

Til Følge og Omsorgsdep. 8/6.05

Viser til samtale m/Conhild Holt,
og overleverer idag heved siste
utgave av høringsuttalelse fra
Aurora Støtteforening, som skal
erstatte den dere allerede har.

Aurora Støtteforening
P.B. 8815 Youngstorget
0028 OSLO
Tlf. 22 19 22 00

Mvh.

L. S.M. Evensen
pt. styreleder, Aurora

Aurora Støtteforening
P.B. 8815 Youngstorget
0028 OSLO
Tlf. 22 19 22 00

AURORA STØTTEFORENING

*for mennesker
med psykiske
helseproblemer*



Helse- og omsorgsdepartementet

Kommunetjenesteavdelingen

PB 8011 Dep

0030 Oslo

**NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste.
Om tilbud og tiltak innenfor den psykiske helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten
(staten) og i kommunene. Høringsuttalelse**

Jf. Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger.

Kap 10.3 under Vurdering. Sitat: "Helt fram til i dag har det vært et stort problem at mange behandlingsmetoder innen psykisk helsevern har hatt et faglig fundament som har vært svakt dokumentert empirisk. Det var en sentral målsetting i St.meld. nr 25 at metoder for diagnostikk, behandling og rehabilitering i langt større grad må bli kunnskapsbaserte".

Vår høringsuttalelse gjelder spesialisthelsetjenestens (staten) og kommunenes tilbud og tiltak innenfor den psykiske helsetjenesten, samt stimulering av utdanning og forskning.

Aurora – Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer har helt siden foreningen ble dannet i 1994 arbeidet for at alle som får en psykisk sykdom eller psykiske helseproblemer, skal være sikret forsvarlige og helhetlige helsetilbud i et tilstrekkelig omfang. I tillegg har foreningen vært opptatt av å bygge ned fordommer og fjerne stigmatisering i tilknytning til psykiske sykdommer og helseproblemer. Vi er derfor overrasket over at helsemyndighetene selv fortsetter både båstengkning og overforenkling, som i NOU 2005: 3. Dessverre blir også her psykiske lidelser sett i sammenheng med "eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere" (se første avsnitt i 1.1 Utvalgets mandat), som til alle tider. Dette synes vi ikke bærer bud om positiv nytenkning, som Aurora og andre pasientforeninger har prøvd å arbeide for i mange år.

Vi vil henvise til stortingsdokumenter om den delen av helsevesenet som gjelder psykiske sykdommer og helseplager, som Stortingsmelding nr 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, jmf St. prp. nr. 63 (1997-98)*, *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger* og Rapport fra Helsetilsynet 4/2004, *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer*. Vår uttalelse refererer seg i hovedsak til hva Stortinget og nåværende og tidligere regjeringer har uttalt. På denne måten ønsker vi å kommentere status fram til i dag. Botemidler og tiltak er allerede formulert, dokumentert og også vedtatt av statlige myndigheter, som vi vil prøve å vise, også før NOU 2005: 3. Vårt syn er at det er på høy tid at vedtak og tilrådinger nå settes ut i livet gjennom forpliktende tiltak og forsvarlige helsetilbud.

Rapport fra Helsetilsynet 4/2004, sitat:

Et helhetlig tilbud til pasientene forutsetter en klar oppgavefordeling og fungerende samhandlingsrutiner mellom DPS og akuttavdelinger. I så mange som halvparten av virksomhetene ble det funnet svikt i den interne samhandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette er alvorlig, fordi det øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling eller at de ikke får rett behandling. Individuell plan skal bidra til samordning av tjenestene, men det er så langt bare et fåtall av virksomhetene som har tatt initiativ til eller som medvirker til individuell plan. Det ble videre avdekket manglende

etterlevelse av de kravene som retten til vurdering og prioritering stiller, noe som øker risikoen for at de mest alvorlig syke pasientene ikke får behandling.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, jf St. prp. nr. 63 (1997-98).

Behovet for en opptappingsplan for psykisk helse var basert på erkjente mangler ved alle ledd i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Hovedproblemene ble beskrevet slik i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene:

- Det forebyggende arbeidet var for svakt
- Dårlig utbygde tjenester i mange kommuner
- For få tilgjengelige plasser i sikkerhetsavdelinger og sykehus
- For høye terskler for pasienter og for vanskelig å slippe til
- Lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn
- For dårlig oppfølging etter utskriving fra sykehus
- For mange pasienter ble skrevet ut for tidlig
- Tjenestene var for dårlig kvalitetssikret

For å møte disse problemene vedtok Stortinget en åtteårig opptappingsplan (St. prp. nr. 63 (1997-98)), med følgende hovedgrupper av tiltak:

- Brukerstyrking og informasjon
- Styrking av tilbudet i kommunene, med vekt på forebygging, tidlig hjelp og rehabilitering
- Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne. Satsing på distriktspsykiatriske sentre med nært samarbeid med kommunene
- Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- Stimulering av utdanning og forskning
- Styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak

Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger

1.3 Brukerperspektivet

Det er et overordnet mål i Opptappingsplanen å øke brukernes medvirkning, jf Stortingets behandling av denne. Stortinget påpekte i sin innstilling til Opptappingsplanen (Innst. S.nr.222 (1997 - 98)) at brukernes behov og medvirkning er sentralt for økt kvalitet på tjenestene, og at kommuner og foretak må prioritere dette. Videre heter det at dette vil medføre store utfordringer for organisasjonene, samt at støtte til prosjekter som brukerne selv tar initiativ til, skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp i all form for behandling av mennesker, fordi det er viktig med tanke på å styrke brukernes evne til å mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behandlingsmessige behov blir ivarettatt.

Brukerperspektivet innebærer både det å lytte til og ta på alvor brukernes behov og erfaringer, vektlegging av den enkelte brukers egne ressurser, og styrkede muligheter til medvirkning på alle nivåer. Disse sidene henger nøye sammen.

