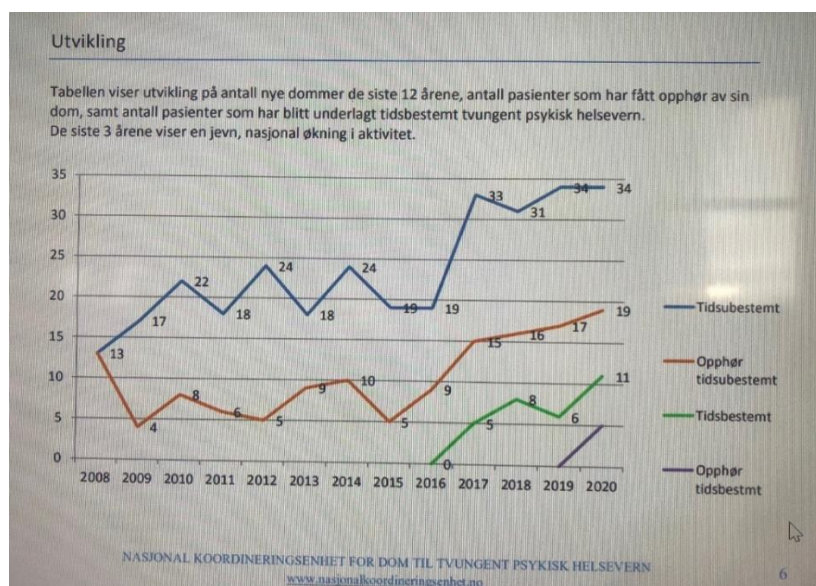
Fra 2018 øker tvangsinnleggelsene til over utgangsverdi. De er ikke oppdater i høringsbrevet.

Politiets oppdrag knyttet til «psykiatri» er fordoblet fra 2016 til 2020.

Det har vært en faretruende forverring i helsen til den gruppa som tradisjonelt som ikke kan bli bedre uten TPH samme hva vi gjør.

Terskelen for behandling er farlig høy. Ei stor gruppe underkaster flere og lengre tvangsinnleggelser (Johannessen, SUS)

Fra NPR til politiets og domstolens statistikk er tallene overbevisende.



Dømte til TPH på ubestemt tid for grov vold, brannstiftelse eller drap, statistikk, 2020. *)

En markant økning i dom til TPH er sterkeste vitnesbyrd om tilbakegang i psykisk helsevern

Dømte til **tidsbegrenset TPH** for gjentatte lovbrudd med strafferamme under 3 år er tatt i bruk

Statistikk for alvorlig sinnslidende, med/uten rus, men dømt til **straff eller forvaring** foreligger ikke.

Drapstatistikken gjeldende utilregnelige er faretruende høyere, men årlig drapssaker/drepte er omkring 25 og stabilt lavere de siste 5 årene enn de foregående. Antatt tilfeldighet i 2020 må følges opp de kommende årene med antall utilregnelige gjerningsmenn. For 2021 øker antall drepte / antall gjerningsmenn etter massedrapene på Kongsberg.

Antall dømte under aktiv dom i Norge har økt med 39% fra 2016 til 2020, fra 177 til 246.

Dømte til tidsubestemt TPH ligger på platå 50% høyere. Samlet er dobbelt så mange til TPH som utilregnelige. (Psykotiske)

I 2020 begikk 28 gjerningsmenn 31 drap.

12 av dømte i 22 sakene for 2020 var utilregnelige og ble døm til TPH. (6 saker gjenstår pr jan. -21)

Med nye fakta, opplysninger og alvorlige hendelser i samfunnet vil Regjeringen Støre revurdere NOU 14-2019. [Regjeringen skal evaluere omstridt lovendring \(tv2.no\)](https://www.tv2.no/nyheter/14-2019-regjeringen-skal-evaluere-omstridt-lovendring)

Det behandlingskriteriet slutter tar ordensmakten over ansvar for et lovløst rom.

Samfunnet vil beskytte både den syke og publikum uansett. Befolkningen vil det. **EMK m/art 5** åpner for nasjonale særlover som beskytter oss når vi uten ansvar og egen evne kan beskytte oss selv. Støttes i opinionsundersøkelser over 90% for egen person eller de nærmeste. **PHVL slik den var fra 2001** legitimeres også i den alminnelige rettsoppfatningen, allmenn etikk og ikke minst i legenes etiske regler. Den gjenspeiler **pasientrettighetsloven og helsepersonelloven**. Forsvarlig undersøkelse og behandling skal gjøres omsorgsfullt av autorisert og oppdatert helsepersonell som samarbeider.

NOU 14-2019 bryter med en rekke av disse momentene. En av de viktigste årsakene er at spesielt **CRPD og FN torturkomite** kritiserer Norge. Sterke kritiske talspersoner i små organisasjoner har fått langt mer gjennomslag enn fagfeltet på vegne av pasienter, pårørende og retten til god helse. **Sivilombudsmannens tilsynsorgan** med tjeneste balanserer hensynene tilfredsstillende.

DEN KLINISKE OG FAGLIGE UTVIKLINGEN.

Jeg tok ikke nye pasienter etter lovendringen 2017, og etter hvert gjorde jeg et større arbeid med å evaluere forholdene knyttet til tvunget psykisk helsevern, men tvunget psykisk helsevern som kjerneområde. Dette arbeidet startet jeg med i 2011 gjennom min deltakelse i Tvangsforsk. Jeg holdt den første forelesningen om effekten av TUD under «Tvangskonferansen på Hamar» 2010 og publiserte den første artikkelen (ikke fagfellevurdert) om TUD i Norge i 2011, og initierte forskning i Sykehuset innlandet som har gjort sykehuset (Sanderud) ledende i Norge sammen med UNN (Tvangsforsk)

Jeg har hele tiden fulgt godt med lokalt og nasjonalt, på sykehuset og kommunene, med organisasjonene relevante for saken som jeg har møtt og samarbeidet med i mange år.

Egne observasjoner og rapporterer utviklingen vi kan dokumentere nå, og den kom raskt etter 2017. Det er en tankevekker å spørre **hvor pasientene ble av da mange fikk opphevet TPH** basert på lovendring i stedet for helsetilstand.

Vi har kunnskap om hva som skjer når tvunget vern oppheves uten evne til egenomsorg.

Det samme skjedde i liten skala i Hedmark i 2000 under forberedelser til lovendringen ved nyåret. Hedmark har aldri hatt mange under tvunget ettervern, især knapt noen under 30 år. I løpet av 2000 ble «den harde kjerne» i ambulant ettervern løst fra TPH. **Ca 50%** av de som hadde TUD det året eller hatt TUD i perioden 1997-2000 ble **lagt inn på nytt** og fra 2002 og noen få år skrevet ut til TUD på nytt. **Konsekvensen** har vært fra alvorlige (overlast) til moderate (prognose), før de ble reinlagt og senere.

Vi har tilsvarene tatt en «rufs» i 10 år senere og opphevet et større antall på samme tid. Kontrasten på klinisk og juridisk opphevet tvang er påtagelig. **Kliniske kriterier fungerer** slik at folk får det bra fremover når de ikke mister **støtte i spesialisthelsetjenesten**.

Høringen inviterer til gode faglige råd, da må alle med. 😊

Overgang fra sivilt til strafferettsligansvar for psykisk helsehjelp (behandling og sikkerhet)

Legitimitet for helsemessig tvang svekkes, og strafferettslig psykiatri øker

Det «medisinske prinsipp» kan vike for det psykologiske. Det var en bevegelse under straffelovsrevisjonen etter Utøya massakren. Terskelen for ansvarlighet ved samtidig psykose på gjerningstidspunktet beveget seg må flere straffedommer.

Ved dom til tvunget helsevern dømmes SYKEHUSET v/regionalt helseforetaket til å behandle pasienten som ikke ble sivilt behandlet i tide. Domstolen, i enklere saker bestemmer varigheten, som kan vare både 3, 6 og 9 år lenger en spesialisten og avdelingen mener er nødvendig. «Danske tilstander» var/er 3000 dømte i deres sykehus og lite pass til «sivile» pasienter. «Amerikanske tilstander» betyr at fengslene er fulle av psykotiske mennesker uten behandling. Da blir Ila en «bagatell» til sammenligning.

-Berørte av psykiatrisk vold og drap øker

-Berørte skal varsles ved permisjoner om gjerningsmannen skal besøke området

-Etter bedring kan gjerningsmannen gå over i «tvunget vern uten døgnopphold», men det er belastende for tidligere involverte, evt truede. Offentlige saker gir gjenkjenning og utrygghet i omgivelsen.

-Vegen til å være fris/bra fungerende, fellesskap, aktivitet, jobb og kanskje (delvis) selvstendig boende, tilliten til å bo alene, og være (delvis) selvforsørgende blir vanskeligere.

-øket STIGMA for alvorlig psykisk lidelse

-Psykotisk syke som er «preget» opptre igjen i det offentlige rom (er økende)

-Antipsykotisk medisin taper tillit og skaper mer frykt

-«Mytene» om tvang i behandlingen går mot sannhet

-Åpenheten blir mindre, frykten for «diagnosen» kommer tilbake

Tiden før hjelp øker, mer fare v.økt VUP (se artikkel) mer TVANG og færre blir friske

-Motstanden mot hjelp ved psykose øker, frivillig innleggelse reduseres, tvang øker, politioppdrag ved transport øker.

-fører spesialisthelsetjenesten i feil retning som vis uønsket blir mer krevende å bryte

-Holdninger og kultur i institusjon bygges langsam og brytes like langsomt

-Prioritering og innsats på feil område

Problemet mht de store variasjoner i tvangsbruken blir ikke mindre

Jeg har vært involvert alle punkter som berører en leges/psykiaters klinikk, samarbeid, utvikling og ledelse. Det er de aller fleste. Og jeg har gjort «mitt» hele tiden

Og har erfaring med i klinikk, undervisning, forskning, forarbeider og høringer

OG gir meg aldri på at vegen til målet i saken går gjennom ØKT KVALITET

«PSYKIATRIEN» I HEDMARK TIDLIG UTE LANG LINJE

Ambisjon og handling

Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv (2008)

<https://www.bokkilden.no/europeisk-historie/ambisjon-og-handling-per-haave/produkt.do?produktId=3714114>

Jeg er vant med gode rammebetingelse, gode og moderne metoder og gode resultater med minimalt med tvang. Jeg kan trekke egne erfaringer som helsepersonell tilbake til 1976.

Hedmark (Sanderud, fra 2004 Innlandet, ligger hvert år lavest mht tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte sammen med Sogn og Fjordane.

Derfor tilbyr jeg ei reise i tiden tilbake i tid.

Det er en sammenheng i alt.

(Kursiv kan leses selvstendig for å få et inntrykk)

ORGANISERING OG KAPASITET

Gode elementer kan være tidløse. Her noen på ei «huskeliste»

Jeg kunne bruke nasjonale data, men velger å beskrive endringer og konsekvenser på mitt arbeidsted. Studien jeg gjør har solid tallmateriale for mange forhold, men det er «det virkelige liv», **observasjon og det folk forteller om som er det viktige og kan føre oss videre.**

1968 ble «Hedmark fylkes psykiatrisk klinikk» etablert i nybygg på Sanderud. Hedmark motsatte seg å bygge denne ved Hamar eller Elverum sykehus. Dern var bemannet og drevet som et bedre DPS kan være i dag. Miljøet fra «Klinikken» forble samlet og ble stammen i veksten av den psykososiale behandlingsmodellen som skulle komme. Forskjellen er at antall pasienter var høyere.

Det der jeg fikk identiteten som miljøterapeut, en god ballast senere i yrkeslivet.

1977 nådde sektoriseringen Hedmark. Nærhetsprinsippet fikk ikke forventet effekt, og forskjellene mellom sektoravdelingene for store. Indre konflikter ble forstyrrende. Spenningen mellom psykologisk tenkning og biologisk tilnærming mellom sektorer ble forstyrrende.

Et behandlingsmiljø kan bli lite, og like kulturer samarbeider best.

1978 etablerte Hedmark fylkeskommune «Rusmiddelavdelinga» på Sanderud som 4. «avsnitt». «Avgiftning», døgnbehandling, poliklinikk og ambulant ungdomsteam. Egen avdelingsoverlege, lege, psykolog, sosionom og personale med erfaring fra psykiatri.

Poliklinikken hadde akutt funksjon og gjorde, også om det var natt avtaler med vakthavende lege neste dag ved behov.

Å samle rus og psykiatri under samme ledelse og tak ga mange fordeler. Klinisk og faglig.

Videreutviklingen derfra er KoRus Øst. (ROP kompetanse ble etablert og utviklet i og ut fra «psykoseavdelinga»)

1980 nektet Hedmark å opprette sikkerhetsavdeling. Trosset departementet på nytt. Å skille ut sikkerhetspsykiatri var i konflikt med målsettingen om åpen psykiatri uten løste dører, vendt mot samfunnet rundt.

Å holde på retningen over år er effektivt, forutsatt at retningen er god.

1986 ble sektoriseringa vurdert uhensiktsmessig og faglig svak. Det ble konstruktiv samling av psykodynamiske prinsipper og biologiske, forskningsbaserte, og ICD-kriterier fikk en større innflytelse. Avdelingene ble spesialisert. Akutt. Attføring. Alder. Rus. Poliklinikk. Alderspsykiatri ble prioritert, ble svært bra, tidlig ute, og foregangsavdeling innen demens og forskning. Avdelinga har til dags dato ikke vært berørt av kutt, og de ansatte har stort sett jobbet frem til pensjonsalder.

Å beholde kompetanse er det avgjørende, men det krever ro muligheter og engasjement.

1998: Sanderud tok ansvaret for kultur og aktivitet. Kulturmedarbeideren leder i dag et kulturnettverk for 2 fylker med grener til kommunene, samarbeide med relevante aktører i Hamarområdet og kulturhus, kulturaktiviteter, kulturverksteder og fritidsavdelinger og aktiviteter i sykehuset.

2000 ble alle psykiatriske sykehjem og 2 gamle i privat pleie avsluttet. Dette var en godt planlagt prosess over tid. To avdelinger nær Sanderud ble opprustet til fullverdige sykehusposter for rehabilitering og korttidsopphold i ettervern. (Jeg var med fra 1998)

Proessen og resultatene av «den store utskrivningen» på 90-tallet er grundig evaluert og publisert.

Evaluering er helt nødvendig for å vite hva du skal gjøre i morgen. FOU ble egen avdeling.

2000-2001: Akuttpost A1 deltok i DNLF gjennombruddsprosjekt for redusert tvang. En virksom modell for å endre kliniske virksomhet.

Familiearbeid ble innført i Attføringsavdelinga gjennom videreutdanning i Sverige sist på 90-tallet. Den sosialpsykiatriske modellen «Et bedre liv» for psykosebehandling i grupper ble innført fra Trondheim.

2001 opprettet Sanderud TIPS utredningspost med poliklinikk og egen behandlings og rehabiliteringsavdeling.

2001 ble også «2-seng-posten» for krevende psykotiske endret til en miljøterapeutisk sikkerhetspost med treningsboliger. Denne ble drevet med låst hoveddør, men med minimalt med uro og tvang. Den fikk navnet «luket psykose» med noen små endringer i 2010. I løpet av 15 år hadde kun 6 personer erfart å ligge i belte. 5 av disse psykotiske eller dissosierende urolige bare kort tid en gang eller tre. Den siste over en tid, opp til noen timer, men han følte det trygt, og kunne be om det.

Sikkerhetsposten og sikkerhetspsykiatrien i Hedmark er det jeg er aller mest stolt av som leder og «sikkerhetspsykiater» (Mer om det i eget avsnitt)

HOLDNINGENE betyr alt, ledelsen er avgjørende, faget er selvfølge og det trenger utdanning og trening. Samhold er nødvendig. Ledelsen og miljøterapeuter gikk samtidig i 2 etterutdanning i regi av

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Kompetansesenteret OUS og Høgskolen i Molde. Ufaglærte hadde samme «rang» og høy kompetanse.

Et godt og trygd miljø der ingen er «høyere» enn noen annen har de beste muligheter

Men oppgaver langt mer kostbare enn fastsatt budsjett, uten støtte i høyere ledelse «ute av syne» skulle vise seg å bli en alvorlig knekk for miljøet og faget. Pengene tok makta over klinikken.

Klinikken blir ikke bedre enn det ledelsen gjør den til.

2001 hadde antall akutte innleggelser vokst raskt. Farene ved sviktene kapasitet er mange. Avisning. Tvilsomme tvangs henvisninger. Tidlig utskrivning. Konflikt om overføring mellom avdelinger. Raskere og tyngre medisiner og tvangsmedisinering. Flere reinnleggelser.

Økt bruk av tvang uten døgnopphold ble ingen konsekvens.

2003 omlag: En ny fullverdig akuttavdeling ble bygget av moduler.

«Åpen akutt» med 6 døgnplasser ble supplert med akutt team for allmennpsykiatri (ikke psykose) innlemmet i posten.

Behandlingen kunne fortsette etter innarbeidet metode.

Ferdigbehandling betyr lenge nok. Når både pasienten og kommunen er klar. Blir det få reinnleggelser og sjelden tvang. Felles holdning

Tvang uten effekt er uetisk. En gang tvang er en for mye. Denne gangen den siste

Etter 2001 har Akuttavdelingen frem til 2012 etablert svært lite TUD, og selv fulgt opp bare 2 -4 personer gjennom 15 år. Pasienter som ikke var vurdert klare for frivillig utskrivning ble søkt over til Psykoseavdelinga.

Overføring fra TPH døgn til TUD har vært 10-15%, høyst 1/3 av landsgjennomsnittet.

I periode 2001-2010 var dette 5-6 personer i året, hvorav 46 helt nye. Bare 10% måtte tilbake fra TUD til døgn i perioden.

Det er viktig at sykehus og kommuner har hatt utdanning og utvikling sammen for å holde på gode samarbeidsrutiner.

2004 omlag: Psykose og rehabilitering ansatte **arbeidskonsulent** i full stilling. Arbeidet var klientrettet mht NAV og attføring, og mot kommuner mht aktivitet. Treningsgruppe som produserer ved på Sanderud. Snekkerverkstedet har eksistert «i alle år». Halve arbeidstokken jobber med uføretrygd etter eller pågående psykoselidelse. **De andre er under utprøving eller opplæring.** Produksjonen i dag moderne kjøkken og bad av aller høyeste kvalitet til konkurransedyktig pris. Verkstedet lever pga at det går i balanse.

Behandlingsplan for pasientene fulgte «opptråkkede stier».

OVERGANG TIL HELSEFORETAK

Ledelse og støttefunksjoner var flyttet vekk i 2004.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Overlegene mistet myndighet da ny lov krevde enhetlig ledelse (Næringslivsmodell)

Jeg var fortsatt i to-delt-enhetlig ledelse med avdelingssykepleier i 2-3 poster, inkl sikkerhetspost.

Sammenslåingen av avdelinger på tvers av fylkene («over Mjøsa») kom samtidig. Mye tid og ressurser gikk med. Vi kunne finne fordeler på noe tidspunkt.

Særlig ble ledelsen i de store avdelingene ble fragmentert og fjern. Jeg var avdelingsoverlege med ansvar i ledelsen fra svenskegrensa til Valdres, fra Kongsvinger til Tynset også i utadrettet klinikk.

Det gikk mye tid til reise. Møtetiden ble mangedoblet innad i avdelingen ved at antall deltagere for å lede og koordinere drift og klinikk ble om lag 3 doblet.

Store og spredt lokaliserte avdelinger fungerer dårlig og kostbart.

