

Rådet for legeetikk
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Sarpsborg 03.05.2020

Klage på den etiske standarden innen norsk psykiatri.

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

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

1. BESVÆRLIGE BIVIRKNINGER OG UDOKUMENTERT LANGTIDSVIRKNING

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

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

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

Internasjonal tillitskrise for biomedisinsk orientert tvangsutøvende psykiatri.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Konklusjon:

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

2. UFORSVARLIGE BEHANDLINGSMETODER

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

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

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

Norsk psykiatri i en unik maktposisjon overfor psykiatriske pasienter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uetisk forsvar av en unik maktposisjon.

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

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

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

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

3. VILLEDENDE MARKEDSFØRING AV ANTIPSYKOTISKE MEDIKAMENTER

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

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

samt

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

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

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

a. *Sykdomsbehandling eller symptomlindring*

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

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

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

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

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

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

b. Antipsykotisk medisinering som påstått livreddende behandling.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

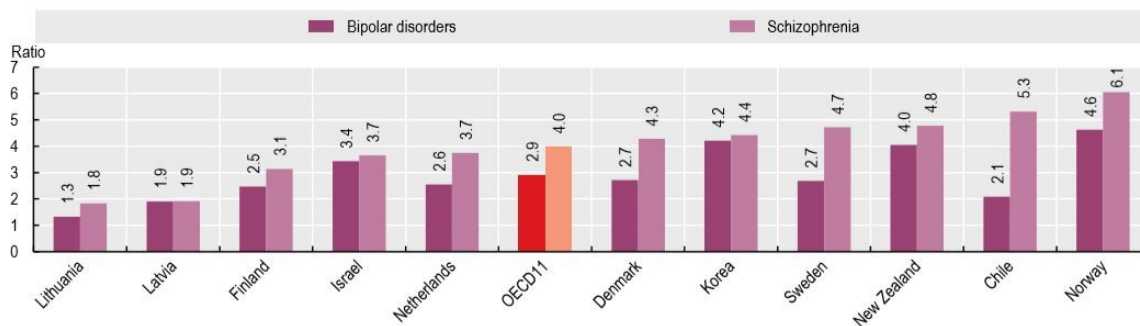
Denne sammenligningen med insulin for diabetikere er svært populær blant psykiatere når de driver villedende markedsføring av antipsykotiske medikamenter. Her er sammenligningen den at psykoserammedes syke hjerner trenger de stoffene som den antipsykotiske medisinering gir for å kunne fungere, på samme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

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

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

Det som Malt og alle andre ikke nevner er at når man sammenligner tall om overdødelighet innen psykiatrien fra undersøkelser i utlandet, må man ta i betraktning at alle slike kan være mye høyere her i Norge. Dette har sammenheng med at Norge topper statistikken for overdødelighet innen OECD både for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse. Her er dødsrisikoen på henholdsvis 6.1 og 4.6. Til sammenligning har Finland henholdsvis 3,1 og 2,5 og Litauen med 1,8 og 1,3 (se tabell 6.26)

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



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

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

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

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

Konklusjon

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

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

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

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

4. MEDISINFRI BEHANDLING

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

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

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer som følger:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. INTEGRITET, OMSORG OG RESPEKT

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

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

Her svikter en del av legeforeningens medlemmer som følger:

Skremselspropaganda som spiller på fordommer og frykt

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

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

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

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

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

Den offentlige diskusjon om bruken av antipsykotiske medikamenter som uteblir.

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

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

Pasient og brukerstemmen som ignoreres.

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

Forherligelse av tvang og andre former for institusjonelle overgrep.

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

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

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

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

Bruk av umyndiggjørende hersketeknikker.

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

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

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

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

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

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

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


Skadelig konfliktnivå

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

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

Vi imøteser et svar så snart som mulig.

På vegne av landsstyret for Hvite Ørn



Jan-Magne Tordenhjerde Sørensen, leder



Jón Ágúst Einisson, nestleder



Ellinor Halle, styremedlem

Vedlegg:

Høringsuttalelse til Tvangslovutvalgets utredning fra Hvite Ørn

Høringsuttalelse til Tvangslovutvalgets utredning fra det internasjonale juristforbundet ICJ

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

Kopi:

Helseministeren

Statsministeren

Stortingets helse og sosialkomite

Stortingets kommunalkomite

Stortingets justiskomite

Medlemmer av Tvangslovsutvalget

ICJ ved Ketil Lund

Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud

Psykologforeningen

Fellesorganisasjonen

Psykiaterforeningen

Sykepleierforbundet

Hjelpepleierforbundet

NFU

Sivilombudsmannen

Likestillingsombudet

Helsetilsynet

Rådet for Psykisk Helse

Forbrukerrådet

Pressens faglige utvalg

Presteforeningen

Diakonforbundet

Human etisk forbund

Pasient- og brukerombudet

BrukerROP i Helsedirektoratet

Kontrollkomisjonene