Ved siden av at perspektivet innebærer en verdi i seg selv, vil realisering av perspektivet kunne være et viktig bidrag til økt kvalitet i tjenestene. Brukermedvirkning vil kunne være et viktig bidrag til å identifisere mangler i systemet, flaskehalser mv. Realiseringen representerer dessuten utfordringer når det gjelder fagpersonellens kunnskaper og ferdigheter, holdninger og verdier, og etablering av dialog og samarbeid mellom fagpersonell og brukere.

Brukermedvirkning bør skje på individ-, system- og politisk nivå. På individnivå betyr brukermedvirkning at den som står i et mottakerforhold til tilbud og tjenester får innflytelse på sitt eget tilbud. På systemnivå bør representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper samarbeide med fagfolk, politikere og administrasjon for å gi viktige bidrag til planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. På politisk nivå utøves brukermedvirkning som en demokratisk rettighet der brukergrupper får uttale seg i viktige saker som angår dem før endelige beslutninger fattes.

Hovedutfordringen når det gjelder realisering av brukerperspektivet og brukermedvirkning er å få til den nødvendige kultur- og holdningsendringen som skal til i alle aktuelle deltjenester og sektorer, og på alle nivåer. Denne realiseringen innebærer ingen endring når det gjelder plikten til faglig forsvarlig virksomhet eller til å drive virksomheten innen de fastsatte rammene.

Kap 5 Brukermedvirkning

5.2 Mål, strategier og tiltak i Opptappingsplanen

Det er et overordnet mål i Opptappingsplanen å øke brukermedvirkningen.

Brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp i all form for behandling av mennesker, fordi det er viktig med tanke på å styrke brukernes evne til å mestre eget liv, sikre verdighet og at behandlingsmessige behov blir ivarettatt.

Det heter i Opptappingsplanen:

”Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv. En

åpen forvaltning og deltakelse i offentlig planlegging er eksempler i denne sammenhengen. Videre har brukerne erfaringer, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. Dette vil i mange tilfelle være en viktig supplering for fagfolk, politikere og administrasjon, og kan bidra i planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Dette gjelder også deltakelse i kontrollkomisjoner og kvalitetsutvalg. For brukere som engasjeres i medvirkning, representerer dette en aktivisering som kan styrke muligheten for å kunne mestre eget liv. Brukermedvirkning kan bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser, "gi disse et ansikt" og bidra til den holdningen at "også vi kan." (St.prp.nr. 63 (1997-98), s. 6-7).

Stortinget påpekte i sin innstilling til Opptappingsplanen (Innst. S.nr.222 (1997 - 98)) at brukernes behov og medvirkning er sentralt for økt kvalitet på tjenestene, og at kommuner og foretak må prioritere dette. Videre heter det at dette vil medføre store utfordringer for organisasjonene, samt at støtte til prosjekter som brukerne selv tar initiativ til, skal prioriteres.

Sterke brukerorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukerdeltagelse er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptappingsplanen. Dette forutsetter at det organisatorisk og økonomisk legges til rette for brukerinnflytelse på alle nivåer. Det er også viktig å styrke samarbeidet mellom brukerorganisasjonene og tjenestene.

Vurdering kap 5.

Rapporter og tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner, regional stat, pasientombud, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten viser at det fortsatt er store utfordringer knyttet til brukerdeltagelse på alle nivåer.

Erfaringene så langt i opptappingsperioden viser at området krever ytterligere vektlegging, også utover det økonomiske. Skal man lykkes med reell brukermedvirkning, krever dette både holdningsendringer og nye arbeidsformer i tillegg til bedre rammevilkår. Det er et særlig behov for innsats som fremmer kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet, slik at brukere og pårørende møtes med respekt og inviteres til aktiv medvirkning i utforming og gjennomføring av tjenestetilbudene. Det er viktig å styrke samarbeidet og dialogen mellom brukerne og tjenesteapparatet. Det er også behov for å systematisere brukerkompetanse og gjøre den tilgjengelig for tjenestene.

Det er videre behov for å styrke organisasjonene lokalt og for utbygging av egne brukerstyrte tiltak.

Målsettingen om brukermedvirkning er særlig utfordrende i forhold til barn og unge. Dette innebærer at barn og unge og deres foreldre må være representert og bli tatt på alvor, både på individnivå og på systemnivå.

Vi vil hevde at det norske velferdssamfunnet ikke fullt ut ivaretar sine borgere som er blitt rammet av psykisk sykdom, kriser, psykiske sammenbrudd, traumer og sammensatte helseproblemer, og som trenger psykiske helsetjenester. Dette er blitt erkjent av Stortinget i forbindelse med behandlingen av Stortingsmelding nr 25 (1996-97), *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og er blitt dokumentert i alle årene etter og fram til i dag.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Forebyggende tiltak og tjenester som informasjon og opplæring om kosthold og livsstil må etableres, og/eller utvides. Informasjon om helseproblemer og lidelser knyttet til vitamin- og mineralmangel og om sykdommer og helseplager knyttet til matintoleranse må inngå i utdanning og opplæring av alle helseprofesjoner og profesjoner for alternative terapiformer. Kurs for psykiatere, psykologer og annet psykisk helsepersonell må opprettes/inngå i primærutdanningen/etterutdanning med innhold basert på erfaringsbasert omfattende systematisert empiri og forskning gjort i forhold til muligheter for tilfriskning og rehabilitering for de grupper av tyngste psykiske lidelser som i dag blir betraktet som alt fra genetisk/biologisk betinget til kroniske/uhelbredelige hvor medikamentell behandling og nedbygging av håp for pasientens tilfriskning "foreskrives", grunnet manglende eller liten innpass og kunnskaper om denne empirien innenfor rådende paradigmer i dagens psykiatri (se siste avsnitt i denne uttalelsen).

Tilbud om meningsfulle aktiviteter og fritidstilbud må etableres i tilknytning til den psykiske helsetjenesten både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, som primær og sekundær forebygging, lindring og behandling og rehabilitering for alle typer sammensatte helseproblemer som psykiske sykdommer og sykdomsfall.