Attføringsavdelinga på Sanderud hadde dekket **alle Hedmarks kommuner siden 1986**. Alt vi gjorde var solid innarbeidet og under kontinuerlig utvikling og modernisering i forkant i nasjonal sammenheng. Alle avdelinger på lå innenfor en radius på 100 meter fra direktørens og sjefssykepleiers åpne dører ved siden av resepsjonen. Og overleger som kjente hverandre godt over lang tid hadde kontakt hver dag.

En kompakt organisasjon med stort engasjement og støtte på alle nivå kan få til veldig mye.

I 2001 var budsjettet til psykiatrien i Oppland 45 millioner høyere enn i Hedmark, med litt noe mindre befolkning, og litt forskjell i struktur og klinikk.

Sektoriseringen i Oppland varte til 2013, og sykehuspsykiatrien var delt på Reinsvoll og Gjøvik. Den faglige tilnærmingen mer biologisk. Oppland hadde sikkerhetspost. Kontrollkommisjonen praktiserte ganske annerledes. Det var noen dømt til TPH for vold og drap i Oppland i tiden 2002-2010.

Oppland har ikke hatt mer tvangsinnleggelser enn Hedmark. Evt kan det ha vært mer tidligere, og det er holdepunkter for at tallene går i Opplands favør nå, i alle fall tydelig funn i 2014.

Oppland hadde langt mindre omstilling i 2013. Norges beste post for rehabilitering for bipolare ble kuttet i budsjettet, all akutt flyttet til Reinsvoll, men ikke mer.

Det lønner seg å investere i varige ordninger

I Attføringsavdelinga ble Samarbeidsavtalen opprettet mellom sykehuset og kommunalsjefene i ressurskrevende utskrivninger. **Avdelinga hadde årlig 6 millioner i «mobile innsatsmidler»** å benytte i ressurskrevende overganger. En bestemt sosionom hadde ansvar for hele beløpet.

Inntil 50% av personalkostnaden i kommunen i inntil 2 år i tillegg til tett oppfølging fra avdelingen ble innført på 90-tallet etter modell fra HVPU reformen.

Rådmann eller kommunalsjef undertegnet, gjensidig juridisk bindene.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Økonomien vare avgjørende for gode resultater og lite tvang eller oftest ingen.

«Samarbeidsplanen» i Hedmark ble videreutviklet til **Individuell plan, IP** i lovverket 2001, men ikke lenger forpliktende.

Attføring avdelinga var delaktig i utvikling av bemannede boliger i flere kommuner. Kune også tilskudd til å etablere aktiviteter, med Tynset er eksempel

Sanderud rev tidlig ned gjerdene og åpnet seg tidlig mot samfunnet som en aktiv partner. Det var hele tiden et mål for sykehusledelsen og unngå tvang, og likevel finne løsninger

Resultater vi var vant med

Antall personer opplevd TUD er uvanlig få, da også antall døgn og år uvanlig mange.

TIPS poliklinikk og døgn observasjon og behandling samt døgnbemannet hybel avdeling til rehabilitering var åpnet 3 år tidligere.

Kapasitet gir TID til den beste behandling med minst mulig tvang.

TIPS fungerer uten nær uten tvangsinnleggelser. Høyst 10%. De som ble tvangsinnlagt på akutt (oftest rus inne i bildet) overføres frivillig. TUD har ikke vært benyttet mer enn 2-3 ganger på 15 årene. Noen har hatt tilbakefall, kommet på akutt og/eller psykose. Noen få fått TUD. Men svært få erfarer TUD før 30 års alder.

TUD har i høy grad satt en stopper for gjentatte innleggelser og tvang på nytt. (Min TUD 1 studie)

Et hvert tilfelle av tvang skal bli siste gangen. Det kan betyr lengre tid, men også bedre helse.

Dette fortsatt inntil DPS ble klemt inn mellompasienten, familien, kommunen og psykoseavdelinga.

Når en ser på utviklingen opp mot endringer i rammer, økonomi og kapasitet er det mye å merke seg, nyttig for **helsetjenesteforskning**.

I april 2010 ble Sanderud, «midtfylke Hedmark» underkastet 1. fase overføring av enheter fra sykehus til DPS. **Akuttavdelingen redusert** med 6 plasser og 5 «korridorsenger» og en intermediæravdeling. 2 likeverdige akuttposter med som delte psykosier og manier seg imellom ble til et mindre akuttmottak, en større lukket akutt med moderne avdeling for skjerming og «belterom». Akutt team gikk til DPS poliklinikk.

Det oppsto allerede etter 1-2 kritisk plassmangel som LIS ropte varsko om. På høsten var ikke dette løst, kritikken fra Helsetilsynet var «nådeløs» og offentlig. Divisjonsdirektør måtte gå, og et nytt **prosjekt ble hastig og med svak forankring i fagfeltet** satt i gang.

Alt for mange endringer på samme tid går ikke bra.

Stabilt fagmiljø og gode kulturbærere er avgjørende

Trygge enhetsledere gjennom år fikk andre funksjoner. Flere overleger som hadde samarbeidet i mange år fant seg andre jobber. Inn kom flere spesialister med kultur som brøt med vår. Dette skapte usikkerhet og hva som var gjeldene. Særlig vanskelig ble dette i akuttavdelingene. Spesielt DPS fikk flere og flere overleger leid inn fra firma for kortere eller lengre perioder. Dette er verken kulturbærere eller kulturutviklende. Dette er «case management» uten vedvarende støtte til ledelsene ledelse eller andre ansatte.

Fast ansettelse må være hovedregelen.

Samarbeidet vi var vant til mellom sykehusavdelingene fulgte ikke med til DPS, selv om det lå «side om side»

Det beste for pasienten er at sykehuset har oversikt, og at pasienten kan komme tilbake til kjent og trygg behandler, kommunene holde på relasjonen, fastlegene forbindelsen. Det vi var vant til å ha oversikt over ble spredd på 3 DPS og akuttavdelingen som også hadde fått tre nye å holde seg til. Tidligere lege eller annen behandler ble bare unntaksvis konsultert ved innleggelser.

Det bør praktiseres et minimum av grunnleggende regler og etableres nye gode rutiner og kulturer gjennomomstillinger. «Vunnet over år, tapt på en dag»

Antall pasienter utskrevet til TUD ble tre-doblet til et nytt platå frem til 2016

2010 falt den første dommen til tvunget psykisk helsevern i Hedmark. Gjennomgående ser mine øyne svikt i helsetjenestene som klart skulle vært unngått i hvert tilfelle, og domstolen tøyde etter mitt skjønn nedre strafferamme mye for å kompensere. Ingen av de dømte hadde vært under ansvaret i Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering.

2012 var det akkumulerer så mange til oppfølging under TUD, om 30 pasienter i et fylke med 195 000 innbyggere er mye? **TUD teamet** ble opprettet med 3 personer.

Dette ble den store delen av mine arbeidsoppgaver sammen med to erfarne og godt voksne sykepleiere med ledererfaring i psykoseavdelinga som jeg hadde jobbet med lenge i andre konstellasjoner. Vi ble et «nytt tilbud om tvang». Utskrivinger kunne skjeforvarlig tidligere. «Overføring» uten prosess og plan var faren, men det godtok vi ikke.

Vi jobbet som et FACT team med noen forskjeller. Teamene ble ikke definert etter modell, men ut fra pasientens behov og plan. Vi jobbet i større og mindre team, som på det beste besto av pasienten, pårørende, fastlegen, psykiatrisk team og inntil hele TUD teamet.

Vi fungerte som et tre-hodet-troll. Alle skulle vite det samme hele tiden. Vurdere likt. Legge inn ved behov. Dette fungerte med en times samsnakk og ukeplan mandag morgen, samværene i bil og møter gjennom uka og resten utviklet vi over telefon om det var behov. «Gamle som vi var» benyttet vi oss ikke av «arbeidstid» Erfaringen er at en telefon tatt kan sparepasienten, familien og kommunen oss og andre for et stort arbeid senere.

De fleste pasientene i teamet ble etter hvert «frivillige», men det gjorde ingen annen forskjell på ettervernet. Vi tilbød mer støtte i overgangen.

Noen pasienter gjorde dels **sterk motstand mot å bli tatt av TUD**, så lenge de fryktet at indre kontroll skulle rakne, og ny krise komme raskt. Flere pasienter er blitt skremt og fortvilet etter 2017 og opphør av tvang uten prosess og plan. TUD teamet så opphør av tvang som minst like alvorlig som å etablere tvang. Alle som var med i ansvarsgruppe eller samarbeidsmøte var med i beslutningen.

Ingen venter at noen andre og yngre skal jobbe slik, men en «gammel huslege» og miljøterapeut fra forrige århundre ditto omsorgsfulle sykepleiere gjør slik. Temaet ble organisert bort i 2017. Økende antall TUD

2019 kom FACT temaet i gang med kommunene tilhørende Hamarområdet i gang og overtok det arbeidet ett **et veldig langt planprosjekt!** («Vi kan begynne på mandag sa jeg 😊, men nei)

2013: Siste omstilling til et mindre sykehus og et større DPS. Psykose/rehab for 2 fylkes ble innlemmet i «akutt og psykose» for hvert av fylkene. Et sterkt FOU i psykose/rehab ble delt på sykehuset og DPS og flere sluttet. **Senter for utvikling av behandlere og personell ved simuleringsteknikker oppsto** i sykehuset. Nå skjer simuleringsslæringen med VR briller. Tjenesten er flittig benyttet av sykehus, kommuner, og alle typer innsatspersonell.

«Psykebilen» ble bare et forsøk. Alt politi og ambulanse får opplæring i senteret slik at det er **kompetanse på psykiatri i nødetatene døgnet rundt.**

2015→ Det har vært reduksjoner. For psykose på sykehusnivå. Nedbemaning. Assistenter og psykiatriske hjelpepleiere som har vært av våre beste miljøterapeuter, i jobb i mange ti-år nettopp pga at de er dyktige og dedikerte har måtte slutte. De som ikke kunne sies opp har måtte gi fra seg de oppgavene de er aller best trent og dyktige til og sitter i så se på mens nyutdannede sykepleiere løper bena av seg mellom skjerming som de kompetente ikke lenger skal gjøre og medisinskap og medisinalutdeling. Bare når det ikke er sykepleiere å få tak i er de bra nok, for da MÅ de gjøre det eller meste.

Tillit og verdsetting betaler seg mer enn noe annet!

2017 ble TUD teamet oppløst, nokså uvillig.

Jeg bruke et halvår til å avslutte pasienter, og gikk over i FOU stilling fra 2018. På nært hold så jeg utviklingen, på sykehuset, i kommunene og pasientene bosteder. Jeg gikk ut av vakt, og er veldig glad for å slippe det kollegene og miljøterapeutene senere har måtte tåle.

2021 Et år AFP; Fortsatt opptatt av tvangsforskningen, Utviklingen av faget, jeg meg ikke, 40 år å ta av.

MYE mindre og riktig bruk av tvangsinnleggelse, spesialet reinnleggelse Mest opptatt av organisasjoner

Ledelse -Trygt arbeidsmiljø- Helsetjenesteforskning- Engasjert i juss på området- Og mest i helsepolitikk, som er vegen å gå. Planprosesser. Politisk gjennomføring, så derfor folkevalgt i kommunen og forslagstiller i AP. 😊

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

ALT STÅR I EN HISTORISK SAMMENHENG, MANGE ER VIKTIGE

Høringen ga meg muligheten til å **trekke trådene videre** fra jeg ble sterkt involvert i «Menneskerettigheter, TVANG og etikk» for å bruke benevnelsen på denne viktige årlige, store konferansen som henvisning til det gikk inn i på vegne av Norsk psykiatrisk forening i 2006.

<https://docplayer.me/3964742-Menneskerettigheter-tvang-og-etikk.html>

Det var SV som sammen med brukerorganisasjoner invitert til møte i Stortingets lokaler juni 2007. De siste par årene hadde kritikken av «psykiatrien» toppet seg med kraftfulle uttrykk mot psykiatriens makt og tvang, med beskrivende «triste historier». Vi psykiatere fikk ansvar og skyld, som maktpersoner som dominerte både avdelingen, alt som skjedde «bak veggene» og behandling og krenkelser. Ord som overgrep og ødelagte liv av «tvang» og medisiner.

Tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen (2004-05) mottok mer enn 1 100 brev fra mennesker og deres pårørende om møtet med det psykiske helsevesenet. Boka «Brev til en minister» ble ført i pennen av Øystein Vaaland og gitt ut i 2007. Boka ble flittig lest av de som kjempet mot tvang og makt i psykiskhelsevern. De som stå på barrikadene hadde nær alle personlige erfaringer som hadde vært smertefull, og som ofte gjorde vondt fortsatt. Noen hadde mistet en av sine.

Ledere i både Mental Helse og Landsforeningen hadde tilsvarende personlige erfaringer. We Shall Overcome er en gren av den internasjonale bevegelsen for de store endringene, om ikke avskaffelse av både psykiatriske avdelinger, psykiatri som fag, enhver tvang, absolutt ikke medisin uten eget samtykke.

Gro Hillestad Thune, tidligere advokat ved Den europeiske menneskerettsdomstolen, holdt på å skrive boka «Overgrep». Den kom ut på bakgrunn av 70 historier om pasienters og pårørendes erfaringer. Utgangspunktet var EMK, og statens mulige overgrep etter artikkel 8. Thune tok for seg flere statsetater, som brukeres møte med NAV som var opprettet i 2006. I Oslo Tingrett falt det dom mot staten for brudd på menneskerettighetene som gjelder en person, som også deltok offentlig med siden erfaringer.

I den opphetede offentlige debatten, på trykk, radio og skjerm måtte selvsagt Npf ta imot invitasjonen. Det var jeg av styremedlemmene som hadde anledning til ta en tur til hovedstaden og delta. Møtet ble åpnet, og neste taler mente å slå fast at «psykiaterne» møter som vanlig ikke opp. Jeg rakte opp handa og meldte meg. Jeg fikk varm applaus. Jeg tror forsamlingen ble litt perpleks, men den viste seg å være ekte. På tur ut viste det seg at også våre mangeårige utrettelig engasjerte leder i Rettspsykiatrisk utvalg var til stede.

Så skjedde det på trappa som skulle bli 10 års sammenhengende nært samarbeide nær sagt i alle retninger med meg somkontakt og «brobygger» til Npf. Det startet i sola den dage. Hadde det regnet, kanskje ikke. Npf kunne feire fredelig 100-års jubileum den høsten uten offentlig kritikk og bare 2-3 som fredelig markerte sin sak ved inngangen. Vi tar resten herfra...

Slik startet det jeg er aller mest stolt av i dag 45 år etter at jeg begynte som praktikant på «Klinikken», og la grunnlaget for i mine senere år omtale meg selv som miljøterapeut med psykiaterkompetanse. Jeg er veldig stolt av Sanderud som jeg møtte sykehuset og klinikken, var innom i perioder, konverterte fra allmennmedisin i 1998, spesialist året etter og snart mange år som faglig ansvarlig for sykehusets største avdeling. Mens andre begynte å utvikle DPS hadde vi for lengst «all inclusive», med en kjerne av medarbeidere for hele Hedmark. Nå fikk jeg endelig anledningen til å presentere «smakebiter» av glanstida 1990-2010.

NOU 14-2019 må for all del ikke bli den nye PHVL

NOU 14/2019 bygger gi stor grad på utdatert kunnskap, i uvitenhet eller bevisst fra sterke kritiske krefter, inntil myter;

Behandling, medisin og ECT bedømmes i en atmosfære av skepsis og frykt mer enn fakta forskning og erfaring. Muligheten som er store for å rette også vesentlige feil og mangler er store sett fra faglig hold, men «drukne», og det forsterkes når HOD vurderer allerede skjev informasjon. Retningen forsterkes nå når den går inn i lavere kompetanse i forvaltningen og politikken. (Jeg har et avsnitt om myter)

Skal resultatet bli bra må vi FORSTÅ sakens innhold likt. Det kreves sammensatt kunnskap.

Dette alene er grunnlag nok for å ta lovarbeidet i en ny retning.

Jan Olav Johannessen og Lars Lien, to av våre fremste psykiatere, klinikere, forskere og ledere.

«Moderne psykoseforståelse: konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk» (01.11.21)

https://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/debatt/2021/11/03/konsekvenser-for-farlighet-tvang-og-lovverk/?fbclid=IwAR16luBDAKnk_McJLiPI9Zct-X8uGlrUFxGMOB62ES1Bc9PkNvPYQcQUVU

Hvordan man forstår hva en psykoselidelse er, og hvordan den utvikles, er avgjørende for den behandling man anbefaler, og for utformingen av lovverket som skal regulere denne behandlingen. Det er av helt grunnleggende betydning at lovgivere, jurister, domstoler, og helsepolitikere er kjent med hvordan vi i 2021 forstår hva en psykoselidelse egentlig er, og hvordan den utvikles.

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

Utdrag og komprimering: (FULL TEXT BAK I NOTAT)

Vi vet i dag at psykiske lidelser utvikler seg gradvis, i stadier, og at de i stor grad er svar på stressopplevelser i det enkelte individs liv, tidligere og i nåtid. Psykose, på norsk «forvirringstilstand», psykologisk sammenbrudd. Dette kaller vi et dimensjonalt perspektiv på psykisk lidelse, i motsetning kategoriske perspektiv som selvstendige sykdommer. Men, slik er det ikke.

Vi vet i dag, basert på forskning, at **diagnoser er flyktige**, og at det vi forholder oss til er tilstandsbilder. Vi vet at ingen person passer helt inn i en spesiell diagnose, men **har symptomer og trekk på tvers av flere diagnoser**.

Det viktigste er å oppdage og behandle disse førpsykotiske fenomenene så tidlig som mulig. ***Den fremtidige utvikling, prognosen, hvordan resten av livet skal bli, at de oppdages og diagnostiseres så tidlig som mulig, og behandles så tidlig som mulig.***

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) er sannsynligvis vår viktigste psykisk-helsepolitiske utfordring i Norge og den vestlige verden. Dessverre er VUP i Norge jevnt over ca. 2 år, i USA er den 4 år. Vi vet at dess lenger VUP, dess dårligere prognose, på statistisk nivå. Vi vet at dess lenger VUP, dess flere selvmord, og større risiko for å bruke rus som selvmedisinering. Vi vet og at ved en riktig utforming av helsetilbudet kan VUP reduseres til 4-5 uker (median).

Og, i denne sammenheng, vet vi at dess lengre VUP, dess større sannsynlighet for utvikling av farlighet, og for alvorlig voldsutøvelse. ***Vi vet at når en første-episode psykose er ubehandlet, er sjansen for at en person skal begå drap, opptil 15 ganger høyere enn når psykosen er behandlet.*** Også i mer langvarige forløp er mer farlighet knyttet til at tilstanden er ubehandlet.

Farlighet ved psykoselidelser er noe annet enn rusindusert farlighet, og farlighet relatert til personlighetsforstyrrelser. Hvilke konsekvenser må denne nyere forståelsen av hva psykose er få for vår lovgivning?

1. Lovgiver har ved nylige revisjoner langt på vei fjernet behandlingskriteriet, og gjort farlighetskriteriet enerådende.

Farlighet er en konsekvens av ubehandlet, eller inadekvat behandlet, alvorlig psykisk lidelse, og dess lenger denne ubehandlede tilstanden får bestå, dess større blir risikoen for alvorlige

Å ha et farlighetskriterium alene blir i en slik sammenheng uetisk. De australske forskerne Large og Nielssen snakker om «the danger of the dangerousness criterion: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health act».

I tillegg øker dette stigma knyttet til alvorlig psykisk lidelse.

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

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

4. Norsk lovgivning omkring begrepet tilregnelig bygger på det såkalte medisinske prinsipp, dvs at en person som begår en straffbar handling i psykose, blir straffri, men kan dømmes til behandling I andre land har vi det psykologiske prinsipp (Kan være ansvarlig og straffes)

Det viktige her er at vi har fått stadig flere som dømmes til behandling. Det forteller oss, i et dimensjonalt perspektiv at disse pasientene er blitt farligere fordi de har fått senere og mer inadekvat behandling.