Likeledes må det etableres varierte rehabiliteringstiltak med tilstrekkelig kapasitet som tilbud til alle som har mottatt psykiske helsetjenester.

I sin redegjørelse for den delen av helse- og sykehusvesenet som gjelder den psykiske helsetjenesten, i Stortinget 11. april i år foretok helseministeren et slags oppgjør med det psykiatriske fagmiljøet. Ansvar er likevel til syvende og sist Regjeringens og Stortingets og et hovedansvar for statsråden selv. For en pasientforening som vår er det nesten uforståelig at så lite positivt har skjedd på dette helseområdet, slik vi ser det, der feil, svikt og mangler er blitt grundig dokumentert og erkjent av myndighetene i snart ti år. Det positive som er skjedd på holdningssiden, overskygges av en stadig hardere nedbygging av sykehussenger, en ytterligere øking i forskriving og bruk av såkalt *farmakoterapi*, m.a.o. medikamenter, og en konstant og omfattende bruk av tvang, som gjør Norge til verdens største "versting" på dette området. Vedvarende bruk av tvang i stort omfang er slått fast i *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger*. Når psykiatrisk avdeling på ett sykehus (i Østfold) har så mange som 8 registrerte selvmord i løpet av ett år, 2004, må alle erkjenne at mye er galt.

Vi savner ryddighet i begrepsbruk: Medikamenter er farmakologiske produkter og ingen terapi. (På forsknings og utdanningsiden: Vi savner sterkt innpass i psykiatrien og dens utdanning dialogfora hvor vi kan få kommet til og presentert terapiformer og etter hvert omfattende evidensbasert empiri som vil kunne kaste lys over og gi god næring til håp om tilfriskning, om enn over tid, også de tyngste lidelsene som nevnt i foregående avsnitt, terapiformer som med hell og tid har vært brukt utenfor psykiatrien, og som baserer seg på et ikke-biologisk menneskesyn (så som sjamanisme, transpersonlig psykologi, systematisert empiri fra nær-døden opplevelser (som gjerne blir feildiagnostisert i psykiatrien), systematisert empiri om positiv og negativ stemmehøring/identitets-og andre kriser og lignende. Forskning gjort av Romme og Escher (www.hearing-voices.org) viser at 2/3 av stemmehørere ikke har behov for psykiatri, og ikke faller inn under psykiatriske diagnoser), i tillegg til det som allerede brukes av terapiformer innenfor psykiatrien. Vi har bl.a. i vår forening en som har arbeidet seg igjennom 12 psykoser da vedkommende begynte å stole på sine livskrefter, uten medisiner, mest utenfor psykiatrien, med hjelp av sjamanisme og eget hard følelsesmessig og analytisk arbeid. Etter at han hadde vært tvangsinnlagt og tvangsmedisinert 6 ganger først, med diagnosene psykose, manisk-depressiv og schizofreni. Han ser i dag på disse iblant livstruende episodene som åndelige kriser og gjennombrudd, av og til kaotiske i utgangspunktet, men hvor hver psykose hadde forskjellig innhold, og hvor han visste før han kom i gang med arbeidet, at han bar på tilstander han måtte igjennom. I dag er han frisk som en fisk. Forskning gjort i lys av sjamanisme, transpersonlig psykologi, antropologi, stemmehøring positive som negative, nær-døden-opplevelser og ettervirkninger, transcendentale opplevelser og annen akademisk forskning om bl.a. utvidede bevissthetstilstander støtter oppunder hans erfaring, også da han kom mer og mer i kontakt med sine positive livskrefter, etter å ha gjennomlevet til dels dramatisk/ulykkelig (og morsomt og vakkert) innhold uten å miste fotfeste. Det har handlet om endring av tankemønstre, om symboler og kontekster, om villighet til å komme igjennom, om følelser og forståelse, om affirmasjoner og for hans del, natur og altså sjamanisme (minner om at sjamanisme som metode ikke behøver være knyttet til et innhold, en metode, en etnisk kultur, men bl.a. om åpning for avspaltede sjele"delers". Minner også om at ordet "schizo" betyr splittet). (Offentlig forskning sitter vi inne med her, også i vår forening, vi deler gjerne!!). I dag arbeider han med selvhjelpsgrupper for å gi håp (www.jeg-er.no). (Det finns bl.a. i vår forening flere levende eksempler, se også på internett NRK.no-På livet laus: Fra Blakstad til Blomstad). Det kan mer enn tenkes at alt etter modenhetsnivå hos den enkelte med disse diagnosene, at en kortere stabiliseringsperiode med medisiner kan være nyttig, men slik det oppfattes i dag har man blitt nærmest automatisk rubrisert med en kronisk og uheldelig diagnose om 1) man hører stemmer, 2) man er i ubalanse, 3) man har vært på stoff som har åpnet for mer enn man i øyeblikket føler man kan takle osv., og man tilbys ikke særlig med terapi, men medikamenter som har dokumenterte skadevirkninger og ingen varig helbredende virkninger. Det bør ikke være slik at fordi om mye forskning har gått i biologisk retning at dette må være det nærmest eneste rådende behandlingsparadigmet innenfor psykiatrien når man i tillegg i årevis har foretatt empirisk systematisk innsamlet materiale og forskning på humanistisk/åndsvitenskaplige områder, uten å ha villet gi særlig innpass for sistnevnte erfarings- og forskningsresultater som kan bringe håp, og ikke en nesten automatisk holdning fra psykiater til pasient om at det ikke er håp. Man bør og må også i høyeste grad ta inn mer enn Freuds fars og morskompleks som grunnleggende behandlingsparadigme i psykiatri og psykologi.

Det finns bl.a. en Carl Gustav Jung, og det finns bl.a. en Roberto Assagioli, det finns bl.a. en Ken Wilber, det finns bl.a. en PMH Atwater, det finns en R. Moody, og mange flere. Det finnes navn også i Norge hvor hjelp gjennom bl.a. psykoser er dokumentert gjennom flere år i privat praksis.

Vi savner også å høre noe særlig om de NoU prosjektene som handlet om tilgjengelighet fra ca. 1995, hvor bl.a. daværende kommunelege Jannike Thesen i Bergen var involvert. Dette var positive, nå allerede gjennomførte prosjekter, altså vellykkede forsøk som ble gjennomført i en 6-7 års periode fra tidlig på 1990-tallet, den såkalte "Statlige stimulering av psykisk helsevern og psykisk helsetjeneste".

Det bør altså tas statlige initiativ overfor fylkeskommuner og kommune, sammen med ressursoverføring slik at vellykkede forsøk som er blitt gjennomført i 1990-årene kan videreføres både ved forsøkskommunene/fylkene og igangsettes andre steder som permanente ordninger.

Vi minner også om det som ble startet som et 3-årig prosjekt i Trøndelag på slutten av 1990-tallet, og hvor et antall kommuner var involvert på landsbasis. Dette bør fortsette, prosjektet involverte prosjekt som handlet om kunst, kultur og psykisk helse, på initiativ fra kultursjefen i en av kommunene i Sør-Trøndelag.

Vi viser også til 2-årig SEPREP-program lenger ut i uttalelsen vår. Men vi er redde for at helsepersonell kan komme til å vandre rundt i en del gamle spor/biologisk basert menneskesyn med dertil utløsende "behandlingsformer" om ikke forskningen rundt både utvidede bevissthetstilstander, og mulig håp for de i utgangspunktet mest kaotiske tilstander også tas med i bildet. Vi vil også nevne at som oppegående samfunnsborgere som følger godt med i ulike media og samfunnsdebatter, kurser og konferanser, har vi håp om at det kanskje sakte kan åpne seg mer innover i systemene, men på langt nær nok, og på langt nær er dette nok kommunisert ut til resten av samfunnet, og på langt nær nok gitt innpass i offentlig helsevesen. Enda dette altså handler om empiri/evidensbasert forskning innenfor akademiske rammer og forskningsmetoder, som har vært tilgjengelig offentlig i mange år nå ved siden av "den biologiske bølgen som etterfulgte "vi vet ikke/kronisk-uhelbredelig/sjuk/teori-bølgen".).

Og senger i psykiatriske sykehus og avdelinger er noe helt annet enn plasser på et sykehjem. I psykiatrien trikses det med tall. Sykehussenger innenfor psykisk spesialisthelsetjeneste er på ca 1 500 på landsbasis, en nedgang på 90% i løpet av ca 30 år. Likevel oppgis ofte tall på mellom 4-5 000, fordi man slår sammen sykehussenger og sykehjemssenger. Men, sykehjemssenger gjelder kommunal sektor og sykehussenger gjelder som oftest(?) spesialisthelsetjenesten og statlig sektor. Her skjer det altså rot som gjelder organisatoriske rammebetingelser.

Ikke minst er det viktig i budsjettssammenheng, og med tanke på anvendelse av bevilgede midler til Opptappingsplanen for *psykisk helse*, blant annet, at en holder begrepene sykehus og sykehjem, helse og omsorg, fra hverandre i offentlige dokumenter og skriv. Det er like viktig i informasjon til publikum når det gjelder psykisk helsetjeneste/ psykiatrien at det ikke skjer en utydelig informasjon og/eller feilinformasjon. Psykisk helse og psykisk helsetjeneste/"psykiatrien" dreier seg om helse og helsetjenester og ikke sosiale tjenester/omsorg. På informasjonssidene for Oslo kommune, f eks, finnes ikke psykisk helsetjeneste/psykiatri under Helse, men derimot er rusomsorg oppført under helse! Men, derimot, hvis en klikker på Omsorg og sosiale tjenester, så finner en Psykisk helsevern. Hvor er logikken? Og hvordan skal det gå med midlene fra Opptappingsplanen for *psykisk helse*, når *begrepet psykisk helsetjeneste* knapt brukes i noen sammenhenger, og når *psykisk helse/helsevern* rubriseres under kategorien omsorg og sosiale tjenester?

Helseministeren har i Stortinget 11. april 2005 redegjort for systemfeil og andre kritikkverdige forhold innen den psykiske helsetjenesten i stat og kommune, 8 år etter Stortingsmeldingen om *Åpenhet og helhet*. Hans forslag til botemidler var i første rekke bedre ledelse, høyere faglig bevissthet og sterkere evne og vilje til omstilling innen psykiatrien. Vi har vondt for å kjenne igjen en antatt forståelse og innsikt i dette feltet som helseministeren gir uttrykk for i andre sammenhenger. Vi mener at feil, svikt og mangler bare kan rettes hvis man går til roten av problemene. Det er derfor behov for en

grunnleggende gjennomgang/revisjon og/eller utvidelse av samfunnets helsetilbud for psykiske helseproblemer.