Oversikten over hva som skjer med unge mennesker som får en psykoselidelse i Norge, er skremmende liten.

Helsedepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, de lokale helseforetakene, ingen har oversikt over hvor mange pasienter av denne kategori vi har, og det alvorligste: **ingen har oversikt hvordan det går med pasientene**, hvilke behandlingsresultater vi oppnår. **Ingen, absolutt ingen sentral myndighet eller sykehuseier etterspør hvilke behandlingsresultater**, i skarp motsetning til hva man har for alvorlige somatiske lidelser som f.eks. kreft.

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

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

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

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

Jan Olav Johannessen, Professor i psykiatri, UiS. Tidl. leder Norsk psykiatrisk forening. (Npf)

Lars Lien, Professor i psykiatri, Høgskolen i Innlandet. Leder Norsk psykiatrisk forening

Kunnskapsgrunnlaget er solid for dagens forståelse av psykose og andre psykiske vansker

TIPS studier med oppfølging gjennom 20 år er et av de betydningsfulle på verdensbasis

Derfor også evident behandling.

Hjelp i tide har størst effekt. Effekten i kort VUP er 50% av muligheten for helbredelse ved psykose

Norsk retningslinje for psykose understreker psykososial behandling som avgjørende, og gir som retningslinje rettighet

Pakkeforløpet bekrefter det som retningslinjen sier

Pakkeforløpet psykose MÅ IKKE FJERNES, men brukes å brukes individuelt.

Vanry til dette pakkeforløpet bygger på misforståelse og feil bruk.

Gjennomgang av arbeidet for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang siste 20 år

Med mine øyne og mitt minne om prosessen

Akutt-, psykose og rehabilitering, sikkerhet og ledelse på feltet. Det jeg har spesielt har erfaring med er ambulant arbeid med alvorlig psykisk syke, frivillig, dømte, og over år de aller fleste som var utskrevet til tvunget psykiskhelsevern, TUD, samt holdt på med undersøkelser og forskning på dette området er det som knytter meg saken. Npf, Tvangskonferansen i 9 år med mer

Og alle jeg har møtt.

Da var ingen stemme i utvalget for de pasientene flest i uvalgte heller.

De som ikke hever stemmen har oftest ingen utenom oss som følger dem som hjelpere gjennom årene med sykdommen, eller vegen frem til bra helse og livssituasjon på nytt. Om medisineringen er det også dårlig med første hånds kunnskap utenom de misfornøydes rekke. Det bedre enn ryktene sier. Men det kan gå MYE BEDRE om det legges til rett.

Helseforetakene må pålegges å gi LIS og overleger minimum Npf serie medisinkurs.

«Handlingsplan for redusert tvang» (HDIR 2006),

Jeg la heftet i den «store papirbunken» Kolleger jeg har spurt kjente ikke til den. **Evalueringen i HDIR var at den «ikke virket»**

S-1370 (Bernt-gruppa) HDIR 2008-2009.

Jeg ar så heldig å bli utpekt av DNLF til å være medlem av Helsedirektoratets gruppe, ledet av prof.dr.jur. J F Bernt, som evaluerte «behandlingskriteriet» og behovet for dette og utarbeidet tiltaksplan for videre arbeid for redusert og riktig tvang. I den store gruppa deltok Kjetil Hustoft, overlege ved akuttavdelingen på SUS, utfelt fra Helse Vest. Kritikerne med de sterke stemmene mot de fleste sider ved dagens psykiatri var sterkere representert. Motstanden var stor mot å satse på ordinær forbedring (Tydelig gjennom dissens fra WSO)

I alt jeg gjorde lovarbeidet i perioden 2008-2011 har jeg lagt stor vekt på å gi informasjon og skape forståelse for hva psykiatri betyr innen fra. Hvem «de dårligste er», hvordan vi kan gi reelle og god hjelp, og hvorfor ingen hører fra dem, de «stemmeløse», som har kommet seg, fungerer bra eller ikke så bra, opplever seg friske, glade, eller fortsatt psykotiske, kanskje på sykehus på lukket, på sikkerhetspost eller i fengsel, eller til og med fengselets isolat.

Jeg fikk god anledning i gruppa til å bidra til at ei stor og faglig mangfoldig gruppe fikk innblikk klinikken og faget, praksisnært i relasjon til lovens utfordringer og mulighetene jeg så i mitt sykehus og nedslagsfelt.

Rådet hadde tidligere utfordret meg til å holde et kort foredrag med tittelen **«Hvordan redusere tvang i en fei»**. Mye kunne vært mulig, selv uten penger, om legene hadde hatt makt og stått sammen. Jeg foreslo tiltal i tre kategorier: **Kan gjøres med det samme og koster ikke noe. Kan skje fort og koster en del. Koster mer og vil ta tid.**

Det store arbeidet for HDIR endte med denne rapporten.

https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09_behandlsvilkaar_psyk_helsevern.pdf

Konklusjonen fra Npf var klar på at loven fra 1999 var klar og hadde alle muligheter for å oppnå målsettingen. 2 psykiaters dissens, som ikke ble hørt (meg og Kjetil Hustoft, SUS, for Helse Vest)

«To av medlemmene⁶ mener at dagens psykisk helsevernlov i hovedsak er tilstrekkelig og at et behandlingsvilkår bør beholdes, men mener at det likevel er ønskelig å utrede ulike sider ved loven og forholdet til annet regelverk, herunder konsekvenser av eventuelle endringer. (side 6)

DNLf/Npf oppfølging av rapporten IS-1370:

Straks prof. Bernt lanserte kriteriet «samtykke» for gruppa, virket det logisk. Men betenkelighetene kom fort. Dette kunne bryte mye med klinisk forståelse, uvant å bruke, vanskelig å treffe like presis som med det «biologiske» begrepet psykose. Frykten var først og fremst att dette var så tøyelig at det kunne bli flere tvangsinngrepp, prisgitt kulturen. Jeg er ikke tvil om at lokal kultur i behandlingen, og tilhørende førende rutiner ligger til grunn for variasjonene i statistikken. Det er ikke påvist avgjørende objektive faktorer.

Vi fikk en stor jobb å gjøre. Norsk psykiatrisk forenings rettspsykiatriske utvalg og styre gjorde et stort arbeid med å forstå «samtykkekompetanse» som kriterium for tvungen hjelp ved forbigående mentale forstyrrelser, psykose.

Forskjellene til biologiske tilstander, varige eller forbigående, er fundamental. Vi er som kjent fortsatt midt opp i problematikken. I 2021 med sørgelige erfaringer å vise til.

Å HA SAMTYKKEKOMPETANSE BETYR

Forstå konsekvensene av å velge et tiltak eller å ikke la noe gjøres. (allmenn forståelse)

Denne formuleringen indikerer nektingskompetanse, derav beslutningskompetanse, som igjen er nær identisk med den klinisk benyttede «mangle innsikt», som igjen er direkte koblet til definisjonen på psykose;

Psykose er en tilstand med manglende evne til virkelighetsoppfatning på et bestemt område. Da mangler samtykke og beslutningskompetanse knyttet til dette området.

Tvang er hjemlet i dagens lov etter gitte kriterier for alvorlig konsekvens av alvorlig sinnslidelse (psykose) eller likeverdig alvorlig lidelse (funksjon og fare) Fare eget og andres liv og helse.

Jeg har med undring observert at det som betyr nær oppå til tidligere tolkning kunne endre praksis så fundamentalt.

NOU 9/2011 (Paulsrudutvalget)

Npf ble ikke hørt i sin bønn om 5 nye år for å lære seg å praktisere loven likt og samtidig redusere tvang. Det var klart at «samtykkekompetanse» (Bernts preferanse helt siden han ledet NOU som ble lagt bort i 1988)

Etter mitt skjønn er, «beslutningskompetanse mer dekkende og relevant. (Østensen 2010)
Siste var mest sammenfallende med «mangle innsikt», som var den benevnelsen vi bruke i den praktisk kliniske bedømmelsen. Begge deler er likevel godt sammenfallende med siste linje i veilederen for bedømmelse av evne **til informert** samtykke.

Lovutvalget til NOU 9/11 var tilfredsstillende sammensatt for DNLF/Npf. Den hadde bare medlemmer som representerte psykisk helse.

DNLF/Npf fikk peke utpeke allsidig erfarne overlege og divisjonssjef på SUS Marit Bjartveit. Utvalget var som i gruppa jeg hadde deltatt i var sterkt representert på den kritiske siden. De var jo også kritikerne som hadde drevet frem saken over noen år, så høyst berettiget slik sammensetningen vare.

Jeg holdt grundig forberedt vår forenings innlegg ved seminaret som innledet lovutvalget med dette hovedbudskapet.



Folkets hus, Oslo januar 2010

Paulsrud utvalget fikk først og fremst oppgaven å vurdere implementering av syntykketkriteriet. «Nektingskompetanse» ble avist især DNLF sentralt, som ukjent, og vanskeligere å bruke. Legene utenfor psykiatri skulle få holde seg noe de var vant til. De var vant til å bedømme evnen til samtykke, informert, stilltiende, presumptivt, pårørende samtykke, etisk og klinisk beslutning.

Pasientrettighetsloven §4A, for tvang for omsorg og behandling, var ikke aktuell for alderspsykiatri. Men det var i praksis denne vi vurderte ved hver gang vi gjorde vedtak. Tolkningen var nok noe videre, men der er og blir meg ei gåte hvordan praksis endret seg da «mangle innsikt» ble gjort om (språklig) til «mangle samtykke».

Det var stor motstand mot NOU9/2011. Høring DNLF/Npf [tandardbrev1 \(regjeringen.no\)](#)

Jeg skrev min personlige høring i tillegg (avtalt med HOD) NOU 9/2011 ikke hadde hatt tid til å inkludere barn-unge og rus. Dessuten synes jeg også offentlige dokumenter kan vise koblingen mellom juss og klinikk. [terjevestheim.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Så langt varte min deltakelse i foreningens arbeid med lov, ledelsen av «Tvangskonferansen» varte til 2016.

Også dette forsøker på å lage PHVL basert på «samtykke» ble lagt bort, og bra var det.

Vi jobbet videre med PHVL vi hadde praktisert, undervist og veiledet i, diskutert med kontrollkommisjonen og prosedert i rettsalen siden 2001.

Den var forbedret i 2007 og presisert i 2012, og en ryddig lov å arbeide ut fra. Vanskelig å se den stå i vegen for redusert og riktig tvang på noe område.

Lovendringen fra iverksatt 01 09 2017

[Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. \(økt selvbestemmelse og rettssikkerhet\) - Lovdata](#)

Og konsekvensene av NOU 7/2011 fikk vi likevel 6 år senere. Tross fortsatt gyldige faglig motstand ble et element «klippet ut» og innlemmet i en lov som ikke var laget for endringen. Bakgrunnen var i høy grad politisk.

Fra allerede å praktisere en 16 år gammel lov svært forskjellig, slik statistikken forteller, fikk spesialistene et nytt begrep å håndheve. «Mangle samtykkekompetanse» er vi vant til i alderspsykiatri og somatikk og ved utviklingsforstyrrelser. I voksenpsykiatri var dette nytt. Det var denne gangen er sterk «markedsføring» av at store endringer skulle skje.

Dette resulterte i en «omveltning» med negative konsekvenser som har vist seg å bli store. Hvor nytten er oppstått er vanskelig å tenke seg.

Hvordan lovgiver, forvaltning og helseforetak har latt praksis utvikle seg må granskes.

Hvordan kan unnfallenheten ha vart så lenge, så tydelig? Ansvarspulverisering?

Det samme må betydning av samtidig vedvarende nedskjæring i døgnplasser i alle typer enheter samtidig.

Hvor mye må døgnplasser i akutt og psykosebehandling økes?

SUS leger utvider sikkerhetsavdelingen. (den var stor nok før)

På veg mot «danske tilstander»? Legger ned en post for å få det til. Vil vi opprettholde nivå på dårlige og dømt?

KJENNELSER I RETTEN

Av to avgjørelser er en av alminnelig betydning

Høyesterett har en dom i 2018 som sier at.... Om en pasient under medisinerings i 7 år med depot og TUD i form av fremmøte.

Noenlunde innsikt i situasjonen.... også når det er medisinerings som har bidratt til bedringen må få bestemme selv.

Dommen er situasjonsbestemt. Etter mitt skjønn antagelig også klinisk korrekt.

Situasjonen er typisk slik vi bør søke å løse gjennom samarbeid i dag. Den situasjonen som beskrives kan invitere til samarbeid om en plan om trygg og kontrollert nedtrapping.

Dette gjøres faglig godt ut fra de retningslinjene som Npf har utgitt til støtte for

«medisinfri behandling», som skal være en del av best mulig medisinerings i sin alminnelighet.
Eksemplet peker på en situasjon der risikoen øker pga konflikten om tvang, og farlig bråseponering kan oppstå.

Om faren for alvorlig tilbakefall er høy, men ikke i nær fremtid, gjelder individuell plan, tette frivillig oppfølging, FACT/kommune. OM dette mislykkes er det forsøkt og tvang kan ved behov vedtas på nytt. Om det foretrekkes også uten innleggelse.

Jeg har bare gode erfaringer med aktiv behandling og slike situasjoner fra de senere årene.

Behandling må ikke miste fokus inder TUD og annet ettervern

Min personlige mening om lovens legitimitet fra 2017 i et bredt perspektiv er at den står svakt.

Tjener formålet dårlig og bryter med rettsoppfatningen og befolkningens ønske.

To befolkningsundersøkelser, viser at befolkningen vil føle seg sikker på at dersom tvang til siste slutt må til for å berge liv og helse seg og sine, **så ønsker mer enn 90% den hjelpa.**

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGikjbSCtJsMnmQZtShlhSwkchP>

Loven ble revidert med nettopp det mest problematiske implementert, og noen flere hindre. Som at helt nødvendig behandling skal settes hele fem dager for observasjon, samme hvor feil og klinisk uforsvarlig det er må tvangsmedisinerings til. Særloven trumfer alle andre helselover, derfor kan det skje.

En ren politisk beslutning, mot råd, men i aller beste hensikt ligger bak.

Politikk er også det som kan reversere og evt starte på nytt

Forskjellen i loven i 4 år har gitt utallige skader vi aldri vil få oversikt over uten en virkelig stor vitenskapelig undersøkelse.

Et institutt alene, som Tvangsforsk, kan neppe gjennomføre denne. Et mindre utvalg må snarest gjøre den evalueringen som må til for å ta de politiske grepene som berører både gjeldende PHVL og NOU 14/201

Regjeringens holdning er oppløftende. Helseministeren sier

<https://www.tv2.no/a/14307729/>

– Ja, at det er mangler i helsetjenesten, det er godt dokumentert. Det har blant annet Riksrevisjonen pekt på. Vi trenger større kapasitet og bedre kvalitet på alle nivå.

– *Vil økt bruk av tvang være et ledd i dette?*

– Det vil jeg ikke gjøre noen bastante uttalelser om nå, men regjeringen skal evaluere lovendringen fra 2017.

Dette gjør meg mye motivert for å tenke kvalitet ved denne høringen og ikke legge samme vekt på høringssvar til HOD sine valg blant svarende fra desember 2019.

Bakteppe og generelle drøftinger

Når noen virkelig vil avspore fra at psykisk helsevern både kan og skal forbedres etter metoder som alt helsevesen brukes fortsatt historiske feil og forhold som om ikke noe har skjedd. Det de har «vært utsatt for» brukes som argument. Jeg tror de fleste er kjanner at mye av kritikken er berettiget. Om vi tviler, så er ikke det noen diskusjon å komme videre på, for opplevelse og observasjon er ikke det samme, og tolkninger er ingen vitenskap. Psykiaterens forsvar for medikamentenes betydning da de kom på 50 tallet og avdelingen ble rolig, gjerdet ble revet og pasienter ble skrevet ut får alle andre forklaringer en at de nye medisinerne virket. Det gjorde de selvsagt, med god beroligende (sedativ) virkning, bedre søvn og betydelig effekt på psykosens stress som mani og tankeforstyrrelser. Slike diskusjoner 70 år senere får ingen vinner, bare tapere.



«Gjøkredet» ble vist på Hamar straks jeg begynte på Hedmark fylkes psykiatriske klinikk 1976

Det er sørgelig trist hvordan de tilfreds kommer frem i nasjonale media, men de er der i magasinene, og de er der hver dag jeg gikk på jobben. Og de takker meg når de trekker meg igjen lenge etterpå. Det kunne vært trist å være psykiater om det var slik at vi skulle bære på all skyld, men det holder med å ta ansvar for feil og mangler i egen gjerning. Det som har gjort dette heller ikke så tungt er erkjennelsen kunst. Enkelt er det egentlig. Lytte, forstå sammen, kanskje ikke helt enig, men si unnskyld litt lenger enn du selv synes, og beklage for det som går utenom. Ja, enkelt hvis det er tid til å rette opp feilen. Jeg har gjort mange feil, men hatt tiden, og de har vært avgjørende for å unngå at pasienten tviler mer på behandling enn det er grunn til.

Går det så fort at dialogen blir borte øker tvangen, selv om det ligger flere faktorer mellom den første krenkelsen og den dagen den fikk betydning.

Kolleger flest, og vår forening er ikke i noen «skyttergrav». Debatten er ikke uten forbehold og erkjennelser slik den en gang kunne fremstå også fra faglig side. Det er særlig bra, at når kritikken er aller sterkest når det kommer til tvangsmedisinering, så er bruken av psykofarmaka kolleger også finner mest feil ved. De mest erfarne blant oss kanskje tydeligst, for de kan faget på sitt felt bedre enn de fleste. Dette sier ikke på noen måte at ufrivillig behandling ikke vil måtte gjennomføres. Det burde kunne gjøres faglig medisinsk rett og til beste tid, og så omsorgsfullt som mulig. Det er håpløst når pressgrupper når frem til HOD og ministeren får vedtatt i lovs form hva representantene mener er god behandling hos legespesialist.

PSYKOFARMAKA

NOU 14-2019 henger virkelig ikke med i tiden, og HOD har ikke rettet opp noe særlig

Lovgivers behandling av «tvangsmedisinering» **oser av mistillit** til psykiaterne, lesbar på den stadige lenge tiden pasienten som ikke evner samtykke til hjelpa må vente innen de kan få antipsykotisk medisinen. Fra 1 døgn for 20 år siden til 5 døgn nå og foreslått 7 dager.

Mitt svar er som vanlig: Gjør en bedre jobb!

Men gå nå heller bakenfor å se hva årsaken er. Det er et sterkt press mot antipsykotisk medisin som naturlig vis innvirker. Kritikken er gitt slik styrke at dialogen taper. På motsatt side er de som forsvarer omfanget av medisineringsen som den er og er lite villig til å erkjenne problemene ned negative virkninger.

I tillegg til kjente bivirkninger og dokumenterte skader i nåtid kommer historiske sannheter og myter for å gi krikken slagkraft. Videre velges kilde etter ønske, som især WSO på verdensbasis. På den ene side i «Mad in America», eller «Mad in Norway», med de funn **Professor, dr. med. Peter C. Gøtzsche** *) skriver og foreleser om. På den andre siden kan det finnes konservative psykiatere som svarer med å fremheve nødvendigheten av antipsykotisk medisin som den er universell, og ved alvorlige psykoser nødvendig veldig lenge eller alltid.

Stadig påpekning av at «medisinfri behandling» ikke har noen evidens ved psykose/schizofreni. Selvsagt skjer det. At inntil 30% med schizofrendiagnose som blir friske kan det umulig være slik at alle kan takke antipsykotisk medisin. Men noen av dem sikkert både sovemedisin og medisin som reduserer depresjon som stress. Dette er det ikke lovgiver som skal intervensere i.

Uten tid og muligheter til relasjonsbasert miljøterapi og aktivitet og evaluering av utvikling over tid brukes det for fort og for mye medikamenter i institusjon. Forskrivningen begynner ofte der. Og repeteres alt for ofte over lang tid i primærhelsetjenesten.

Ingen andre områder står så svakt som farmakologisk behandling. Den brukes mest. For et paradoks

FAG, KLINIKK og IKKE JUSS!

Å rette opp i behandling og heldig bruk av medikamenter skal fagfeltet med leger i spissen, støtte i ledelsen og midler til etterutdanning gjøre.

Å legge til rette for kompetanse og legende omgivelser i alle sykehus og DPS MÅ Staten v/ HOD gjøre

De virkelig «skyldige» er de som eier norsk helsevesen og leger og spesialister som ikke følger opp ny viten med mer kunnskapsbasert behandling.

Kunnskapsbasert her er å behandle uten eller med minst mulig medisin, forutsatt at dette tjener formålet best, slik pasienten informert kanta stilling til. I spesialisthelsetjenesten må det være mulig å behandle etter **prinsippene for «medisinfritt»**

Helst ikke farmakologiske behandling, hvis nødvendig beste preparat, minste dose, minste bivirkning i lys av beste effekt (pasientens avveining) ikke for lenge og ikke for kort, godt fulgt opp over tid, også

etter at medisineringen kan være avsluttet. For psykose er ofte ikke «akutt preparatet» egnet til lang tids behandling, og «akutt dose» ikke riktig over tid.

DE ENKLETE FORSLAGENE

Det er svært problematisk å opprettholde «diagnose» som kriterium for valg av medikament. Psykose er ikke sykdom, men en tilstand med bestemte bio-psykologiske karakteristika og følelsesmessig og kognitivt «sammenbrudd» og manglende innsikt for tilstanden som hovedkriterium. Psykofarmaka er i høy grad «smertelindredene», beroligende.

Tvangsmedisinering må ikke knyttes til diagnoser. Men «alvorlig psykisk lidelse» beveger seg vekk fra «sinnslidelse» som vanlig vis betyr psykose. Loven av 1999 god avgrenset definisjon av alvorlig psykisk sykdom. Som tilsvarer alvorlig sinnslidelse i alvorlighets grad, med funksjon som det var psykose som hoved kriterium. Dette er humanvitenskap og klinikk, kan forstås og praktiseres av leger med erfaring.

Psykose er et klinisk verdi- og gruppenøytralt begrep. Det er synonymt med alvorlig sinnslidelse og utilregnelig i strafferetten samme hvem som står for retten.

ICD-10 / DSM-4 diagnoser er ikke «sykdommer», men gruppert som tilstander med flere fremtredende likheter. De settes i «bås», men det er ingen grenser i virkeligheten. Symptomer er forbigående, går over i hverandre. «Samtidige diagnoser» sier bare at tilstander går over i hverandre, og de kan bli mange på en gang dersom manualen kriterier brukes.

Diagnosens hensikt er å avgrense, og er praktisk nyttige i forskning og utprøvingen av medisinene. I klinisk arbeid kan diagnoser alt for ofte bli mer misvisende enn nyttig. Siden psykosen ofte er den naturlige konsekvensen av overveldende stress, vil «sykdommen» som bør behandles være en «bipolar spekter» lidelse, som ikke bør gir antipsykotisk medisin ut over psykosens varighet.

Erfaringsbasert evidens i spesialiteten psykiatri må ikke settes til side av et stort lovutvalg uten farmakologi som primæroppgave, og ikke med kun en spesialist i psykiatri, ingen spesialist i psykofarmakologi med i gruppa.

Nye medikamenter utprøves der et nytt stoff synes å få en ønsket effekt, og videre studier bygger på den avgrensningen enhver forskning krever.

De fleste psykofarmaka, særlig de som også har en mer spesifikk blokkerende og stressreducerende effekt på dopaminsystemet virker på mange reseptorer.

De har en rekke sidevirkninger. Noen er gunstige for den ene, men ugunstig for den andre. «Bivirkninger» hos den pasienten som ikke hadde nytte av bivirkningen. Å bli trett om kvelden er «virkning» og bli trett om dagen er «bivirkning». En person legger på seg en annen ikke, en føler seg sløv en annen kvikkere.

Det finnes ingen pasienter som er like og medikamenter som gir akkurat samme effekt på to individer, fordi de alltid virker på veldig mange steder i våre ulike hjerner samtidig.

Likeverdig behandling er forskjellig. Det samme gjelder forsvarlig.

Derfor må medikamentet og dosen velges ut fra alminnelige regler for å oppnå beste resultat med minste ulempe innen den tiden som er tilfredsstillende, i den dose tjener nettopp denne pasienten best.

Det er spesielt at ei bestemt gruppe medikament får regler i loven som hjemler og regulerer «psykiatrisk tvang».

Medikamenter godkjennes for et av molekylene som virker aller mest på en type hjernefunksjon, tilstrekkelig mye og tilfredsstillende mange i et utvalg testpersoner, og til slutt i fase 3 veldig mange. Veldig mange virker samtidig. De kan virke veldig godt som hoved medikament eller tilleggsmedikament utenfor godkjent indikasjon.

Det er alt for kostbart for industrien å gjøre nye studier for ny godkjenning, og dersom det nærmer seg 10 år og patenter går ut **vil det aldri skje**.

Enten gjør legemiddelverket undersøkelsen på egenhånd eller sammen med universitetene

Eller så la legene gjøre jobben sin til pasientens beste, Og helsetilsynet holde seg i ro

Å ekskludere andre medikamenter som kan være like riktige og viktige ved tvungen medisinerer. Stemning stabiliserende medikamenter kan være like viktige, sammen med antipsykotikum gi mer tilsiktet effekt og mindre bivirkninger. I praksis handler det om lamotrigin der depresjon er av stor betydning, valproat om det er mani og litium hvis begge deler. Valproat og litium, samt karbamazepin har kjent tilleggseffekt om aggresjon er en utfordring.

Alvorlig depresjon, oftest «bipolar type» verdens største og mest kostbare lidelse. Behandlingen er ikke bedre enn den var på 80-tallet.

Når denne ligger **skjult i psykose, ustabil eller rus, ofre psykose utløst av rus**, blir denne tilstanden ofte ikke behandlet i det hele tatt (f.eks monoterapi ved schizofrenier)

Forslagene står i vegen for å velge den beste behandlingen i tilfelle tvangsmedisineringen.

Det som er VIKTIG er at psykiatriske medikamenter brukes langt mer presist og riktig enn i dag. Jeg tror vegen er å gå gjennom større kliniske ferdigheter, god kunnskap og gode rutiner.

Jeg aldri sett noe komme som erstattet legemiddelindustriens viktige rolle i etterutdanningen. Staten må pålegge helseforetakene et «kunnskapsløft», slik forslagene også kan leses.

OBSERVASJONSTIDEN 5 eller 7 dag!! Farlig!

Observere det som er avklart for lengst er ulogisk og farlig ved alvorlig sykdom?

Hva med hjerteinfarkt, bare ente å se? Vente med nitroglyserin og morfin å se hvordan det går.

Er ikke stress og psykisk krise smertefullt og farlig. Psykotisk depresjon er «eksplosivt suicidal» (Blir for lite hensyntatt, og selvmordene er mange)

Jeg tror lovgiver må bli med en tur inn i avdeling?

En av mine tidligere **unge** pasienter over et par år ble lagt inn forkommen, forfrossen med lang tid under åpne vinduer før jul. Hun hadde vært vedvarende psykotisk i noen år, flere innleggelser, begrenset effekt av antipsykotisk, men nok til å averge fare. Aldri villig til å ta frivillig. Hun måtte lide gjennom noen uker ubehandlet i *SYKEHUS!* Ut i januar kom Fylkeslegen.

Jeg ville gitt henne godt med sovemedisin og beroligende og startet tvungen behandling dagen etter. Slik ville jeg tolket gjelde lov, slik det var for ordinær oppstart tidligere.

Jeg var på Ila på forvern. Pasienten var en ung sterk mann med vold og dømt for drapstrusler. Rusproblemer. På Ila utviklet han farlighet, og ble satt i isolat streng adskilt fra alle andre. Lenge. Psykosen gikk ikke over. Vi fikk søknad. Pasienten er den første og den siste på 40 år jeg kjente redsel for. Vi var 5 personer til i rommet, hvorav to fengselsbetjenter.

Vi sa naturligvis velkommen til oss. Han fikk komme til «lukket psykose» uten noen videre behandling. Vi var ikke vant til å benytte anen sikkerhet en dynamisk psykologis prediksjon og håndtering av vold, men var godt trent om det ikke fungerte. Det gikk bra, han ble raskt symptomfri antipsykotikum.

Men hvor lenge skulle vi ventet om han ble gående på «bristepunktet» Ikke farlig og lovlig å tvinge, som vi av kjennskap måtte uansett, og ikke trygg, en «tikkende bombe» for ansatte.?

Han kunne skjermes som behandling, dvs for å bli trygg og mindre stresset, men var det garanti? Det kunne bli mye traumatisk tvang på ei uke avhengig av legens valg.

Etter alt for kort TUD ble han dårlig på nytt, og prognosen langt dårligere.

Jeg ville ikke sluppet opp. Derfor har vi også så gode resultater i lang tids behandling

I tillegg skadet av medisin, ene og alene av svikt i oppfølgingen.

Så jeg håper HOD tar på alvor de merknader fra medisinsk hold og andre faginstanser som er tvilende til at man blir friskere jo lengre man får være alvorligsyk.

Oppsummert:

Utsettelse med observasjon av pasienten i hele 5 dager før ufrivillig behandling kan starter. Dette fører selvsagt til mer bruk av tvangsmidler, mer bruk av personale rundt en pasient og i sykmelding (også nødvendig å måle i evaluering), færre personale til godemøter med resten av pasientene, mindre tid til å utøve **«det første møtets kunst»**. (*Mindre tillit, mer tvang*)

Den redde og fortvilede, urolige, søvnløse, som ikke forstår noe av situasjonen og sitt beste blir den store taperen. Ikke bare blir det mer tvang og tvang i lengre tid. Selvsagt er det nærliggende. Hver gang slik skjer mister han en bit til av sitt fremtidige liv. Ikke fordi at «psykose skader hjernen», men **belastning skader mennesket**.

Det som virker, er hjelp i tide. TIPS viser ingen forskjell på resultatet mellom frivillig innleggelse og tvangsinnleggelse. Det som avgjør mer enn noe annet.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGkjbSCsCqrPjLltkbgBLqFPTm>

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Hva kan uttrykket brukt på «schizofreni», «Cancer of mind» bety annet enn at det tærer. **Ved ekte kreft forlanger folk behandling straks.** For alle andre sykdommer skjønner alle at rask behandling gjør raskest frisk. Slik er det i «psykiatriens» på samme måte og med de samme mekanismer i vår kropp.

TIPS prosjektet og oppfølgingsstudiene har vart i nær 25 år, og resultatene i studiene er lite diskuterte. Det vi må erkjenne å ikke ha nok kunnskap om er hvordan spesielt antipsykotisk medisin benyttes best mulig over lengre tid. Ut over 2-5 år som **TIPS kan gi mest informasjon om.**

Retningslinjen for «psykoselidelser» ble utgitt i 2013. På den tiden kom en nederlandsk langtidsstudie over 20 år som viste fordeler og ulemper ved å bruke antipsykotika slik fortsettelsen alt for ofte blir etter utskrivelse, uten løpende tilpasning og forsøk på å redusere og kanskje slutte.

Studien viste at lavere dose oftest går bra, og at livet ofte fungerer bedre med mer tilfredshet uten medisin selv om psykosesykdommen da blir mer fremtredende.

Jeg har lært meg og mene, og si til pasienten at **«jeg bryr meg ikke om hva du tenker, bare om at du fikser livet ditt og har det bra»**

Shrink kan bety psykolog, men også krymper, «hjerne-krymper». Det unngår vi med aksept, lite symptomfokus, støtte til recovery, tillit og minst mulig bivirkninger.

Wunderink L, Nederland, 2013: **De som trapper ned kommer seg bedre.**

[Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial - PubMed \(nih.gov\)](#)

Design: Seven-year follow-up of a 2-year open randomized clinical trial comparing MT and DR.

Results: The DR patients experienced twice the recovery rate of the MT patients (40.4% vs 17.6%). Logistic regression showed an odds ratio of 3.49 ($P = .01$). Better DR recovery rates were related to higher functional remission rates in the DR group but were not related to symptomatic remission rates.

Conclusions and relevance: Dose reduction/discontinuation of antipsychotics during the early stages of remitted FEP shows superior long-term recovery rates compared with the rates achieved with MT. To our knowledge, this is the first study showing long-term gains of an early-course DR strategy in patients with remitted FEP. Additional studies are necessary before these results are incorporated into general practice.

Konsekvens; Retningslinjen manglet et avsnitt om reduksjon av antipsykotisk medisin. Dette ble opplyst allerede på Tvangskonferansen 2015. (Nedtrapping er hovedelementet i «medisinfritt» så langt). Førret nå vil er korreksjon av retningslinjen på gang.

Med slike studier oppstår det dessverre nye utfordringer, for straks er det noen som griper tak og vil gjøre det til hele sannheten.

Gruppenivå leses som om det gjelder alle. Og faren gjelder alle

Det samme gjelder enkelte profiler i andre land, enten det gjelder leger eller journalister.

Professor, dr. med. Peter C. Gøtzsche (USA) har skrevet flere bøker og **dominerer kritikken**.

Det gjelder å være åpen og ærlig, men også KILDEKRITISK. Hvordan «fakta sjekk har slått ut vet jeg ikke, men bøker selges og foredrag holdes verden over. **Og «setter farge»**

Jeg synes det gir beste balansen å sitere omtalen til bok fra 2016 og gi den kommentar, for her vi ved sakens kerne i spørsmålet.

Professor, dr. med. Peter C. Gøtzsche dokumenterer at psykofarmaka dreper over en halv million mennesker hvert år i USA og Europa blant personer over 65 år. Det gjør psykofarmaka til den tredje hyppigste dødsårsaken etter hjertesykdommer og kreft. Gøtzsche forklarer at vi kan redusere vårt nåværende forbruk av psykofarmaka med 98% og samtidig forbedre pasientenes mentale og fysiske helse, og overlevelse. Det kan imidlertid være vanskelig å slutte med medisinene fordi mange mennesker blir avhengige av dem. Fordi abstinens-symptomene kan være alvorlige, langvarige og farlige, er en langsom nedtrapping vanligvis nødvendig. I sin bok avliver Gøtzsche mange myter som ledende psykiatere har skapt og vedlikeholdt gjennom årtier. Dette er psykiatere som ofte står på den farmasøytiske industriens lønningsliste. Myter som gjennom årtier har skjult det faktum at den biologiske psykiatri stort sett har sviktet. Den biologiske psykiatrien ser psykofarmaka som løsningen på nesten alle problemer, noe som står i skrikende kontrast til pasientenes opplevelser. De fleste pasienter har ikke nytte av de medisinene de får. Dessverre fører psykiaternes frustrasjoner over manglende fremskritt til stadig flere diagnoser, flere legemidler og høyere doser, som igjen skader pasientene ytterligere.

Kommentar: Ingen lege med tanken i behold vil finne på å **bortforklare livsstilssykdommen som en rekke psykofarmaka kan fører med seg**, noen av 2. generasjons antipsykotika har også direkte uheldig virkning på fett i blodet, blodsukker, og noen kan gi både sterk sultfølelse og utsatt metthetsfølelse. Vi vet det godt. Men leger vet at alle medisiner også kan ha bivirkninger. Og er fullt klar over hvor **vanskelig dert er å treffe grensa for hvor informasjonen bør stoppe**, eller at den alt for ofte blir glemt.

Psykofarmaka er ikke fundamentalt spesielle. F eks er ikke hjertestand (flimmer) noe spesielt, det finnes blant både antipsykotika og somatisk medisin. Og flere er avregistrert i begge gruppene, og andre er nysidig testet på nytt og fått trygge regler for oppfølging. Saken er nok at det er langt større fare for å falle om ved aktiv idrett en å ta piller. Så retorisk kan man sette dette på spisen begge veger.

Overveielsene er der når vi skal bestemme preparat. Mange overveielser. MEN ikke mange nok, så derfor er det **all grunn til å erkjenne at mht medisiner er det mye å gjøre**.

Og jeg tror det i stor grad skyldes at arbeidsgiveren følger opp grunnkursene og veiledningen med anerkjente kurs. Hvis alle LIS gikk f eks alle kursene hos Npf kunne de gå tilbake til veilederen og lære bort litt konsensus.

Internasjonalt predikerer ned til en enste innleggelse i psykiatrisk avdeling 15 års kortere levetid. Ved schizofreniene heller 25, og i Norge også ca 20 år. Mange som bruker psykofarmaka dør mellom 60 og 70 år. Det er ytterst sjelden en direkte årsak mellom medikament og dødsfall. Det «fine» er at det er så mange faktorer som vi må se til å redusere. Den første er om type preparatpasser nettopp denne pasienten, om dose var rett, varigheten rett, om risiko ble målt og vurdert, og preparater var

det rette over lengre, om nedtrapping skulle vært gjennomført, eller om behandlingen skulle vært stoppet. For en periode eller alltid.

Det er derfor vi er leger, for å gjøre noe med nettopp dette. Vi får retningslinjer og pakkeforløp, som bare er en litt avansert «sjekkliste» som inkluderer forventninger, så det burde vel snart virke?

Jeg setter to streker under hvor vanskelig, om ikke umulig det er å slutte helt med antipsykotisk medisin etter noen 10-års bruk, og sikkert tidligere. Men endring og reduksjon er gjerne mulig. Med godt samarbeid i trygg relasjon, og bruk av tid, lenge, noen år, så er det mye å vinne.

Pasienter som virkelig lider under antipsykotika med manier som holdes ned med høye doser fremfor å behandle manien separat. (fra min praksis)

ECT er stadig «offer» for historien og mytene

Den som vil bekjempe ECT som behandling nevner gjerne lobotomi i samme åndedrag. Det første er effektiv og trygg behandling. Kostnadseffektiv. Lobotomien var alvorlig forfeilet, fra en tid da få mulighet fantes.

En sak blir ikke sann av å bli sagt mange ganger, men den blir trodd. Helsedirektør Torbjørn Mork var en gang trygg på at ECT ikke var i bruk i Norge. Men han tok feil, heldig vis.

Frykten for ECT kommer av historiske beretninger og et fåtall «historier» med svekket hukommelse en det pasienten ventet se som det viktigste. Det er slik at biologiske reaksjoner har et vidt spenn, det med 5 % av antallet går ut over «det normale» i begge retninger. Det gis kanskje for lite informasjon, og et lite antall ligger lengst ut på skalaen. Selv om ingen studier bekrefter varig hukommelsessvekkelse, sier ikke det et det ikke finnes. I disse få tilfellene er det ikke mulig å skille mellom mulige årsaker.

ECT den **mest effektive, og den aller tryggeste** behandlingen ved alvorlig depresjon. ECT er langt tryggere enn de aller fleste medikamenter til medisinsk bruk, herunder håndkjøpspreparater.

Av den grunn anbefales **ECT ofte til eldre og gamle**. Dette er den forståelsen som har støtte i forskning og praksis.

ECT behandles av lovgiver er kunnskapsløst og med høy «berøringsangsten». Noe kommer vel av fordommer fra den tida ECT ble satt for psykose generelt, og ikke bare dype depresjoner. Den gangen uten bedøvelse og alles påsyn på store «vaksaler».