I oppfølgingen av NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" må myndighetene være villige til å sikre økonomiske og organisatoriske rammebetingelser på statlig og kommunalt nivå for å tilby helhetlige psykiske helsetjenester for forebygging, behandling og rehabilitering for alle typer psykiske sykdommer og helseproblemer, motvirke forskjellsbehandling og diskriminering i forhold til innsats rettet mot tradisjonelt mer "prestisjetunge" sykdommer og ivareta alle borgernes grunnleggende menneskerettigheter og rettsvern. Allsidige og helhetlige tiltak må etableres både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er stort behov for nytenkning innenfor samfunnets tilbud om psykisk helsetjeneste. Alternative terapiformer må tilbys dem som ønsker det, i tråd med allerede etablerte ordninger som bare forekommer spredt og tilbys et lite antall mennesker, blant annet fordi adgang til å motta alternativ behandling, også som pasient på et sykehus, er så dårlig kunngjorte og lite kjent. Og omenn dette finns i forhold til somatiske sykdommer, ønsker vi at myndighetene også vektlegger denne informasjonen til at psykiatriens sykehus og brukere gjøres kjent med og tilbys alternative behandlingsformer, samt at det opprettes et nasjonalt utvalg av tradisjonelle og alternative utøvere som kan forske videre på tradisjonelle og alternative terapimetoder, på samme måte som NAFKAM finns i dag, og i tråd med Aarbakke-utvalgets innstilling (se siste avsnitt hvor vi nevner en del referansemateriell). Dette er både fra et brukerperspektiv, idet det finns empiri/forskning/kunnskap om brukere som bl.a. nevnt ovenfor, som vi altså ønsker å bringe frem samt rettet til utdanningen ved spesialisthelsetjenesten og, idet det foreligger empiri/systematisert forskning gjort innenfor akademiske rammer på samme. Det vi nevner av empiri og systematisert forskning gjort i bl.a. siste avsnitt går ikke imot det som Aarbakke-utvalget har innstilt.

Vi er spente på resultatene av helsesamarbeidet mellom Norge og Kina, og viser til uttalelsen til tidligere helseminister Dagfinn Høybråten om at tradisjonell helsebehandling i Kina er alternativ behandling i Norge og omvendt, som han kom med i et intervju i dagspressen i forbindelse med inngåelse av en avtale om helsesamarbeid mellom Kina og Norge. (Vi viser også til en uttalelse i en kronikk i Aftenposten for noen få år tilbake fra en forsker v/Psykologisk Institutt, Blindern, Oslo, om at psykiatrien ikke manglet så mye midler, som den manglet kunnskaper (navn fås ved henvendelse til vår forening).

Oppsummering av pkt 1: Det trengs en grunnleggende gjennomgang av samfunnets helsetilbud for psykiske helseproblemer innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, med tanke på å forandre og forbedre tilbud og tiltak slik at det blir etablert helhetlige behandlings- og rehabiliteringstiltak. For å oppnå positiv endring må en holdningsendring til både blant helsepersonell og publikum, og vi foreslår at det i oppfølgingen av NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt* oppnevnes et offentlig utvalg som får i mandat å utarbeide forslag til nasjonale retningslinjer, krav til kvaliteten og gi en nærmere beskrivelse av innholdet i ulike typer helsetilbud og rehabiliteringstiltak for psykiske sykdommer og helseproblemer. Målet må være det samme som er formulert i innstillingen: Det skal etableres en sammenhengende psykisk helsetjeneste for behandling og rehabilitering for psykiske sykdommer og sammensatte helseproblemer. Et slikt utvalg bør være bredt sammensatt. Alle berørte parter må være representert, både pasienter og pårørende, allmennleger og legespesialister som psykiatere og nevrologer, psykologer, lovgivere (politikere), jurister, pleiepersonale som psykiatriske sykepleiere og vernepleiere og - ikke minst - representanter for profesjoner for alternative behandlingsmetoder og terapier og utdanningsinstitusjoner.

2) Pasientperspektivet

Aurora Støtteforening er positiv til forslaget om å utvide pasientombudsordningen til å omfatte kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten.

Kontroll- og tilsynsorganene må styrkes. Helsetilsynet i fylkene må styrkes, og sentrale og lokale myndigheter og ansvarlige på sykehus og andre organiserte tiltak, må få et rettslig ansvar for å følge

opp svikt, forsømmelser, utilfredsstillende forhold og/eller helsetilbud som det er blitt dokumentert mangler ved i forbindelse med tilsyn. Dette er for eksempel ikke blitt gjort når det gjelder Rapport fra Helsetilsynet 4/2004, *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer*, i følge uttalelser i dagspressen av Helsetilsynet selv.

Kontrollkommisjonene ved alle psykiatriske sykehus og avdelinger må suppleres med en godkjent spesialist og/eller psykolog, slik at kontrollkommisjonen får den kompetanse som trengs for å være klageinstans for selve behandlingen, for det er det pasientene tror i mange, de fleste?, tilfeller. Det må også åpnes for adgang til å kunne kalle inn offentlig godkjente alternative terapeuter for uttalelser. Også fordi disse ofte har erfaringer som i dag ligger, eller har ligget utenfor kjernepensum til allerede etablerte, ferdigutdannet helsepersonell.

(Det er i dag kommet undertegnede for øret at noe så vidt er på vei inn i pensum ved psykologistudiet på UiO, men dette ble funnet ut ved en tilfeldig telefon til "impuls", Tidsskrift for psykologi, hvor en i redaksjonen opplyste at en av psykologiforskerne ved UiO indikerer at "alt ikke behøver være kronisk sjukt, at man kan bli tilnærmet frisk" ved de tilstandene som er ovenfor nevnt. Men dette går etter vår oppfatning ikke langt nok, og vi vil svært gjerne få kommet til med forskning og erfaring som kan belegge dette).

Inntil videre må myndighetene oppfylle sin informasjonsplikt og informere både pasienter, pårørende og helsepersonell på en tilfredsstillende måte, og både skriftlig og muntlig, om alle rettigheter, rettsvern, klagemuligheter og klageinstanser for pasienter, og om retten til aktivt medvirke i behandlingen og retten til juridisk bistand, og økonomisk støtte til slik bistand. Vi håper og tror at ved utvidelse av utdanning/tilgang til et bredere spekter av forskning og behandlingsmetoder at omfang av tvang og mest sannsynlig antall selvmord "i psykiatrien" ville dale ganske raskt, med tanke på omfang av bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering, og antallet av nå årlige 40-50 registrerte selvmord som skjer blant mennesker i tilknytning til at de er, eller har vært, innlagt på sykehus for behandling av psykisk sykdom

Den psykiske helsetjenesten har fått en god ressurs i den relativt nye informasjons- og opplæringsvirksomhet som drives av menn og kvinner med egen psykiatrierfaring, og som kalles Brukerlærerne, <http://www.brukerlærerne.no>. Målgruppen er både helsepersonell og pasienter og pårørende. Dersom opplæring i brukermedvirkning gis flest mulig pasienter og helsepersonell får innsikt i innholdet i opplæringen, og gjennomføres over hele landet til flest mulige blant målgruppen, tror vi at dette kan bidra til økt følelse av mestring blant mennesker som er klienter/pasienter under den psykiske helsetjenesten, og mindre avmaktfølelse som pasient, samtidig som dette vil ha en positiv effekt på forholdet mellom pasient og personell. Se også våre kommentarer ovenfor mht. forskning/empiri/krav til videre/utdanning for helsepersonell.