Jeg har aldri får negative tilbakemeldinger fra pasienter, men du verden slik kjeft da jeg drøyde et par uker for lenge. Jeg måtte love dyrt og hellig at det måtte aldri gjenta seg å gå så sjuk så lenge unødvendig.

[Microsoft Word - Retningslinjemal ECT 11.06.17 \(helsedirektoratet.no\)](#)



ECT er som å gjennomføre hvilken som helst kortvarig narkose. Den elektriske strømmen er svak. Behandlingen er trygg og skånsom, å foretrekk hos elde. Krampene er knapt synlige. Oppvåkningen går litt langsommere. Det er alltid helsepersonell til stede. Mange husker litt dårlig en dag eller to, eller litt lengre. Noe annet er svært sjeldent. Mange hjem etter behandling.

Departementet ber om at høringsinstansene vurderer

Departementet ber om at høringsinstansene vurderer om virketiden for en reservasjonserklæring bør begrenses ytterligere til: • inntil to år generelt for alle • inntil to år den første gangen personer reserverer seg • inntil to år for personer som er under 25 år når de reserverer seg. Side 86 av 157

SVAR: Inntil 1 år for alle. Kortere OK. Forlag; Kan fornyes ved samtykkekompetanse. Dette krever oppfølging og dialog = aktiv terapi. Reservasjonen skyldes gjerne feil sykehuset har gjort **second opinion bør gjøres.**

Departementet ber om at høringsinstansene vurderer om reservasjonsadgangen bør begrenses ytterligere gjennom:

- vilkår om at det før man kan reservere seg må ha gått seks måneder etter at behandling med antipsykotiske legemidler ble avsluttet.

SVAR: Dette støttes i klinisk erfaring. Ved depot er også 6 mnd for «meget nær fremtid å regne.

Klinisk forskning tilbakefall «innen 6 mnd» og særlig «innen 1 år» Grovt regnet **dobles tilbakefall** hos de som ikke fulgte opp medisineringsen. Flere faktorer, men bortfall av virkning og fare for reboud psykose gir høy risiko. «**Medisinfritt metode**» må benytter ledet av lege.

En pasient hadde ikke skilt ut Risperdal depot på et helt år. Ikke bra det heller, men illustrerer stor variasjon

- Utvalget foreslår at unntaket for nødssituasjoner bare skal gjelde ved kortvarige nødssituasjoner og bare så lenge den akutte nødssituasjonen varer.

SVAR: Så lenge nødsituasjonen varer. Med rorsvarlig utfasing til annen behandling. Hvorfor bytte form for tvang når behandlingen er i gang?

Departementet ber om høringsinstansenes syn på å la dette unntaket også omfatte gjentatte nødsituasjoner over flere dager, hvor situasjonen vedvarer etter at effekten av kortidsvirkende legemiddel har gått ut.

SVAR: Se over

Vi ber også om innspill på hvor lenge man i tilfelle bør kunne håndtere en nødsituasjon ved bruk av **tvangsmidler** uavhengig av reservasjon.

SVAR: Det finnes ikke svar med mindre pasienten er godt kjent. God oppfølging er det regler for. Psykologisk trygghet må man beherske. Akuttpostene er utfordringen. Nesten all beltelegging i akutt jeg har vært borti er på en eller annen måte fremprovosert. I sikkerhetsposten kjenner vi pasienten vår 6 personer «innom» belter i løpet av 15 år. Prinsippene er stort sett banale; Trygghet og gjensidig tillit, og holde avtaler, oppfylle rimelige ønsker, slippe folk ut på luftetur.

Det ønskes også innspill på hva som vurderes som **forsvarlig og minst mulig inngripende behandling i slike situasjoner.** •

Jeg sendte heller en ung mann hjem med oppfølging på TUD da han ville knuse avdelingen. En til burde vært sent hjem med foreldrene og begynt på nytt i stedet for skjerming og angst i lang tid.

Ja, våre feil er ofte årsaken til tvang. Som til motstand i behandling.

MEDIKAMENTER SOM REDUSERER TVANG

Beroligende medisin og sovemedisin er det som skal eller bør gjelde den første tiden. Med mindre tilbake fallet skyldes seponering, farligst etter brå seponering av antipsykotisk medisin. Prinsippet er så vanskelig å følge som rammebetingelser gjør det til. Å lære seg dette kan enhver lege klare.

Det er en farlig oppfatning at «psykiatrisk behandling er bare medisin», selv om det ofte både kan være rett eller virke slik om ikke de mange mulige ikke medisinske behandlinger og tiltak, forskjellig organisert under innleggelse som etterpå blir tatt i bruk.

Den som ikke tar inn over seg at rammebetingelsen er blir stadig dårligere og samtidig makt i systemet har noe å lære om hvor viktig det er å benytte evidente metoder som ikke krever medisin dersom kontaktevnen er til stede.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid=13C9D20493DD4F0230CE03A4C90B5457>

Er det trangt og travelt medfører det stress, så da øker behovet for beroligende. Kan redde liv.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Gir bedre opplevelse. Kommer frivillig tilbake. Restriktiv holdning er farlig. Noen vil forby bruk i sin avdeling. Det er både uforsvarlig og diskriminerende

KLINIKK: Svært utslitte pasienter må få sove. Mange glemmer det. «Full narkose tre netter, og så seponere alt, fungerer godt. La pasienten bestemme medikament og dose, medvirkning og ansvar. Ubehagelig «hang over» av antihistamin eller antipsykotisk uteblir, så holder tilliten og samarbeidet lenge, og frivillig tilbake ved tilbakefall. Sparer mye kostbar behandling og mye tvang på sikt.

Ingen risiko Jeg har aldri skrevet ut med benzo fast med mindre pas hadde brukt det fast tidligere.

Særlig amfetaminuløste tilstander med psykose får dårlig behandler, får antipsykotisk og skrives ut., slutter og får psykosen tilbake med det samme Rebound etter olanzapin i løpet av veldig kort tid. (museforesøk)

Hvorfor starte med antipsykotisk medisin?

Hensikten med antipsykotisk behandling er å oppnå kontakt med en pasient der psykosen står i vegen tross andre tiltak som ble forsøkt.

Den «egentlige» behandlingen kommer i gang med kontakt, dialog og relasjonsbygging. Den beste oppfølging av medisinerer er svært viktig, men kan være eller bår være den minste delen, selv etter mye informasjon og samarbeid om fortsettelsen.

Kritikken om at dette ikke skjer er betimelig, men kravene ligger i de generelle helselovene og i læreboka, og trenger ingen regler i en lov som handler om begrensning av tvang.

Mye ny og nyttig kunnskap.

Det er et stort potensialt igjen for å få til riktig bruk av antipsykotisk medisin, bruk uten plagsomme bivirkninger, og ingen bivirkninger verre enn sykdommen. Mytene er mange, men informasjonen som ikke er tatt til følge i behandling er også omfattende.

Medisin, især til bruk ved psykose behandles i lovutkastet ut fra vanlige misforståelser.

Det er få medikamenter ved psykiske lidelser som er «mot en sykdom». De demper og lindrer, som smertestillende for fysisk smerte.

Psykose er en knippe symptomer, med svikt i realitetstesting som hovedkriterium, og schizofreni er den videre utvikling når utviklingen ikke ble stoppet i tide.

Dette videregående stadiet kan kodifiseres. Mer og mer jo senere behandling og flere tilbakefall.

Schizofreni kalles også «cancer of mind», der ca 20 % blir sterkt sosialt invalidisert. «Nå vesentlig bedring uteblir, **«terapieresistens» er et lite utforsket område.** Mange er redde for å forsøke å redusere og slutte, eller endre preparat av frykt for ny forverring.

Det er ikke farlig å røremedisin forsiktig, og klopapin særlig forsiktig. De fleste buker mer enn de trenger mange bruker alt for mange på en gang.

RESERVASJON

Vanlige årsaker kan være skremsel, (religiøs familie) feil eller dårlig valg av behandling og metode, lite omsorgsfullt, lite forklaring, manglende relasjon og trygg oppfølging- Samtidig med bivirkninger plagsomme bivirkninger.

ER det til å unngå? Hvor mange reservasjoner blir det?

Hvem har ansvaret? Skal pasienten måtte miste sin helse slik jeg har beskrevet. Jeg har ikke møtt en pasient der det er forsvarlig å vente mer enn ETT -om lag 1- år. Det har vært SVÆRRT krevende, et år innlagt og mange (nye) år på TUD for de fleste.

Det er uetisk å la en pasient i en bedre periode fraskrive seg retten til tvungen behandling med antipsykotisk medisin i 10 år, slik NOU foreslår. Det kan ligge en uheldig opplevelse, en tidligere feil, ufølsomt møtt, til grunn for motstanden. Da er det dette som er skaden.

Legene har kunnskapen om medikamentene og anbefaling kan fortsatt være verd å følge. Drøfting mellom kolleger og «second opinion» er ofte nyttig ved nye medisinvalg.

Det er en myte at alle med schizofreni skal ha antipsykotisk medisin.

Mange behandles uten vare de store og farlige krisene ikke oppstår. Det er en overlevning å snakke om «kjemisk ubalanse i hjernen», men de som vil sverte skolemedisinen fortsetter. Myte at alle pasientene med schizofreni trenger medisin livet ut. De trenger bare rett medisin til rett tid, i rett dose og lenge nok, og en god oppfølging som sikrer dette, hvis nødvendig livet ut.

Det er et alvorlig faktum at mennesker med psykiske lidelser har veldig forkortet levetid, også ved «lettere diagnoser, og at dårlig valgt medisin forsterker risiko for livsstilssykdommer, og dessuten kan føre til rusmidler mot bivirkninger. Men en kan ikke lage allmenne regler, lov, basert på subjektiv oppfatning av at spesielt antipsykotikum, som av kritiske omtales som «dødelig gift». Det vil med sikkerhet skade enkeltindivider.

«Medisinfritt» støttet DNLF/Npf i «Bertrapporten» (2009) som forsøk.

Npf ville hatt en vitenskapelig utprøving med like modeller som kunne gitt valid forskning og sikker kunnskap som kunne gitt tryggt bredelse ut over landets grenser. Det beste Npf kunne gjøre var å utarbeide veileder for nedtrapping.

«Medisinfri behandling» slik det gjøres i egne enheter er ikke noe annet enn det vi kaller god behandling i et hvilket som helst sykehus eller DPS eller under ambulant oppfølging.

Medisinfrie enheter tapper sykehusene for ressurser om de er private. (På linje med å bygge ut «rusomsorgen» med mindre kompetanse på den psykiske sykdommen.)

Det går på et vis... Men uten felles studie. Da burde det vært implementert i DPS og som metode i all behandling.

Det har vært store prosjektet for å møte de somatiske utfordringer og overdødelighet. Omkring 20 år kortere liv ved schizofreni, 15 år mindre for andre som hadde innleggelse.

Pakkeforløp er i prinsippet gode huskelister

Vi hadde et skjema for 20 år siden på somatikk og bivirkninger, men dessverre godt fag og lite brukt, og glemt, det er jo problemet. Leger slutter å være «leger» når de

kommer til psykiatrien! «Et sunnere liv» som Lilly måtte sette i gang pga vektproblemene ble også glemt.

MEDISINFRI OG MILJØTERAPEUTISK BEHANDLING

«**Medisinfri behandling**» er på et vis «keiserens nye klær». «**Medisinfrie enheter**» er noe annet, det er et STED som får ekstra ressurser til å gjøre god behandling og rehabilitering som alle avdelinger ville eller burde gjøre om rammebetingelsene var like gode.

Pengene til medisinfrie enheter er de samme som sykehus og DPS sparer når de strenger sine avdelinger. **Der blir det travelt, brukt mer medisin, og tvangen går opp.** Rettferdighet er et filosofisk spørsmål, ikke en praksis, og kan sjelden tallfestes.

DNL/Npf ga tilslutning i gruppa til utprøving for å sjekke ut og få ny kunnskap. Dessverre responderte ikke helseforetakene på «bestillerbrev» i april 2010. Utålmodigheten grep helseministeren som kom med pålegg som fratok fagfeltet alle muligheter for å sette inn så mye likt på flere steder at valid forskning kunne bli mulig. Enda en ny konflikt om «medisinfritt» ved psykose er forsvarlig eller ikke. Selvsagt er det det når det går bra, og det gjør det ofte.

Under «Tvangskonferansen» tok vi opp «medisinfri behandling» i full bredde og med debatt med **Soteria Bern** som invitert foreleser.

Denne klinikken for frivillig og primært miljøterapeutisk retter psykosebehandling skiller seg lite fra tidligintervensjon etter TIPS, i Stavanger, i Innlandet, og noen flere steder.

Typisk lå enheten i **et ordinært hus i en villabebyggelse.**

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID



<https://www.igsbern.ch/>

«De kritiske røster» har vist til Soteriabevegelsen i USA, men der er den forsvunnet. Det finnes i tillegg til Bern et i Tyskland. F eks **Hurdal recovery senter** har mye til felles med Soteria, og slik **Sanderud drev behandling inntil 2010.**

Behandlingen er ikke annen i enhetene rundt om en det som var de bærende prinsippene i vår «Attføringsavdelinga» eller i grunnen helt tilbake til «Klinikken» på 70-tallet. Forskjellen er vi vi vet mye mer om medikamenter, og har så mange flere å velge i dersom medisin er eller forblir det beste. Det som skiller klart, er at pasienten skal være sikker på at medisin tas helt frivillig i «medisinfrie» enheter. De er langt mer nedtrappingsklinikker enn medisinfrie.

Retningslinjen for psykosebehandling beskriver hva god behandling er og dert som pasienten og pårørende kan kreve av sykehuset. Eller av «medisinfri enhet».

Retningslinjen er den mest komplette lærebok som samtidig er tilgjengelig for oss alle.

[Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Forsvarlig behandling med et hvert medikament er lovpålagt. Helsetilsynet er kontrollorganet.

Ulovlig tvang er juss, og rettsapparatet er kontrollorgan.

Det er «umedisinsk» å særstiller et medikament til allmenn bruk i en egen lov.

-Dårlige erfaringer er like gyldige som gode, og begge like viktige

Pasientens opplevde nytte eller skade av behandling er gyldig, men sammenhengene trenger ikke være gyldig.

Misnøyen med «psykiatrien» for feil og mangler er for ofte berettiget.

TVANG KAN REDDE LIV

Ved alvorlig psykisk lidelse er det tre hjemler som trengs særskilt.

Tvungen henvisning med forundersøkelse og transport

Tvungen **tilbakeholdelse** for undersøkelse og behandling, i sykehus eller **ambulant** uten opphold i sykehus.

Anledning til å **behandle** med tvang som siste utvei er ikke å komme utenom.

Noen ganger vil livreddende behandling være påkrevet for **spiseforstyrrelser** og alvorlige melankolske og/eller **psykotiske depresjoner**, som akutt suicidale kriser eller stupor og næringsvegring.

Så lenge det ensidig kommuniseres at tvang skal ned, og dette leses å gjelde også nevnte type tvang, vil det jevnlig kunne oppstå fare.

Riktig bruk av tvang betyr også å IKKE UNNLATE å benytte tvang når det er siste utvei for å avverge den skade loven skal beskytte mot.

Forsvarlig behandling forbyr å la være å benytte tvang som siste utveg.

Den Hipokratiske ed har fulgt leger siden oldtiden og inngår i «legeeden», Yrkesetikken som er revidert gjennom flere internasjonale overenskomster.

I et nøtteskall «Helbrede om mulig, linde om man kan og alltid trøste»

https://sml.snl.no/hippokratiske_ed

Omsatt i helselovene våre til «forsvarlig helsehjelp og forsvarlig omsorg»

TVANG KAN VÆRE BESKYTTELSE

Bør være lite kontroversielt Metoder må være faglige og regulert. God gjennomføring sikres.

Ved de andre former for tvang, som faller inn under oppholdet i institusjon, skiller det ikke mellom grupper av mennesker. Også «skjerming» er et felles behov for å dempe stress og / eller avlate andre pasienter.

En null-visjon for tvangsmidler er realistisk på linje med den som gjelder i vegtrafikken, og kan få gode resultater. Vi vet mye om hva som fungerer godt, metodene, men må fremskaffe omstendigheter som trengs.

Ransaking er forebyggende tvang. Husordensregler skal være «alminnelige» stedsbestemte samhandlingsregler, og aldri være tvang som rammer en bestemt pasient.

En felles «tvangsbegrensningslov» for opphold er mulig.

FRA STATISK TVANG TIL DYNAMISKE RAMMER

Under de rette betingelser og med personell, lokaler og vilje kan vi gjøre tvangsmidler overflødige.

Prinsippene er høyst enkle. Nederland brukte isolasjon som tvangsmiddel. Enheter metoden avvirket isolasjon. Vi kan avvikle beltene. Enkelt, men krever litt ombygging:

Kjent personale og eller familie/venn flytter inn med pasienten i egen skjermingsleilighet.

Presentert på Tvangskonferansen 2016.

<https://docplayer.me/30342189-Menneskerettigheter-tvang-og-etikk.html>

Laura van Melle (NL) ; High and Intensive Care (HIC): a new model for good inpatient care in Dutch psychiatry

– an inspiration for Norway?

https://www.researchgate.net/publication/348417457_High_and_Intensive_Care_in_Psychiatry_A_New_Model_for_Acute_Inpatient_Care

TVANG ER SÅ FORSKJELLIG

Det er mye misforståelser rundt hensikten og betydningen av «tvunget psykisk helsevern»

Det aller, aller viktigste med en PHVL er at det er tillatt å benytte tvang ved innleggelse som siste utvei **å opprette en arena hvor bedring er mulig og nødvendig behandling kan gis.**

Også for **ikke å forspille muligheten** til å bli mye bedre eller **frisk/god fungerende**. Noen ganger kommer ikke behandlingen i gang uten tvungen behandling med medikamenter, og noen ganger kan pålegg om samtale og/eller medisin vare over tid.

I akutt fase den spesifikke hensikten med **antipsykotiske midler å roe ned pasientens sinn slik at det er mulig å oppnå kontakt og dialog.**

Med dialogen som inngang kan den «egentlig» behandlingen starte.

At psykiatrisk behandling er bare medisiner er seiglivet myte. At det også både forekommer og fremstår slik er ikke annet enn at behandlingen i de fleste slike tilfeller ikke er tilfredsstillende.

Dette kan ikke endres gjennom lov. Bedre behandling reduserer tvang.

Tvangsvedtak er ikke alltid «fælt»

Ca 1/3 under tvunget psykisk helsevern kan formener seg frivillig innlagt.

SVÆRT BRA

NOU 14/2019 vil gi pasienter med manglende samtykkekompetanse for sykdommen, men med ønske om innleggelse retten tilbake. Å ha kompetansen for å ønske hjelp er reell.

Uformell tvang, press og opplevd tvangsinnleggelse er verre, og står i vegen for tillit og dialog. Dette er en ordinær terapeutisk oppgave å komme ut av.

GJENOMGANG AV HØRINGSBREVET

Det må gjøres grundige undersøkelser av utviklingen etter 2016. Hvordan det har det gått med pasienters lidelse, hens/hennes og pårørendes situasjon, kommunenes ansatte og evne til å yte tilstrekkelige tjenester.

Mennesker rapporters å fremstår psykotiske i bybildet slik vi ikke har sett i de siste 10-årene.

Lovforslaget i NOU noe av det verste jeg har vært borte i som interessert lege.

Mønster som går igjen i høringsbrevet er at HOD stadig ser bort fra, eller bortforklarer svært mye som handler om kunnskap om klinikk og praksis, og det samme gjelder kontrollorganenes innspill.

HOD gjentar argumenter fra NOU som ikke lenger viser gyldighet, eller må undersøkes nærmere.

Og en grunnleggende problemstilling oppfatter jeg som snudd på hodet.

Det utfordres på å gjøre tjenesten bedre på en måte som gjør at en tenkt lov skal kunne praktiseres.

Det skulle vært motsatt, slik at loven tok utgangspunkt i hva pasienten trenger for å bli frisk under forhold der ufrihet sjelden bli nødvendig. Det vet vi nemlig mye om.

Helbredelse eller best mulig tilfriskning er mål nr 1 og at det ikke skal måtte tvang til mål nr 2 i denne sammenhengen.

Konvensjonene må ikke bli viktigere enn liv og helse de menneskene de vil sikre autonomien.

Endringer som går direkte på pasientens bedringsprosess har jeg jobbet med. Her kan jeg bidra. En lov vi ikke kjenner konsekvensen av kan begrense hva som er mulig.

Å ikke gjøre flere store forandringer på en gang, men heller bygge sten på sten er fornuftig både i behandling og tjenesteutvikling.

Vi har for tiden alt for lite ressurser til de pasienten som berøres av tvang i psykiatri, og det samme vil bare øke i demensomsorgen.

Vi må utnytte de muligheter vi kjenner. PHVL 1999 med justeringer holder lenge og koster lite.

Hovedforslagene i NOU 14/2019

Min konklusjon er at **«beslutningskompetanse»** som kriterium, brukt under benevnelsen og kriteriene for «samtykkekompetanse» siden 2017 er prøvd og har feilet. Kriteriet ble riktig nok satt inn i en lov som var helhetlig og ikke beregnet på dette kriteriet, uten faglig vurdering, men som ny kunnskap etter at lovforslaget ble signert, **fremstår dette som mislykket.**

Det er noen gode forslag. Å gå tilbake til tidligere praksis, å få **bestemme seg innleggelse selv** uten større evne til realitetstesting av «symptomene». Ja, opplevd lidelse og utrygghet eller kriseplan er god grunn. For å verdi må det også være regelen å få i det minste et kort opphold.

Anledning for **selvbestemt erklæring** for benyttelse av tvang på gitte betingelser er et stort fremskritt for mange. Klassisk ved manisk lidelse, livstruende tilstander, erkjennelse av fare for andre. Det må også omfatte ruslidelser som en forenkling og utvidelse av dagens §2,2, avtalt «frivillig tvang» ved innleggelsen, nødvendig hjelp ved abstinens.

«Taust samtykke» gjeninnføres i psykiatri, det er bra.

Å finne hjemmel for **alternativ til «nødrett»** slik bruk av tvangsmidler allerede er regulert nødrettslig situasjon innenfor helselov fremfor straffelov er bra.

Svært uheldig vil det bli om grenser for **reservasjon mot tvungen behandling** med medikamenter blir vidtrekkende. Å begrense dette til spesifikt antipsykotika om det gjennomføres er kunnskapsløst.

Å erklære absolutt **forbud mot nødrettslig bruk av ECT** er å gi sitt samtykke på forhånd om å ikke bli reddet. Vi har dette ved religiøs motstand mot blodoverføring for myndige. Det vil være nytt å innføre tilsvarende for utilregnelige. Dyp psykotisk, suicidal eller kataton/stuporøs depresjon eller næringsvegving handler sannsynlig vis om mangel på realitetstesting. Ønske om å dø er i de fleste tilfeller forbigående (læren om suicid)

Studier av **forhåndserklæringer** om å unnlate behandling oppheves i halvparten av tilfellene av pasienten dersom denne er seg situasjonen bevisst og kan uttrykke seg.

Forlaget inneholder tema **som hører mer hjemme i læreboka** for god behandling enn i en lov om rettsikkerhet. Helselovene hjemler allerede krav og rettigheter som omhandler behandling, og retten til behandling, medvirkning, samarbeid med mer.

Jeg viser til den grundige og detaljerte høringen fra Npf som avdekker en lang rekke spørsmål, problemer og umodenheter, som synes dekkende for at DNLF så det svært krevende om ikke umulig

å lage en felles lov som regulerer tvangsinngrep likt ved organiske tilstander der de fleste presumptivt søker den beste behandling, og ved mentale forstyrrelser der utfordringen er avvisning av tiltak i bevists tilstand med uten å forstå situasjonen.

Forslaget inneholder **et paradoks jeg reagerer sterkt på**. Det skiller mellom «sikkerhetsavdelinger» og «vanlige» avdelinger, der det ikke er like strenge krav til å unngå tvang i sikkerhetsavdelinger. Dette er å **diskriminere mellom likeverdige mennesker med likeverdige sykdommer**. Også dømte til behandling skal møtes likeverdig med alle andre i sykehuset, som enhver i sikkerhetsavdeling, om sivilt tvangsinnlagt eller frivillig eller frivillig inne under tvunget vern uten døgnopphold (TUD). Sikkerhetsavdeling svarer på **et klinisk behov individuelt tilpasset den enkelte**. Forutsatt at det er kapasitet.

Begreper:

Selv «Samtykke kompetanse» ble for uklart, og forskjellig forstått.

Det er holdning og handling det meste dreier seg om?

Det er stor utfordringen at personalet fratar pasienter samtykkekompetanse på områder de klarer seg bra «vi har ansvaret». Og når vedtaket oppheves blir trygge rammer sluppet opp med det samme.

Jeg skjønner fravær av INFORMERT samtykke som «ikke ha innsikt», dvs psykotisk, dvs mangle relatitesoppfatning for det saken gjelder.

Skal ikke samtykke etter PHVL være informert? Det praktiseres ikke slik.

I så fall er det diskriminerende og brutt på retten til å ha forstått nok.

«Sterk behov» klarer ikke jeg å skjønne. Hadde vært sepsis hadde det vært klar.

«Formidlingsvansker» Krevende. Forskjell på psykiatri og andre grupper. Passer i psykiatri? Eller er dette et dårlig forsøk på likestilling?

En psykotisk viser eller formidler at hen er psykotisk. Formidlingen blir uansett også nonverbal. «Tiende samtykke» er formidling av fravær av motstand.

Samtykkekompetansen kan gjelde antipsykotisk medisin uten at lege og pasient har samme indikasjon, men felles oppfatning er at det hjelper. (Passer dette i lovteksten?)

Unngå diagnoser? Vi er da på sykehus? Diskriminerende? Schizofreni er utgått på dato, derfor er det også retningslinje for PSYKOSE. Som helle ikke er en diagnose uten et ord til. Paranoid. Schizofreniform. Manisk. Depressiv. Rusutløst.

Blant noen allerede innleverte høringsvar merker jeg meg fra Norsk forskningsråd.

Mange har uttrykt bekymring for om tjenestene er forberedt på endringene. Fra Forskningsrådets side vil vi peke på at det er stort behov for mer forskning på effekter og konsekvenser av tvang både på den enkelte, på familie og pårørende, og på samfunnet for øvrig. Når det gjelder konsekvenser av tvang mener vi det er behov for å forske mer på forebygging, behandling og tjenester, samt på både positive og negative konsekvenser for de ulike aktører og for samfunnet som helhet. Det er behov for tverrfaglig- og tverrsektoriell forskning om tvangsbruk i skjæringsfeltet mellom helse og politi/rettsvesen inkl forskning om samfunnssikkerhet.

Jeg tar dette til inntekt for at en lovproposisjon i nær fremtid ikke er vegen å gå.

Jeg vil være tydelig på at NOU 14-2019 ikke egner seg for å oppnå riktig bruk av tvang. Erfaringen viser at **antallet tvangsinnleggelser går opp med nytt kriterium, stikk mot målsettingen**

Enda lovendring med nye og ukjente faktorer beheftes med stor usikkerhet, og vil uansett vil få marginal betydning om en vil veie tap av retten til tvunget psykisk opp mot tapet av helse og trygghet for pasienter og pårørende som oppstår samtidig. **Retten til hjelp (EMK art 5)** er like legitim som **retten til autonomi (EMK art 8)**

Jeg må på å peke på HF modellen, som også har krav om enhetlig ledelse og skyver medisinen ut for å gi plass til administrasjonen.

MYTER OG BESKYLDNINGER I PSYKIATRI

Noen vil ikke gi slipp på negative myter når de har en annen agenda enn å forbedre eksisterende tjenester.

«Psykiatrien» anvender bare medikamenter i behandlingen.

Nei, slettes ikke og ofte ikke, motsatt er det mer rammebetingelser, særlig tid til rådighet enn kompetanse som svikter

Behandlingsformene er, ikke minst ved psykose miljøterapi, psykoterapi, aktiviteter og sosial rehabilitering. Alt har et mangfold. Dette er godt gjort rede for i retningslinje for psykosebehandling (HDIR)

«Schizofrene» blir ikke friske, de må ha medisin, og de må ha det livet ut

Nei så menn, med tidlig og god hjelp har andelen som blir friske ca fordoblet fra 15 til 30 % ned TIPS som metode. Mange behandles i psykoseepisode uten faste medikamenter. Flertallet får et godt liv med medisiner ned eller uten plagsomme symptomer. Om lag 20% beholder vesentlig svikt i dagliglivet

Antipsykotisk medisin hjelper ikke, bare skader, hevder noen miljøer og krever forbud mot medikamentell behandling av psykose.

Det stemmer ikke. Medikamentene har mange egenskaper som kan velges i de fasene de passer best. Dagens mangfold av antipsykotika, og mulighet for å støtte opp med et annet medikament gir gode muligheter for å unngå belastende bivirkninger eller behandling som ikke står i forhold til sykdommen og svikten.

«Tvang og tvang», en rekke former for lovlige ufrivillige inngrep sauses sammen til ordet «tvang»

Behandling og tvunget psykisk helsevern blandes sammen

Nei, tvangsinnleggelsen er ikke behandling, men et opprettet situasjon der det kan bli mulig å behandle

Antipsykotika virker ikke, men hva mener man at de skal virke på?

Antipsykotika er til for, på rett tid og på rett måte å dempe stress og tilhørende «symptomer» som kommer av stress, dempe alvorlig psykoseutløst atferd og det viktigste; Gjøre pasienten i stand til å oppnå kontakt med et annet menneske, trygghet, utvikle dialog og finne frem til situasjonsforståelse. DA kan den «egentlige» behandlingen for å bli frisk starte.

Schizofreni er en «hjernesykdom». «Kjemisk ubalanse» Skader hjernen. Faget er forbi denne forklaringen

Nei, psykosen er fortsettelsen av skader påført av traumer der personen ikke hadde forutsetninger til å tåle disse. Psykose er sinnets smerte, og antipsykotika sinnets smertestillende. Nei, psykose er ikke mer ubalanse enn andre stressreaksjoner i sentralnervesystemet. Ja, stress over tid er skadelig. Dette er godt dokumentert ved gjentatte alvorlige depresjoner.

Psykiatriske diagnoser er spesifikke sykdommer. For det meste ikke.

Diagnoser er en måte å kategorisere tilstander der symptomer og tegn går over i hverandre, og hører til i både den ene og den andre diagnosen. Dert er mer av det ene og mindre av det andre som bestemmer diagnosen.

Psykotiske personer er farlige.

Nei, nei, men de kan under gitte omstendigheter bli det

Vi må holde tilbake flere psykisk syke for å beskytte samfunnet mot vold

Nei, og atter nei. Riktig nok har vi hatt 4-5 drepte av psykotiske i året, og i **2020 hele 12 gjerningsmenn, og antagelig flere**, men fortsatt er det grunnen.

Vi skal BEHANDLE psykotiske i tide. Fra første møtet med helsetjenesten, og god behandling **reduseres faren for at pasienten skal lide under å ta en annens liv til 1/14.**

Internasjonal forskning konkluderer med at å ha et farekriterium alene uten et behandlingskriterium er uetisk. Målet er å behandle i tide, ikke vente på fare.

Diagnoser kan være både gode knagger (forskning) og uheldige stempler (stigma)

På den bakgrunn faller det diagnose spesifikke regler som retningslinjer, tvangshjemler, godkjenning av medikamenter. Psykose deri mot, er ikke en diagnose, men en benevnelse på et menneskes mentale helsetilstand, på linje og inngår i en rekke diagnoser.

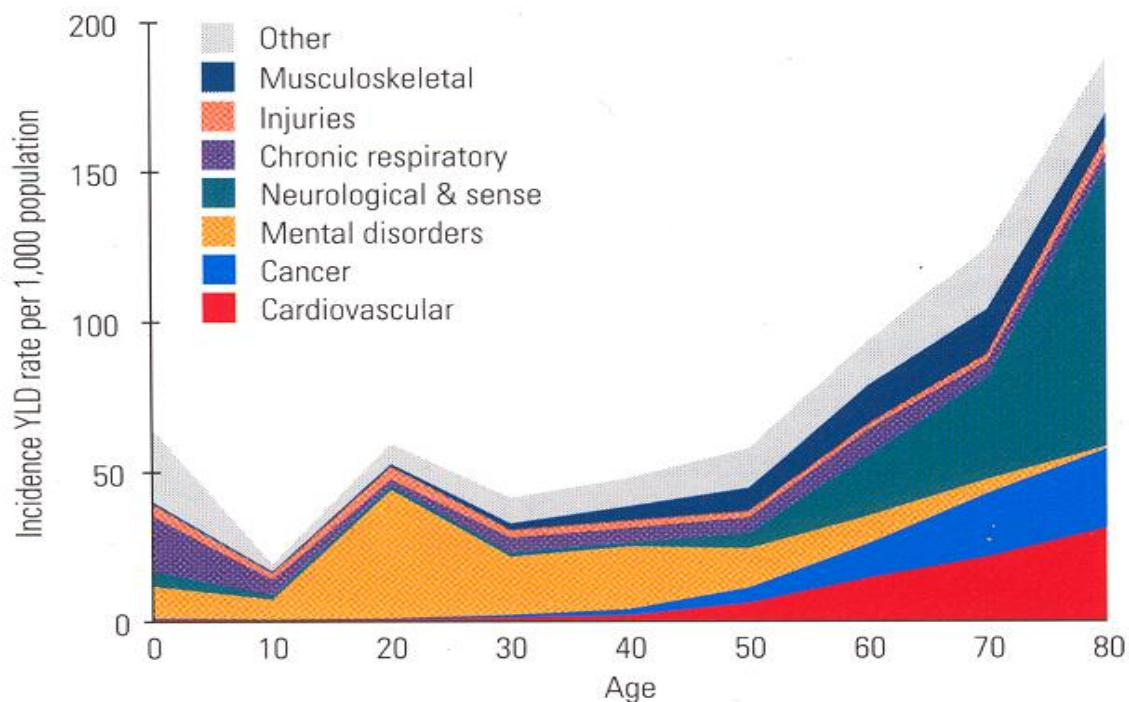
«Å mangle innsikt» er kjernen i psykosen, som dette gjelder ved manglende samtykke eller beslutningskompetanse eller i strafferettslig utilregnelighet.

3 UNDERVURDERTE TILSTANDER

Ungdommens sykdom.

Det som er viktig å endre er skillet mellom barn og unge og voksne ved år, mens nær 50% av de som får en psykisk lidelse er der innen 15 års alder. Det kommer ofte ikke frem at psykisk lidelse først og fremst er ungdommens lidelse. Det vi ser tidligst senere er konsekvensene av at hjelpa kom for sent. Å ha et brudd i behandlingen ved 18 års alder rammer de unge med høy risiko som ikke er ute av fare på kort tid. Loven må tilpasses dette.

Figure 6 Incident YLD Rates per 1,000 Population by Age and Broad Disease Grouping, Victoria 1996



Ungdommens sykdom

Barn og unge må omfattes av loven som en rett ned til 14 eller 15 års alder for å sikre kontinuitet i hjelpa.

Ved 14 års alder har 50% av alle som kommer til å få en psykisk lidelse i livet oppfylle diagnosekriteriene. Fra samme alder utvikles rusproblemer der støtte er svak, lidelse som ofte oppdages sent og utenforskap i skolen og/eller på fritiden. Påfølgende alvorlig symptomutvikling, med psykose som det alvorligste, manifesteres oftest fra 16 års alder og opp i de tidlige 20-årene. Senere debut der rusmidlene har hatt en større betydning som utløsende årsak.

Ved 25 års alder har 75% av alle hatt sin første sykdomsperiode, eller har hatt den. Utviklingsforstyrrelser, som ADHD er høyrisiko for sammensatte alvorlige vansker inn i tenårene.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelse gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Personlighet arves i stor grad, derav også sårbarhet for lidelser som en kontinuerlig forsterkning. Vi kan følge en mindre andel av de sårbare urolige, engstelige, primært eller sekundært deprimerte barna videre inn i psykisk lidelse.

De som senere inngår i «bipolart spekter i flere og tidligere, de som utvikler en mer vedvarende utvikling mot psykose noe senere. Felles for begge er at maniske tilstander oppstår lengre ut i forløpet. Selvmordene har to topper, de eldre og den eldre ungdommene og unge voksne. Skal vi komme videre med selvmordsforebygging er det nødvendig å sette inn effektiv hjelp så tidlig som jeg anfører, med en lov som beskytter helse med minst mulig tvang i tide. Jeg viser til min høringsuttalelse til 9/11, et supplement til høringen fra Npf spesielt pga at forslaget diskriminerte unge og rusavhengige som utelatt.

Ruslidelse er den psykisk sykes problem

Siden alvorlig skadelig bruk av rusmidler inkludert alkohol forekommer like hyppig som det er fraværende bør dette inn i en felles lov,

Å sidestille alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse mest mulig mht etablering og oppfølging av nødvendig tvang er viktig for å kunne følge opp med god og samtidig behandling uavhengig hvilken gren av dobbeltdiagnosen som kvalifiserer for tvang. Det foreligger forslag å gå videre på.

Uavhengig av sykehus tilbud til gruppe 3 dobbeltdiagnose, alvorlige, må psykiatrikompetansen opp og flere psykiatere inn i andre institusjoner for å styrke den samtidige behandlingen. 75% av de som har rusproblemer hadde psykisk lidelse før ruslidelsen utviklet seg.

Behandlinger av depresjoner og forebygging av selvmord er ikke bedret siste 30 år.

Verdens mest utbredte og mest kostnadskrevende lidelse, depresjon, tar lite på alvor. 7-8 % av befolkningen har tilbakevendende depressive tilstander og variasjon i stemning av bipolar karakter. Depresjonene kan være livstruende, og ved bipolar type 2 er selvmordsfaren mer enn 20 ganger forhøyet. I tillegg den alvorligere varianten bipolar type 1 med manier. Det er med lang erfaring jeg påpeker at dette er et forsømt område, og at det er her det er aller mest å hente ved mindre endringer i behandlingsopplegg. Å behandle depresjon er å forebygge både rus og psykose.

Sikkerhetspsykiatri; Ikke spesielt, men spesialitet.

Rettspsykiatri

Jeg har fulgt pasienter inn på Ila, besøkt og samarbeidet, samarbeidet igjen fått igjen fra Ullersmo, med det imponerende arbeide de utførte sammen med KIF.

Isolert og psykotisk på forvern i fengsel, ansett så farlig og strengt isolert. Hadde vært syk for, men kom og fikk medisin og ble raskt bra. Etter utskrivelse opphevet TUD og for løst fulgt opp, og psykotisk igjen. Og denne gangen hjalp behandling lite.

For sent. For lang tid. Et tilbakefall for mye.

Som jeg har fulgt i alvorlig syke pasienter gjennom straffesaker med

Tilregnelighet og lange straffer. Pasienten havnet hårfint innenfor

Eller dom til tvunget psykisks helsevern.

Og ALLTID svikt i tjenesten bakenforliggende. Hver eneste gang!!

I fortsettelsen dom til TPH, hos FÅ og mest uten døgnopphold, og så

forlengelse i retten 3 år, 6 år, 9 år.

Dømt til fortsatt psykiatrisk tvang langt ut over hva sykehuset frivillig ville holdt på.
Straffesaker med høye strafferammer om lange dommer. å bli ansett tilregnelig.