(Det er positivt at representanter for brukerorganisasjoner nå kalles inn her og der i SEPREPs etterutdanningsprogrammer, men undertegnede, som sitter i en slik, sitter igjen med inntrykk av at forslag til utvidelse av pensum mht. hva som er mulig mht. tilfriskning, over tid, av de dypeste lidelsene ikke nødvendigvis når igjennom med mindre man har, som to i vår forening, blitt invitert inn i det offentlige utdanningssystemet via opplæringsleder der (se lenger ut), og kan vise til dette, selvom forskningssjefen selv er innstilt på, og interessert i disse områdene, og selv er i gang med "utvidende tiltak" som konferanser og lignende (som er positivt, men vedkommende forskningssjef er ikke psykiater). Dette handler naturligvis om menneskelig erfaring og erkjennelse, men det må jo også handle om synet på hvor kunnskap som kan/skal være godkjent kommer fra. Og det er ikke sikkert at pårørende, som har slitt med sjukt familiemedlem i årevis, heller alltid helt vet hvor skoen trykker. Ergo trenger vi tilgang til både offentlige utdanningsinstitusjoner via Helseministeren og bredt sammensatte utvalg, hvor det ikke "bare er den psykiatriske medisinske kunnskapen som til syvende og sist skal råde").

Oppsummering av pkt 2: Det må fra alle hold og alle nivåer legges stor vekt på å få til *en reell brukermedvirkning* i alle instanser, råd og utvalg der prinsippet om medbestemmelse er nedfelt, og som til kjedsommelighet er slått fast av våre myndigheter siden forrige århundre (1990-årene).

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere.

Vi mener at myndighetene må foreta en grundig kompetanse- og kvalitetsvurdering for alle typer helsepersonell og profesjoner for alternative terapiformer som kan utgjøre et samlet "helsekorps" slik at den psykiske helsetjenesten både på statlig og kommunalt nivå skal kunne tilby allsidige helsetjenester med stor bredde i tilbudene for psykiske sykdommer og helseproblemer. Vi mener at myndighetene også må foreta en gjennomgang av utdanningen og kompetansen til ulike personellkategorier innen tradisjonell helsetjeneste og alternative terapiformer, med hensyn til innsikt og kompetanse i alle forhold som har betydning for forebygging, primær og sekundær, en helhetlig og human behandling og allsidige og tilstrekkelige rehabiliteringstilbud for psykiske sykdommer og helseproblemer. Vi mener også videre at alternative terapeuter/erfarere skal tilbys stillinger ved alle landets psykiatriske sykehus, poliklinikker og helsetilbud, og at den informasjonen helsepersonell gir til pasienter og pårørende skal inneholde opplysninger om at dette kan tilbys.

Legespesialiteten for psykiatri bør gjennomgås med tanke på om forutsetningene fortsatt er til stede for at en forsvarlig veiledet praksis i 4 år under spesialistutdanningen kan gjennomføres, som kravet er, nå når psykiatrisk sykehussenger er redusert til 1/10 i løpet av ca 30 år. Det bør vurderes om andre spesialiteter kan fylle psykiaternes rolle, som nevrologer, spesialister i allmennmedisin, sosialmedisin etc, i tillegg til psykologer og alternative terapeuter/erfarere. Farmakologenes rolle i en behandling for psykiske og sammensatte sykdommer og helseproblemer må utredes. Og spesialistutdanningen må åpne for at faktisk legitim forskning og empiri nå også forefinnes mht. veier ut av de tyngste lidelsene som i dag betraktes som biologisk/genetisk betingede og dermed uhelbredelige/kroniske og som i dag "behandles" med psykofarmaka. Vi vil nevne at i senere, reviderte utgaver av DSM-R diagnose-system-håndboka har forsker-forfatterne tatt med at åndelige kriser/gjennombrudd (våre ord, idet undertegnede i skrivende øyeblikk ikke sitter med DSM-R håndboka for hånden) ikke nødvendigvis og alene er sjukdom med uhelbredelig ikke-utgang, og ikke lenger har som et tilleggskriterium at om man knytter an til symboler av ikke-egne-nasjonal-kulturell-religiøs-spirituell art er dette nødvendigvis som del av et sjukdomsbilde å regne (viser også her til bl.a. narrative metoder som er godkjent psykoterapeutisk metode, og som meget godt kan knyttes an til symbolfortellinger, hva enten disse betegnes som "her og nå" fortellinger eller om de betegnes som innhold i drømmer som tema, eller om de betegnes som tidligere livs opplevelser/temaer, eller om de tar opp såkalt paranormal tematikk, og knytte dette igjen til akuttsituasjoner, liv/død/balanse/ubalanse/ sammenbrudd/ gjennombrudd/reisen til Selvet og sunn autonomitet, eros/thanatos osv.).