Alle har vært fine mennesker, ble friske, ble stabile, eller på nytt sluppet taket i hjelpa eller avsluttet for tidlig og over i rus og tilbakefall.

JEG GREMMES over at NOU 14/2019 omtaler «sikkerhetsposter» (dvs pasienter) særskilt.

Dette er en ny kategorisering for å diskriminere. Paradoksalt når det motsatte var formålet. Jeg er ikke med på å stemple den ene som annerledes enn den andre, eller deg og meg og oss.

SYKEHUSBYGG

Fysiske omgivelser er helt av gjørende for hvor mange konfrontasjoner med tvangsmidler til følge som skjer i avdelingene

Lokalene brukt til skjerming må være egnet til å trives i

Det må være enkelt å gå ut, og trygt å ta en tur alene

Lukkede avdelinger må ligge på bakkeplan eller ned en stor i atrium/på et hage

Det er ikke til å undres over at jeg er bekymret om Sanderud skulle flyttes og ende som Kalnes, (triste greier,) eller som Ullevål og Gaustad i en blokk i et stort vegkryss.

Bodø har bra sikkerhetspost, utmerket planløsning. Stor hage, men den er fortsatt «steril» på bildene.

Regional Dikemark i 2 etasjer har «bur» på bakken. Kalnes har bur på «veggen»

Les litt om Sanderud og hvordan og hvorfor sikkerhets posten ikke måtte bruke tvang. LOKALENE er suverene.

Akuttbygget har det romslige atriene med romslige to roms enheter inntill

Den som forsømmer seg aller mest er sykehuseieren, og verre blir det.

Loven må stille krav bak, NOU tar det opp, men stopper i høringsbrevet forsøket på å kreve brukbar arkitektur.

Det er god plass kombinert med områder å trekke seg tilbake til og enkelt å komme ut under trygge forhold som er noe av de mest forebyggende under innleggelse.

Planene går i retning av å lege ned de aller fleste psykiatriske sykehusene som kan tilby dette og flytte også de mest «krevende» pasientene inn i moderne trange bygg, arealeffektive, men neppe mer helsefremmende. Nå OUS og Innlandet.

Sykehuset Telemark, Skien fikk nytt psykiatribygg for om lag 15 år siden, det var bygget for å unngå konfrontasjoner i posten, og bruken av tvangsmidler gikk ned 80%

For å vise at det er mulig reduserte Ullevål bruken av belteseng med 50 % over et toårig prosjekt med stek forankring i ledelsen. Godt gjort om akuttavdelingene er like uegnet som psykoseavdelingen jeg besøkt....for å snakke om å redusere tvang, og bedre skjermingsforholdene i de lokalene de hadde

Et eksempel på hvordan det kan gå når det er nytt og trangt, og at det fortsatt så dårlige pasientene er blitt i dag, og så mange dømte, og et eksempel på hvor krevende dette blir selv i de beste lokalene.

SUS utvide sikkerhetsavdelingen pga veksten i alvorlig sinnslidende. Flere dømte. **Tømmer en avdeling for «behandling i tide» for å få dette til.**

Nå leges nesten alle psykiatriske sykehus ned om planene ikke endres.

OVERORDNET POLITIKK, HVA VIL SKJE?

Tillitsreform?

Modellen vi er organisert i er motstykket til tillit, så det blir vanskelig.

Engasjement og trygghet gir «lønnsomme» arbeidstakere.

Arbeidsforholdene virker mye inn på hvor mye tvang som brukes i avdelingen.

Utålmodighet skader, mest i trange omgivelser og for mange oppgaver.

Det er mulig å overføre ressurser som modellen krever i merkantile prosesser til pasienter

Vi har masse midler på budsjettene som ikke når frem til pasienten.

Jeg søkte en gang høyere stilling. For ingen kritikk uten å tilby seg å ta ansvar.

Jeg sa at «vi har for mye penger, ikke for lite. Vi trenger ikke tenke smart».

Bare hovedtillitsvalgte fra somatikken syntes det var bra å høre det.

Klart somatikken ville hatt enda mer, for snart 10 år siden.

Nå er det til slutt BLITT alt for lite penger, og det tenkes fortsatt lite «smart»



Nasjonal konferanse

Hamar 25.–26. november

Hamar 2008-20016

«Menneskerettigheter, TVANG og etikk»

Det var mitt behov som faglig ansvarlig avdelingsoverlege for å samle kollegene om en noenlunde lik tolkning og praksis «Tvangskonferansen» ble til. Jan Olav Johannessen var styreleder i Npf den gangen, og han grep denne muligheten til å gjøre den stor og betydningsfull, slik han allerede hadde etablert den store «medisinfrie» ISPS konferansen på Hamar, også knyttet til Sykehuset Innlandet.

Juni 2007 ble Npf invitert til et møte om Tvang i Stortingets møterom. SV, noen organisasjoner for brukerinteresser og kritikk var arrangører. De fleste med kritikk av tvang deltok. Jeg var den som tilfeldigvis hadde anledning il å gå. Vi MÅTTE, for det kokte alle typer media, og tilsvar ble ikke tatt godt imot.

Varm applaus for min uventede deltakelse. Beskyldning om det motsatte hadde allerede fall. Men det var vel første gang en psykiater kom til et slik arrangement. Vi var forresten to, for jeg møtte Bjørn Østberg på veg ut.

Der startet det for meg, og for Npf. SOLA skal ha takk for all praten på trappa. Det ble dialog....med nesten alle. De som ville. Da Npf feiret 100 år om høsten ble det ingen demonstrasjon mot oss, som hele tiden skulle være «innertieren i «skyteskiva». Bare noen fredelige og hyggelige mennesker med en plakot.» Normalt» ville det nok blitt noe annet.

Vi hadde begynt å snakke sammen og planlegge aktiviteter sammen. Det hadde allerede skjedd mye innen november 2008, og den faste uka på samme sted på Hamar i 9 år.

Jeg vet knapt hvem som ikke deltok av aktører vannrett, loddrett, og til side. I som arrangører gjennom programkomiteen, som bildet viser, i salen, på talerstolen, åpningstalere, i grupperom, i panel, for underholdning og festtale. Fra Kristiansand til Tromsø i Nord. Hvert år.

Npf delte konferansehjulet med Tvangsforsk, vi klinikken, jussen menneskerettighetene og etikken. med mer. Tok for oss alle grupper som kunne bli berørt. Bare «barnevern» ble litt haltende. Tvangsforsk forskningen på det samme.

Vi hadde alltid årets «top one» som hovedtema, og alltid stor vekt på de tre tema i konferansens navn. Og alle organisasjoner på podiet, komiteen hvert år, andre brukerorganisasjoner sin inviterte. RIO sluttet seg til senere.

Vi hadde hoved forelesere helt fra Australia, England, Nederland, Sveits, Sverige, Danmark...

Dette var den store arena for DIALOGEN «Merkevare», samme sted og uke.

150- nær 300 betalende og 50 ikke betalende. HDIR garanterte for økonomien, og EN person gjorde alt merkantilt, med gode hjelper fra sykehuset med teknikken.

Konferansen skal fortsatt arrangeres, og var siste gang med få deltagelse på Gjøvik 2018, og etter korona hvert 2. år.

[Samme lest hver gang. *\)](#)

Hamar ► 27. og 28. november 2008

Konferansen er en del av programmet for Sanderud sykehus' 100-års jubileum, og er en forlengelse av «Emnekurs for leger» som arrangeres 26. november.

VELKOMMEN

Denne nasjonale konferansen belyser temaene menneskerettigheter, tvangsinnleggelser og tvangsbehandling i psykisk helsevern. Noen av problemstillingene er av evig, og nærmest uløselig karakter. Viktige dilemmaer knyttes til allmenne filosofiske og politiske problemstillinger; i sin ytterste konsekvens diskuterer vi i denne sammenheng både frihetsbegrepet, solidaritetsbegrepet, evne til samtykke og «hva er psykisk lidelse».

De siste par årene har vi i Norge hatt en mangefasettert og innsiktsfull offentlig samtale om disse problemstillingene; pårørende, pasienter, ansatte i psykisk helsevern, jurister og andre samfunnsengasjerte mennesker har tatt del i debatten, og tilført hverandre og allmennheten verdifull kunnskap.

Konferansen er et forsøk på å ta denne viktige debatten et skritt videre, ved systematisk å belyse problemkompleksets ulike sider, ved å bringe fram den kunnskap vi i dag besitter, og ved å tydeliggjøre de områder hvor vår kunnskap fremdeles er utilstrekkelig. Dette vil vi gjøre gjennom å skape en felles arena for ulike grupper som er involvert i dette feltet.

Problemene skal ikke feies under teppet! Berørte parter må gjennom dialog og gjensidig tillit ta et felles ansvar for å bringe diskusjonen inn i et konstruktivt spor, og videre.

Denne konferansen er et forsøk på å bidra til akkurat det, og forhåpentligvis blir det også starten på et årlig møte om disse viktige spørsmålene.

Sykehuset Innlandet HF


Torbjørn Almlid
administrerende direktør

Norsk psykiatrisk forening


Jan Olav Johannessen
leder

Konferansen arrangeres av:



I samarbeid med:



Moderne psykoseforståelse: konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk

Hvordan man forstår hva en psykoselidelse er, og hvordan den utvikles, er avgjørende for den behandling man anbefaler, og for utformingen av lovverket som skal regulere denne behandlingen. Det er av helt grunnleggende betydning at lovgivere, jurister, domstoler, og helsepolitikere er kjent med hvordan vi i 2021 forstår hva en psykoselidelse egentlig er, og hvordan den utvikles.

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

Vi vet i dag at psykiske lidelser utvikler seg gradvis, i stadier, og at de i stor grad er svar på stressopplevelser i det enkelte individs liv, tidligere og i nåtid. Psykose, på norsk «forvirringstilstand» begynner med at en person føler angst, er trist, urolig, får konsentrasjonsvansker, mister søvnen, snur døgnet osv., og litt uti der kommer det så til et psykologisk sammenbrudd, det vi på gresk kaller psykose. Psykose er egentlig altså et alvorlig psykologisk sammenbrudd, og blant annet et svar på uheldige livshendelser. Dette kaller vi et dimensjonalt perspektiv på psykisk lidelse, i motsetning til det kategoriske perspektiv. I det kategoriske perspektiv oppfattes den psykiske lidelsen som selvstendige *sykdommer*, og diagnosene som beskrivelse av enkeltsykdommer. Men, slik er det ikke.

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

I forløpet til en psykose vil personen utvikle det vi kaller *nærpsykotiske* fenomener. Disse fenomenene er svake sanseforstyrrelser, og forteller om en risiko for senere psykoseutvikling. Men bare ca. 20% av de som har slike risikosymptomer vil utvikle en psykose. Flere prosjekter har i dag et spesielt fokus på å forhindre en overgang til psykose for disse personene. Det viktigste er å oppdage og behandle disse førpsykotiske fenomenene så tidlig som mulig.

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

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

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

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

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

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

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

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

Oversikten over hva som skjer med unge mennesker som får en psykoselidelse i Norge, er skremmende liten. Sentrale myndigheter vet f.eks. ikke hvor mange nye tilfeller av psykose vi får hvert år i Norge (insidens), heller ikke hvordan det går med dem. Helsedepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, de lokale helseforetakene, ingen har oversikt over hvor mange pasienter av denne kategori vi har, og det alvorligste: ingen har oversikt hvordan det går med pasientene, hvilke behandlingsresultater vi oppnår. Ingen, absolutt ingen sentral myndighet eller sykehuseier etterspør hvilke behandlingsresultater vi oppnår i Bergen I Stavanger, i Oslo, i Trondheim eller Tromsø. Resultatbevisstheten er svært lav, i skarp motsetning til hva man har for alvorlige somatiske lidelser som f.eks. kreft.

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

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

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

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

Stavanger/Hamar 011121

Jan Olav Johannessen

Professor i psykiatri, Universitetet i Stavanger

Tidligere leder Norsk psykiatrisk forening

Lars Lien

Professor i psykiatri, Høgskolen i Innlandet

Leder Norsk psykiatrisk forening

«Det som var før og ikke bør glemmes, og noe som aldri må mistes»

Faktisk, noe var bedre før, fordi mennesket er alltid det samme.

**Et tilbakeblikk på Sanderud sykehus i Hedmark som alltid
har hatt færrest tvangsinnleggelser.**

Et innblikk i behandling og klinisk arbeid

Denne artikkelen forteller hvordan Sanderud sykehus, Hedmark var en pioner innen psykose rehabilitering, fagutvikling, utdanning og samarbeid med familie, kommuner og offentlige organer. «Samarbeidsavtalen» utviklet i Attføringsavdeling vår ble videreutviklet ble til «Individuell plan» i helselovene, og vi brukte den i ny form fra første dag. Alle «nyvinninger» som kom til landet, eller ble utviklet her tok vi i bruk etter kort tid. Det handlet om psykososial behandling, med kommuner involvert. Straks TIPS (SUS et. al) var utviklet gikk Sanderud i gang, og dette bestå med samme kvalitet i dag. Ikke minst fordi ansatte sjelden slutter.



Sanderud 2020. Etablert 1908. Beskrevet av Per Haave 2008.

Historisk er Sanderud kjent for å trosse naziregimet og hindre utryddelsen av sinnslidende i Norge, tidlig fjerning gjerdene, åpning mot samfunnet og enkel veg inn ved psykose, ettervern, nekte å etablere «psykiatrisk klinikk» (1968) på et somatisk sykehus uten et større fagmiljø, og gjennomgående psykososial behandlingsprofil, «rusmiddelavdeling» i 1978 med avrusning, døgnerhet, poliklinikk og ambulant ungdomsteam. Nektet å opprette sikkerhetsavdeling for Hedmark etter Reitegjerd skandalen, åpne dører med mer.

(Per Haave



Attføringa var faglig rådgiver og pådriver i utviklingen av bemannede omsorgsboliger i Elverum for 20 år siden

Spesialiseringen ble tydelig gjort ved opprettelsen av spesialavdelinger i 1986, Attføringsavdelinga, Akuttavdelinga, Alderspsykiatrisk (kompetanseledende fra 90-tallet) dagavdeling for personlighetsforstyrrelser, og fra 2001 sikkerhetsavdeling som har vakt oppsikt i det nasjonale miljøet for knapt brukt tvang under opp hold, kommuneprosjekter, metoder, resultater, treningsleiligheter/hus, frivillige opphold, knapt brukte tvangsmidler (6 personer på 15 år) og søre prosjekter for utskrivning av «de som trenger mest» til nærliggende kommune fremfor spredt i hjemkommunene.

Med dette utsnittet av innholdet ønsker jeg vise til noen av årsakene til at Hedmark lå lavest på tvang fra 90-tallet da de første målinger ble gjort og i alle år har fylkene sammen, Innlandet, holdt plassen, men vekslet lit på med Sogn- og Fjordane.

HEDMARK

I Hedmark ble det ikke begått et eneste drap eller vold av utilregnelige og dom til TPH fra før 1898-2009. Vi fikk tilbake et antall utflyttede som er for lite til å opplys om etter hendelse og dom til TPH i andre fylker. Den første dommen falt i 2010. Og det ble under nye rammebetingelse og praksis flere, under omstendigheter utenfor våre tidligere arbeidsmetoder.

Sanderud og Hedmark hadde suksess ut fra noen få og elementære faktorer.

Helhet, oversikt, nærhet, kapasitet, samarbeid, tid, brukermedvirkning, pårørende involvering, kommunesamarbeid og TID.

De viktigste rammebetingelsene var at Sanderud samarbeidet med alle kommuner i fylket gjennom få personer, avdelingene på sykehuset lå tett, alle kjente hverandres ansatte, og ledelsen med alle typer støtte tjenester lå i sentrum. Direktør og sjefssykepleier hadde kontorer ved resepsjonen og døra sto alltid åpen.

Lars Lien var direktøren noen år, så ble han psykiater, forsker, leder av ROP med mer, og er fra dette året leder av Npf.

Jeg var som avdelingsoverlege i nå «Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering (begge fylker) med å utvikle Regionalt kompetansesenter for ruslidelser. Vi etablerte et tilhørende prosjekt med eget rusteam for alvorlig psykisk syke i kommunene. Vi ønsket ikke å bygge en organisasjon få teori uten på ha en egen klinisk referanse. Modellen var den vi alle rede benytter i rehabilitering og ambulant arbeid, og begge feltene disponerte både den spesialisten som kjente pasienten og alle psykososiale tilbud. Inkludert kulturnettverket for Innlandet som ble utviklet gjennom vår avdeling.

Litt (mer) personlig.....

Dette var «min verden» de siste årene av yrkeslivet, 1998-2020. (Foruten allmennmedisin, fengselsmedisin og legevakt i Stange 1988-1998)

I det fylket, på det sykehus som allerede tidligere hadde laveste antall tvangsinnleggelser i landet, og i dag bytter på med Sogn- og Fjordane på denne plasseringen.

Med mitt ansvar gjennom hele perioden for å sikre et usedvanlig lite antall personer under «tunget ettervern» den beste framtida. Innenfor det store nettverket med den planen (IP) som må til. Jeg kjenner de fleste pasienten det handler om, og vet mye om hvordan de har hatt det, og hva en kan oppfatte som resultatet.

Det er takket være kapasiteten og TIDEN og kontinuiteten vi kunne hjelpe etter beste evne. Nå har FACT (2019) tatt over etter TUD teamet (3 personer 2012-2016) og psykosepoliklinikken.

Det må gjøres mer ute, for der lite plass og tid igjen inne.

Vi vet mye om effekt av teamene, mindre om konsekvenser av nedbyggingen av senger, og mye, men ikke alt om konsekvensen av lovendring.

Forholdene er på veldig mange måter annerledes i dag enn for 15 år siden

Men likevel, pasienten er grunnleggende den samme, behøvende i familie og samfunn også, med unntak av arbeidsmarkedet som er mer utilgjengelig og vernede bedrifter og arbeidstreningsbedrifter knyttet til spesialisthelse forsvinner.

Kommunene skulle ta over, men aldri fikk pengene og fagfolkene. Og flere og flere psykotiske nå tar plassen for de som er flere og kunne fått mer helse av de begrensede ressursene vi har.

Rehabilitering er tjenesten instansene nå dytter foran seg...eller legger bak seg.

Denne teksten er basert på en ikke helt ferdigskrevet kronikk.

Jeg har dessuten hold på med «kvalitetsundersøkelse for TUD/tvang, uavhengig av Tvangsforsk, og lagt ned et par årsverk i dette før jeg gikk av. Rapporten gjenstår. Funnene er mange og relevante for utviklingsarbeid på de fleste nivå som må behandles fremover.

Vår suksess innen sikkerhetspsykiatri bør ha overføringsverdi.

Det meste er kjent, og mye brukes, men noen ganger har en ikke kommet på alt, ikke lært gjennom nettverk eller mangler rammebetingelser. Noe har vi gjort helt spesielt for oss. Og bakgrunnen ligger i mange års utvikling før sikkerhetsposten ble etablert.

Våre lokaler fikk store arealer. Pasientene fikk tidligere 4-mans rom i første etasje i et godt hold bygg fra 60-tallet. Vi hadde 6-7, høyst 8 pasienter inne i avdelingen, men inntil 4 pasienter med de mest krevde lidelser og de mest belastede forhistorier i treningsleiligheter på vei ut. Det siste var mest frivillig behandling unntatt en, og bare en TUD.

Avdelinga som hadde halvannen tidligere poster med plass for ca 25 pasienter hadde en hage med lavt gjerde til innramming med port som aldri var låst og ofte stå åpen. Det var to skjerminger med to rom og bad, og den ene i sidefløy med egen utgang til hagen. Det var

stort kjøkken der pasienten kunne delta, spiserom med salong på ca 60 kvadratmeter og tilstøtende stue med TV og utgang til hagen like stor.