I denne forbindelse nevner vi at det med utgangspunkt i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008, hvor Statens helsetilsyn og sosial- og helsedirektoratet gir SEPREP i oppdrag å utvikle og gjennomføre et toårig tværfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlig psykiske lidelser, hvor vi ser fra bladet Psykisk Helse nr. 1/2005 at det nå er 1380 helsearbeidere som har gjennomført dette programmet siden 1998, og i tillegg er 650 studenter under utdanning. Vi tviler på at særlig mange av disse har fått høre særlig om den systematiserte empirien/forskningen samt erfaring fra brukere bl.a. vår forening sitter inne med, altså mht. mulige veier ut av de tyngste lidelsene. De som har fått høre om dette, i alle fall fra oss, er ca. 30 helsepersonell ved Akuttpsykiatrisk avd., Ullevål universitetssykehus, ca. 70 helsepersonell i etterutdanning ved Høyskolen i Oslo, avd. for etterutdanning av psykisk helsepersonell, og ca. 40 helsepersonell ved SEPREP i Asker. Disse stedene er blitt besøkt med et ca. 3 timers seminar på invitasjon av høyskolelektor, ansvarlig for etterutdanning av psykisk helsepersonell ved Høyskolen i Oslo, Siri Blesvik, av vedkommende bruker som er nevnt innledningsvis samt hun som i sin tid var erfarer/leder av foreningen for nær-døden opplevere (som ikke innebærer nødvendigvis tradisjonell religiøs erfaring, men kan gjøres naturligvis, men med adskillig større utvidelse av "repertoire" i henhold til ettervirkningene. Disse oppleverne liker å sortere under spirituelle "merkelapper"). Her ble det gitt eksempler på egne erfaringer, samt systematisert forskning fra større publisert

forskningsmateriell (se lenger ut, PMH Atwater bl.a.) angående dette og erfaringer som sorterer under transpersonlig psykologi, o.a. Vi går i disse dager ut med invitasjoner til SEPREP'er på Østlandet, samt høyskolene på Østlandet, men det ville være til stor hjelp for oss om også Helseministeren var villig til å ta tak i dette, slik at vi kan bringe erfaringen/forskningen inn for Helsedepartementet og videre. Som det er nå, er vi avhengig av den enkelte forsknings/opplæringsleders evt. innsikt og villighet til å invitere oss inn.

Det er og blir et tankekors at den yrkesgruppen som har best kompetanse i den dominerende, og nesten helt enerådende, behandlingsformen for psykiske sykdommer og helseproblemer i Norge anno 2005, som er bruk av farmakologiske produkter, ikke har noen sentral rolle i den psykiske helsetjenesten! Legene får en elementær opplæring i farmakologi i forhold til farmakologene, selv om medikamentene ofte er det eneste virkemiddel som legene bruker i behandlingen av psykiske helseproblemer. Jmf. Marcia Angell, *The Truth About the Drug Companies. How they deceive us and what to do about it.* (Random House 2004). Marcia Angell var redaktør for det anerkjente tidsskriftet *The New England Journal of Medicine* i 20 år. Vi viser også til den finske psykologen Jaakko Seikkulas "alternative" og nettverksbaserte tilnærming til behandling for psykiske sykdommer, som gir gode resultater og som forebygger kronifisering, ofte uten innleggelse på sykehus og ved en meget restriktiv bruk av medikamenter (det finns flere eksempler, bl.a. i Sverige og Norge, som vi gjerne vil komme tilbake til Helseministeren med).

Vi viser også til forsknings- og opplæringssjefen v/ SEPREP, Folloklinikken, Ski, Bengt Karlssons tidsskrift "Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid" hvor han omtaler og har gitt en "Psykiatriens Fritt Ord pris" til sykepleier, fhv. schizofreni og psykose-diagnostisert fhv. pasient A. Lauveng, hvor hun fant at sin psykose var en, omenn vanskelig, utviklingsvei med sine spesifikke egne veier ut av denne tilstanden, på samme vis som ovennevnte omtalte medlemmer i vår forening.

Vi viser som sagt også til stemmehøringsnettverket som forefinnes både på kontinentet og i England, hvor bl.a. forskningen til professor eremitus Marius Romme og hans kollega Sandra Escher forefinnes, se www.hearing-voices.org. Her gis også flere gode råd om hvordan man skal forholde seg til ulike type stemmehøring.

Viser også til *Journal of Transpersonal Psychology* som også i et av sine numre omtaler forskjellen på patologiske og transcendent stemmer. Videre viser vi til Geir Fredriksen, som arbeider psykodramatisk med stemmehørere ved Fylkessjukehuset i Molde.

Videre viser vi til den omfattende forskningen gjort angående nær-døden opplevelser samt utvidede bevissthetstilstander, transpersonlige og transcendent opplevelser og ettervirkninger, forskjellen på hallusinasjoner, positive som negative opplevelser, som begge bærer i seg leging, på www.cinemind.com/atwater. Hon.Dr. P.M.H. Atwater's innsamlet empiri på en populasjon av 3000 ndo'ere er samlet og systematisert i forskningsrapporter som gis på denne hjemmesiden (og som også forefinnes i vår forening). (Hun hadde selv 3 nær-døden opplevelser på 70-tallet, og har gjort forsker av seg senere).

Samt til www.iands.org, som er hjemmesidene til The International Assoc. for the Study of Near-Death Experiences, hvor bl.a. psykiatere og andre profesjonelle også utgir et forskningsblad. Nær-døden opplevelser og relaterte fenomener er for øvrig omtalt i "The Lancet" (skaffer referanser tilveie). Et av våre styremedlemmer har for øvrig vært leder av IANDS Norden på bakgrunn av egne transcendence-utvidede bevissthetstilstands-transpersonlige opplevelser (og holder i øyeblikket på med en konferanse som går av stabelen i 2006: www.ildsjelen.no/konferanse.htm). Hun har bl.a. også vært chair ved ISSEI (International Society for the Study of European Ideas, www.uav.es/cee/issei/default.html) en stor, internasjonal akademisk konferanse som går av stabelen hvert annet år et eller annet sted i Europa) med workshop'en "Spirit vs. Biology, who moves what" ved University of Navarra, Pamplona, Spania, august 2004. Dette er et tverrfaglig akademisk forum på meget høyt nivå.

Viser også til sosialantropologen Joseph Campells omfattende arbeider, bla. hvor han i boka "Helten med de 1000 fjes" tar for seg heltereisene, som på mange måter er "omvendt" av heltereisa hvor man "i gamle dager" tok seg inn i kriger og kaos for å redde familie, ære og hjemland, og hvordan den indre reisen til full selvrealisering ala Maslow også går via temaer som går igjen i alle kulturer til alle tider, og som innebærer psykologisk død og gjenoppstandelse, stemmehøring, møter med ånder, utvidede bevissthetstilstander tilbake til SELV-realisering, lys og kjærlighet og hvor det etterpå er naturlig at vedkommende snur seg rundt som "the wounded healer" for å være veiviser for andre. 'Been there, done that"-gjenkjennelsen og håpet. Reiser som kan/ikke behøver være et helt liv. Her er forskjellen på "den schizofrene" og den som makter legingsreisen, om vedkommende midlertidig "drukner i sine opplevelser", eller om vedkommende har en del av seg som holder balansen mens han/hun går igjennom opplevelsene. Dette er i korrelasjon til forskningsboka til Emma Bragdon, Ph.D. "A Sourcebook for helping people with spiritual problems" (ISBN 0-9620960-1-6, Lightning Up Press, CA, USA).

Viser også til "Character Strengths and Virtues, A Handbook and Classification", gitt ut av American Psychological Assoc. På Oxford University Press, 2004: ISBN 0-19-516701-5. Boka er omtalt som DSM-R håndbok for ressurser.

Vi viser også til www.kenwilber.com, samt søkerordet "integralpsychology" som bl.a. omtaler transpersonlig psykologi, hvori åndelige kriser og gjennombrudd omtales. Videre viser vi bl.a. til Norsk Institutt for Psykosyntese Oslo, som har takhøyde i sin utdanning av terapeuter for disse tilstander og fenomener. (Stifteren av Instituttet har selv erfart åndelig krise/gjennombrudd, om enn ikke kaotisk som i utgangspunktet de som kommer til psykiatrien med psykoser ofte er).

Medlemmer i vårt styre har pr. i dag holdt 3 seminarer innenfor psykiatrien, dvs. for psykisk helsepersonell, invitert av høyskolelektor, psykiatrisk sykepleier og etterutdanningsleder Siri Blesvik ved Høyskolen i Oslo. (siri.blesvik@su.hio.no), om mulige veier ut av psykoser, schizofreni, om stemmehøring og transcendent opplevelser. Siri Blesvik har referansemateriell knyttet til bl.a. Romme og Escher, og flere, som oppgis på forespørsel, også fra vår forening. Igjen: vi savner å få psykiaterne i tale. Vedkommende foredragsholdere har også avholdt 2 foredrag til, et i Folkeakademiets regi, og et i Mental Helse.

Det skal visstnok også nå forefinnes en egen del av psykiatrisk diagnostisering m.h.t. samisk sjamanisme, og minner igjen i den forbindelse at sjamanisme som metode og innhold ikke behøver knyttes opp mot en etnisk kultur.

(Vi i Aurora Støtteforeningen har også samlet et, foreløpig mindre, nettverk av profesjonelle, "tradisjonelle" og alternative terapeuter, healere og erfarere, hvor en av dem arbeider inne i psykiatrien, hun var med å få på plass kunstterapiutdanningen i Norge og er i privat praksis, en av dem driver et senter i Son, en av dem er i privat praksis med også "oppgitte tilfeller", en av dem driver et senter nordover i landet, og flere. Disse kan kan tilby etterutdanningskurs for helsepersonell. Vi kommer også svært gjerne på besøk med vår forskning og erfaring til Helseministerens kontor. Disse terapeutene og erfarerne er igjen knyttet til større uformelle nettverk rundt seg, dvs. vi kan bringe inn mye folk og forskningsmaterieil).

Vi vil også peke på en forskningsrapport om pasienters erfaring med psykiatrisk behandling. Rogers, Pilgrim og Lacey (1993), viser til at mer enn halvparten av 500 pasienter, som hadde hatt minst en sykehusinnleggelse, gav uttrykk for at psykiaterne hadde vært til lite hjelp. Psykiaternes holdning og tilnærming ble beskrevet som "very unhelpful", mens pleiepersonalet kom langt bedre fra undersøkelsen.

Alle ovennevnte profesjonelle journaler og forskningsmateriale er offentlig tilgjengelig og kan som sagt skaffes tilveie.

Vi ønsker med dette å vise til håpet for mestring og eller helbredelse og ikke bare til kronifisering, hva enten lidelsen i utgangspunktet er alvorlig, dyp, blir betraktet som sådan, eller er av annen art.

Vi mener også at det må etableres et offentlig ansvar for etterutdanning og oppdatering av leger og annet helsepersonell innen den psykiske helsetjenesten. Vi går inn for en resertifisering for bestemte yrkeskategorier ved bestemte intervaller, for eksempel hvert 5. år, for å sikre faglig oppdatering og at best praksis blir fulgt, målt med internasjonal målestokk.

Vi krever også at det opprettes nedtrappingstilbud hvor pasienter som vil av medisinerer kan få tid, trygge omgivelser, støtte og egnede terapitilbud for dette.

Og tilslutt minner vi om at ordet psykiatri består av to greske: psyke (sjel) og iatros (å lege)
= indre lege.

Konklusjon:

Det er på tide at det nå innen den psykiske helsetjenesten, og som oppfølging av NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*, skjer en praktisk gjennomføring av stortingsbeslutninger og vedtak fattet av helsemyndighetene gjennom snart et decennium med vakre ord og målformuleringer, i form av *etablering og organisering av forsvarlige og tilstrekkelige tilbud om primær og sekundær forebygging, behandling av og rehabilitering for alle typer psykiske helseplager og -sykdommer, som samtidig er i tråd med norsk lov, som lov om menneskerettighetene, og den enkeltes rettsvern.*

Med vennlig hilsen

For styret for AURORA – Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer



Liv S. M. Evensen, adjunkt, uttrykks- og kunstpedagog, foredragsholder,
p.t. leder i Aurora Støtteforening.