Avdelinga har i beredskap et mindre rom med belteseng, og et rom med tungt bord, veggfast seng uten beltefester og bad. Det første var av noen ganger «ekstraseng», for avdelingen fulgte opp utskrevne med sin del i IP. Det sist var en feil investering, unødvendig under våre forhold. Den ble produsert på vårt eget snekkerverksted, og det er fast stab tidligere pasienter som sammen med pasienter under rehabilitering og utprøving om ellers leverer kjøkken og bad av høyeste kvalitet til fjern og nær.



Helt unødvendig. Merkelig påfunn. Det var ingen som skadet seg selv eller annet vesentlig.

Det fines ikke et tryggere sted på sykehuset en egnet sikkerhetspost med kjente pasienter, som det alltid er på en lokal sikkerhetspost, og individuell behandling. Dette forutsetter at posten ikke har akutfunksjon for andre enn sitt ettervern, og ikke får pasienter uten planlagt overføring.

Brudd på denne rutinen oppstår nå akuttpostene underdimensjonere. Det vil øke risiko for tvang i sikkerhetsposten og det samme om det er trengsel og økt andel veldig dårlige på akuttposten. (slik det har utviklet seg de siste årene)

Med god dynamikk mellom regionale sikkerhetsavdelinger, og de lokale og mellom fengslene og regional sikkerhet og sykehusenes akuttavdelinger er det ikke nødvendig å diskriminere.

Sikkerhet ble ivaretatt gjennom dynamiske relasjonelle metoder.

Det var ingen «store sterke menn» i personalet, bare rolige og trygge. De var 50:50 men og kvinner. Noen av de som skapte trygghet hele tiden, som hver natt eller ved skjerming var assistenter. Disse er nå sagt opp til fordel for nyutdannede.

Kompetanse må forstås individuelt. Det synes å være glemt et personen er kritisk avgjørende.

Vitnemål trumfer erfaring og real kompetanse. Det er dårlig utnyttelse når det ellers er alvorlig mangel på sykepleiere. Som f eks omliggende kommuner mangler.

Spesialkompetanse er noe mer enn grunnutdanning og erfaring. Men alltid; Øvelse gjør mester. Noen er talenter, andre må trene mer på terapeutiske måter med mennesker i krise.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Hele ledelsen, meg inkludert, og flere spesialsykepleiere gikk samtidig gjennom høyskolestudiene innen prediksjon og forebygging av vold og håndtering av vold

HCR-20 og «prediksjon og håndtering av vold» i post. «Tempen» på pasientens psykiske situasjon ble tatt med daglig registrering enkel, tok knapt noen tid for fast personale, og presentert på morgenrapport. Et eksempel på praksis trygghet for alle basert på kjente sårbarhetsfaktorer og stressreaksjoner. Pasienten ble så møtt terapeutisk ut fra individuelle behov.

Sanderud utviklet «terapeutisk konflikthåndtering» TKH, for 20 år siden, en variant litt annerledes en SUS og Sandviken. Hovedvekten handlet om det relasjonelle konfliktdempende møtet i en oppstått situasjon, trening på trygge grep og ferdigheter om beltene måtte frem. Sikkerhetsavdelingens kompetanse kom mest til nytte gjennom fast undervisning og øvelse i akuttpostene.

Skal vi redusere «tvang» fra stua hjemme til sykehusets skjermede rom så kreves kompetanse. Skal nødvendig tvang erfares som nødvendig og skånsom kreves trent helsepersonell og politi

VR briller

I dag er treningen utviklet til å dekke flere fagfelt. Håndtering av psykiatriske situasjoner som også kommuner og innsatspersonell også kommer opp i kan trenes gjennom utviklede program. Dette er svært virkelighetsnær øvelse for ansatte og studenter.

«Psykebilen» i Hedmark ble evaluert som upraktisk og lite tilgjengelig. I stedet ble ambulansepersonellet opplært til oppgaven som alle andre, men også med biler til rådighet der fullrigget ambulanse er unødvendig.

Politi og ambulansepersonell er faste brukere av undervisning og trening.



Treningsstudio på Sanderud.

Aktivitet, kultur og arbeid står sentralt,

5-8 personer med regnet de 2 på snekkerverkstedet i full stilling.

Nå står alt dette i fare pga planer om å legge ned hele sykehuset.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling.
Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET
Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Attføringsavdelinga bygget opp aktivitetshuset og kulturhuset Blårud og Kulturnettverket i Innlandet. Begge deler sentralt ved innleggelse over tid og for utskrevne pasienter.



Blårud. Hedmarks fikk Amtssykehuset i 1803. Det var syfilis som utgjorde «galskapen» der.

MILJØTERAPI OG INDIVIDUALTERAPI PSYKOSEPOST/SIKKERHETSPOST

I vår sikkerhets post hadde alle pasienten ukentlig individuell psykoterapi. MILJØTERAPI var likevel den bærende behandlingsformen i Attføringsavdelinga. Vi la stor vekt på undervisning i strukturert og individtilpasset miljøterapi. Vi satte ingen grenser mot «psykoterapi» eller mer praktisk orientert rehabilitering, og aktivitet i samarbeidsmøter er en selvsagt del av helheten.

«Husmøtet» skapte sammenheng og forutsigbarhet..

Det psykoterapeutiske arbeidet hadde en strengt gjennomført modell, med strengt individuelt innhold. Etter enhver «hendelse» kom dette oppå gjennom naturlig terapeutisk samtale i det ukentlige møtet mellom pasienten, psykologen, fast kontakt miljøterapeut/koordinator, og ved behov psykiateren (i perioder uten fast overlege meg)

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling.
Tvangsinnleggelser gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Prinsippene er så enkle at jeg inni mellom overførte tekningen til kommunalt ansatte når vi drev felles behandlings opplegg. De årene jeg var i ambulant arbeide og oppfølging var alle møtepunkter i kommunen.

Med «TUD teamet» gikk vi over fra «oppfølging» med vedtak som vesentlig, til aktiv behandling og vedtak som en liten del av oppgaven. Det var helt slutt på at overlegen gjorde slik på egenhånd sammen med pasienten. Teamet, kommunen, fastlegen og pårørende var alltid deltagende eller inviterte.

Pasientens viktigste akkurat den dagen alltid første prioritet. Alltid forebyggende mot konflikteter, tap av relasjon og risiko for tvang.

Som dagens FACT, snakke om og gjøre hva det måtte være som er viktig for pasienten først.

Stange 1 og Stange 2 prosjektene

Jeg med enhetsledelsen i sikkerhetsposten deltok over år i de regionale sikkerhetspsykiatriske møtene, de årlige nasjonale ledersamlingene, og jeg fulgte møtene for retts og sikkerhetspsykiatri rundt om i landet og ble informert om enheten og metodene regionalt og i helseforetakene.

Vi hadde stor anseelse i miljøet Stange 1 prosjektet vakte betydelig oppmerksomhet da vårt sykehus presenterte dette under den årlige samlingen.

Gjennomføringen var enkel siden den benyttet regler og innarbeidede metoder. Stange er vertskommune til Sanderud. Ellers hjemløse langtidspasienter er registrert der. Stange er forpliktet, men kan neppe tvinges til å overta kostnaden fra 6 opprinnelseskommuner.

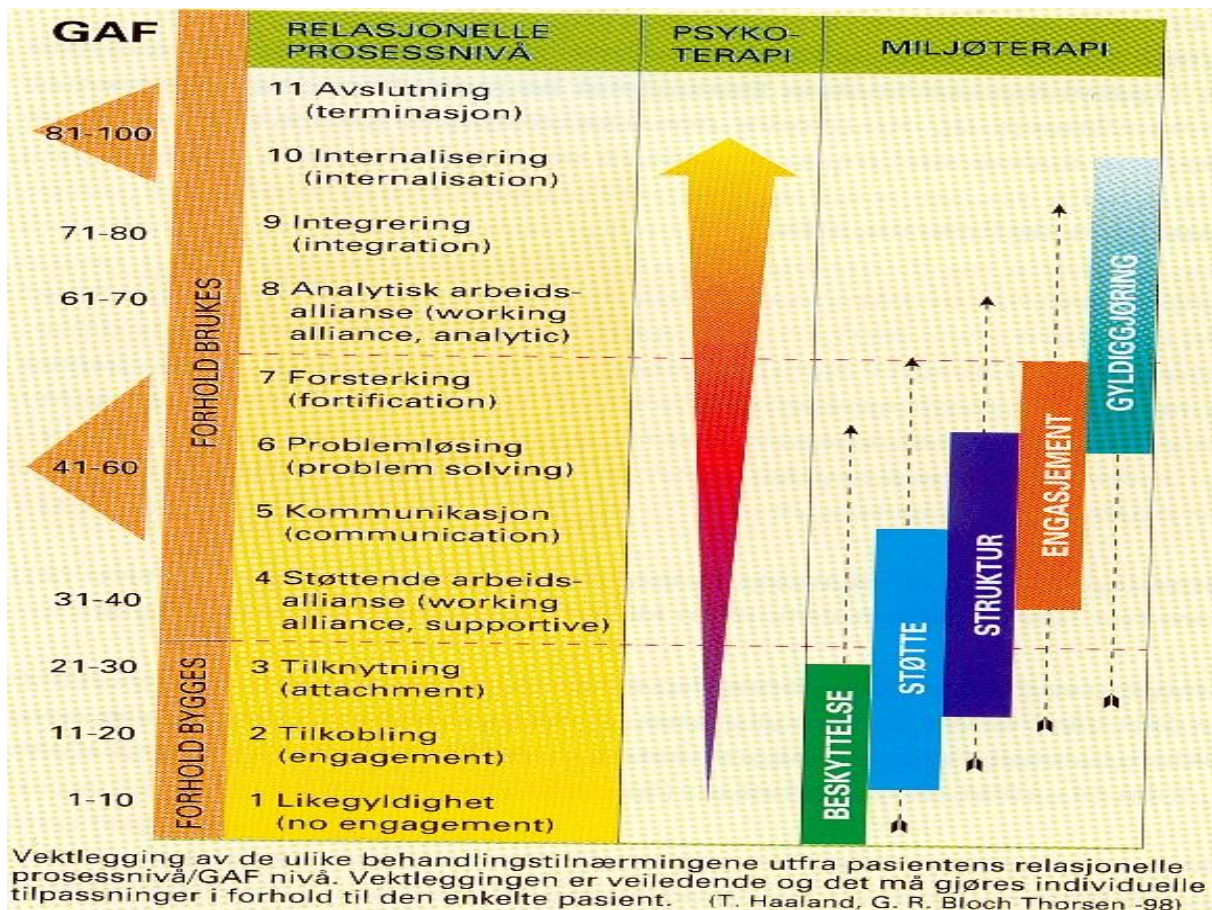
Forskjellen fra å få samarbeidsavtale med andre hjemstedskommuner, eller oftest Hamar som vertskommune for deler av Sanderud var kompleksiteten, ressursbehovet i oppfølging, byggesak med motstand i nabolaget, og krevende å få hjemstedskommunene med plikten til å refundere kostnader til kommunale omsorgsoppgaver. Pasienten var med og samarbeidet godt, med deres trygghet først.

I de andre postene for psykosebehandling og rehabilitering benyttet vi «**Gunderson**» skjema for miljøterapi med GAF som veiledere i prosessen.

Det morsomme var at vi var alltid så tidlig ute at ingen rakk å dytte «fremskrittene på oss. De ble drevet fram på lavt nivå. **Engasjement** varte så lenge rammebetingelsen var gode.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET

Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID



«Uten penger ingen «handel»

«Mobile innsatsmidler»

Her kommer samarbeidsavtalen inn på nytt. Denne gangen med den individuelle planen i tillegg. En administrativ og økonomisk avtale mellom sykehuset undertegnet av øverste ledelse, som er juridisk bindende. Helt siden 90-tallet disponerte Sanderud årlig 6 millioner bevilget ekstra av fylkeskommunen. En sosionom med spesialkompetanse (etter modell HVPU) hadde for prioriteringene og utformingen av samarbeidsavtalen.

Mange krevende utflyttingsprosesser var gjort fra 90-årene med disse midlene. Malen var å være driver av det krevende arbeidet og dekke opp til 50% av kommunens kostnader i inntil 2 år, forutsatt at kommunen forpliktet seg til å opprettholde nivået på tilsvarende så lenge det var behov. Tett ambulant oppfølging fra Attføringsteamet, og (kjent) psykiater med eller i bakhånd.

Behandling i tide reduserer risiko for drap i psykose til 1/15. Å bli frisk er selvstendig mål for behandling. Tvangsinnleggelse gjelder ved etablert høy risiko. Tvang uten effekt er uetisk.

Referanseområde i eget helseforetak.

De psykiatriske avdelingene i Oppland

Økonomi

Oppland er nær sagt helt lik Hedmark, men ikke innenfor psykiatri. **I 2001 brukte Oppland 45 millioner mer til psykiatri.** Mens Hedmark **dekker alle kommuner med spesialavdelinger fra 1986**, la ned alle psykiatriske sykehjem, og samlet de siste 3 til ordinære avdelinger i Attføringsavdelinga, Tynset DPS (2000) og Kongsvinger DPS døgnet noen år senere.

Stuktur

Oppland hadde sektorisering helt frem til 2013. Oppland har hatt en mer biologisk og sykdomsorientert modell, men har ikke hatt flere tvangsinnleggelser enn Hedmark, men fikk noen dommer til TPH tidligere. Dyrere i drift, men ikke mer tvang, som denne saken handler om.

Jeg har vært både overlege og avdelingsoverlege i ledelse der også, foruten en periode på 80 tallet, som på Sanderud en tid både på 70- og 80-tallet, så jeg er godt kjent med byggingen, organiseringen, behandlingen, miljøet, pasientkategoriene, forskjellene, og ikke minst kollegene. Og ikke minst en stor forskjell på kontrollkommisjonene for 10-15 år siden.

Tvang

Oppland/ Reinsvoll, også lavest på tvangsinnleggelser, stabilt fra 2001 og fortsatt.

Dagens forskjell på Reinsvoll og Sanderud kan forklare viktige faktorer. Reinsvoll har hatt de samme overlegen « i alle år », alle har kontorer ved siden av hverandre sammen med administrasjonen, engasjementet har vært høyt, rutinene forutsigbare, og over noen år inntil omorganisering 2013 hadde Reinsvoll Norges beste døgnenhet for alvorlige bipolare pasienter i utrednings, begrensede tilbakefall, og rehabiliteringsfase.



«Gammelsentralen» Reinsvoll bygget 2012

Oppland har hatt godt tilbud inne akutt, psykose og sikkerhet. Og bygde ut for bipolare, verdens største «sykdomsgruppe», ofte forsømt, på et nivå med «Attføringsavdelinga» og TIPS.

Tvangsinnleggelser kan ha gått noe ned i Oppland og Hedmark noe opp etter hvert som Hedmark har større gjennomført oppsplitting organisatorisk og geografisk gjennom 2 faser overføring av ressurser til DPS, 2010 og 2013. Konsekvensen har vært at spesialister over tid er avløst av mange korttidsansatte eller innleide, og at kontakten mellom spesialister over enheter er blitt borte, og at det ble vanskelig om umulig både å få plasstillitsvalgte eller utrette noe samlende noe som tillitsvalgt.

Da DPS var den store saken for 15 år siden, og Hedmark ikke hadde DPS fikk Sanderud heller ikke oppmerksomheten. Til tross for at vi hadde hatt de kvalitetene DPS skal ha og mye mer i samme «pakke» over år.

Jeg var i mine år i styret i Npf initiativtaker til den det omfattende arbeidet foreningen gjorde for å forstå «samtykkekompetanse» i vårt fags kontekst. Den store tverrfaglige diskusjonen hadde vi på Hamar. Npf gjorde forberedelser for å gi godt og viktig bidrag til kommende lovutvalg.

Jeg kunne skrive veldig mye om TUD, etter 20 års praksis, igangsetting av forskning og egne studier på et lavere ambisjonsnivå.

Jeg kan fortelle at blant få tvangsinnlagte i Hedmark har andelen TUD både når det gjelder vedtak ved utskriving, antall personer som TUD opprettes på, de som opplever det for første gang, og de som opplever større krise, innleggelse med eller uten tvang på nytt. Jeg kan ikke si noe ut over 2019.

Lave tall med ett unntak, vårt lave antall pasienter har gjennomsnittlig TID under TUYD som var mer enn 3 ganger så lang som gjennomsnittet for alle sykehus. Dette må granskes. Har vi klart å hjelpe andre så godt at vi sitter igjen med «kjerne-TUD»? Jeg tror det siste forklar mye.

Noe forklares av pasienter som har hatt stor motstand mot å gå ut av TUD. Som måtte tåle mye angst uten sikkerhetsnett. Vi snakket bare om sikkerhetsnett.

Etter lovendringen har sekretæren i avdelingen fått telefon fra mange pasienter som er rede og fortvilet fordi TUD ble avsluttet gjennom lov, og ikke fordi pasienten var klar.

Jeg har hevdet og praktisert en regel:

TVANG UTEN EFFEKT ER UETISK.

TVANG SKAL IKKE SKJE EN GANG TIL.

Det har selvsagt også negative sider, som paternalisme som kan gå for langt.

Redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern kommer av TRYGGHET

Tidlig oppdagelse, tilgjengelighet, omgivelser, kompetanse, samarbeid, kontinuitet, likeverd og TID

Denne artikkelen beskriver TUD i Hedmark 2001/2010. Det var den gangen legene stort sett var alene om å følge opp og fatte vedtak. BestPractice 8/2011. Vedlagt som siste del i høringsnotatet til NOU 9/2011

[terjevestheim.pdf \(regjeringen.no\)](#)

REFERANSER

*)

REFERANSER

Terje Vestheim høring «Paulsrud utvalget» NOU 9-2011 [terjevestheim.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Terje Vestheim Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, **Effekt av TID og trygghet** BestPractice 8/2011. Vedlagt som siste del i høringsnotatet til NOU 9/2011 [terjevestheim.pdf \(regjeringen.no\)](#)

«Bernt utvalget» rapport 2009 IS-1370

https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09_behandlsvilkaar_psyk_helsevern.pdf

Legeforenings høring til **Paulsrud utvalget** NOU 9-2011 [tandardbrev1 \(regjeringen.no\)](#)

Hvordan forstå psykose i dag. Johannessen, Joa 2021

https://www.seprep.no/fileadmin/user_upload/Dialog/Moderne_psykoseforstaaelse_-_fra_hjernelidelse_til_stresslidelse_-_Jan_Olav_Johannessen_og_Inge_Joa.pdf

«Moderne psykoseforståelse: konsekvenser for farlighet, tvang og lovverk» (01.11.21)

https://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/debatt/2021/11/03/konsekvenser-for-farlighet-tvang-og-lovverk/?fbclid=IwAR16luBDAKkn_McLiPI9Zct-X8uGlrUFxGMODB62ES1Bc9PkNvPYQcQUVU

Wunderink, Nederland; **Positiv effekt av nedtrapping på GRUPPENIVÅ.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23824214/>

Retningslinjen for undersøkelse og behandling av psykose (HDIR 20132)

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid=13C9D20493DD4F0230CE03A4C90B5457>

Årsrapport 2020. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern

<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Klinikk%20psykisk%20helse%20og%20avhengighet/Avd.%20Nor/RSA%20-%20Nasjonal%20koordineringsenhet/%C3%85rlig%20melding%202020.pdf>

EKSEMPEL Tvangskonferansen 2008 og 2016

https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Andre_konferanser/_SI_Invitasjon_TVANG_09_LoRes.pdf

<https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/arrangementer/Documents/Program%20TVANG%20konferanse%202016.pdf>