

16.12.2021

Til
Stortingets Helse- og omsorgskomite

Hvite Ørn Norge
Wergelandsveien 1-3
0167 Oslo
Org.nr.: 993 278 319



Høringsuttalelse fra Hvite Ørn Norge

Innspill til Helse- og omsorgskomiteens representantforslag om bedre ivaretagelse av samfunnets behov for vern mot og behandling av alvorlig psykisk syke personer.

Dokument 8:19 S (2021-2022)

Fra: Morten Wold, Bård Hoksrud, Per-Willy Amundsen og Tor André Johnsen.

Hvite Ørn er en landsdekkende medlemsorganisasjon for og av personer med brukererfaring av psykiske helsetjenester og deres pårørende. Vi er opptatt av menneskeverd og valgfrihet i det offentlige helsetilbudet. På bakgrunn av våre erfaringer opplever vi at menneskets åndelige dimensjon må forstås, anerkjennes og respekteres i de psykiske helsetjenestene. Vi søker å være en samarbeidsorganisasjon, heller enn en kamporganisasjon. Hvite Ørn ble etablert i 2008, og vi har siden det holdt mange kurs, konferanser, leirsamlinger og drevet selvhjelpsgrupper. Hvite Ørn er også en del av en internasjonal recovery- bevegelse innen psykisk helsevern.

Vi vil innledningsvis berømme de fire forslagsstillerne fra Fremskrittspartiet for at de tar opp problemer knyttet til bedre behandling av alvorlig psykisk syke mennesker og herunder problemstillinger knyttet til lovverk, samfunnsvern og politiets rolle i forbindelse med tvangsinnleggelse. Det er vårt håp at dette vil bidra til en grundig og fordomsfri kartlegging av situasjonen innen norsk psykiatri, som vil sette Stortinget og politikere elles i stand til å ta fatt på og lede det omfattende reformarbeid innen psykiatrien, som det er et akutt behov for å komme i gang med og som alt for lenge har vært forsømt.

Vi vil presisere at når det er behandlingen av alvorlig psykisk syke mennesker dette handler det om, gjelder dette i første rekke psykoserammede mennesker. Det er disse menneskene som utsettes for tvangspsykiatriens frihetsberøvelse på ubestemt tid, med dertil hørende institusjonelle overgrep i form av traumatiserende tvang, tvangsmedisinering, isolasjon og andre former for umenneskelig behandling/tortur. Det vil derfor i hovedsak dreie seg om mennesker med schizofreni diagnose og bipolar lidelse. Det er denne tvangspsykiatrien vår uttalelse handler om og hvor reformbehovet og behovet for et paradigmeskifte er størst og mest påtrengende.

Vi vil også bemerke innledningsvis at i spørsmålet om virkningen av samtykkekravet som ble innført ved endring av lov om psykisk helsevern i 2017, henviser forslagsstillerne til tilbakemeldinger fra pasienter, helsepersonell, pårørende og politi, men man nevner ikke de tilbakemeldinger som Stortingets representanter har fått fra brukerorganisasjonene og det fremgår heller ikke at forslagsstillerne har tatt kontakt med noen brukerorganisasjoner. Det var heller ingen ting som tydet på at brukerorganisasjoner innen psykisk helse var blitt

kontaktet eller hørt når representanter for Senterpartiet hadde denne problemstillingen oppe som Dokument 8:48 S (2020-2021). Man sørget også for at de organisasjoner som representerer de mennesker som utsettes for over 8000 tvangsinnleggelse i året innen voksenpsykiatrien ikke ble representert i tvangslovutvalget. Her var det kun Mental Helse Ungdom som var representert, samt pårørendes organisasjon.

Noe av det mest problematiske ved at brukerstemmen og brukererfaringene ignoreres på denne måten er man får en utrednings- og beslutningsprosess som metodisk sett blir ufullstendig. Det bør være et mål for ethvert styrings- og reformarbeid at man finner frem til kunnskapsbasert praksis, som i sin tur består av tre likeverdige elementer som er forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning og brukerkunnskap. Brukerorganisasjonene har et stort erfaringsgrunnlag gjennom medlemskontakt, likepersonarbeid, representasjon i råd og utvalg og den enkeltes erfaring som bruker. Det blir metodisk feil og et håpløst prosjekt å prøve å etablere kunnskapsbasert praksis uten å ta med brukererfaringene i dette arbeidet. Det bør være en utfordring både for brukerorganisasjonene og Stortingets politikere å etablere et formålstjenlig samarbeid.

Innføring av krav om samtykkekompetanse.

Vi i Hvite Ørn hadde våre betenkeligheter når kravet om samtykkekompetanse ble innført, og det var i hovedsak to forhold som bekymret oss.

Det ene var at hvis en person ble ansett for å ikke ha samtykkekompetanse innebærer det etter lovendringen, at vedkommende ikke kan legge seg inn frivillig. Vi var kjent med at noen som periodisk ble rammet av psykose hadde et fortlølig forhold til en behandlingstilstand og at det var en del av deres verdighet i en psykoserammet tilstand, at de var villige til å legge seg inn frivillig. Disse personene ble ved lovendringen fratatt denne verdigheten og måtte innlegges på tvang for å oppfylle lovens krav.

Den andre bekymringen var at denne lovendringen ville føre til at en praksis med uansvarlig utskrivning ville eskalere. Vi hadde lenge sett en økende tendens til at de pasienter som man oppfattet som medgjørlige og greie ble utsatt for langvarig frihetsberøvelse, mens de pasienter som ble oppfattet som krevende og besværlige å ha med å gjøre ble utskrevet uten å få hjelp og ente opp som såkalte «svingdørspasienter». Den gangen skylte man på pasientens manglende motivasjon eller manglende evne til å nyttiggjøre seg behandlingstilstandens tilbud. Vi fryktet at kravet om samtykkekompetanse ville bli praktisert slik at de pasienter som behandlingstilstandene ville beholde ville bli uten samtykkekompetanse og de som man ville bli kvitt ville ha samtykkekompetanse, slik at de ville kunne utskrives og antall svingdørspasienter ville eskalere.

Vi kan i ettertid se at ikke bare har antall svingdørspasienter økt med den muligheten som lovendringen har gitt for psykiatrien til å kvitte seg med uønskede pasienter med denne lovendringen som påskudd, har også ført til at psykiatriens tilbud for denne pasientgruppen har blitt omformet i retning av stadig mer vekt på medikamentell symptombehandling på bekostning av alle former for terapeutisk virksomhet. Det innebærer at psykoserammede i Norge står praktisk talt uten behandlingstilbud av noe slag, som har sykdomsbehandling som mål.

Saken om Anne Kari Tryggvason og hennes skjebne og død, som ble omhandlet i dagsrevyen i NRK lørdag 4. desember viser hvor brutal og nådeløs praksis man har klart å utvikle med kravet om samtykkekompetanse som påskudd.

Av denne reportasjen fremgår det at Anne Kari Tryggvason hadde lenge være plaget med psykiske vansker da hun flyttet til grenda Salt ytterst not Stadt. I Romjula 2020 mistet hun kontrollen og oppførte seg truende overfor en kommunal helsearbeider. Nyttårskvelden ble hun fengslet i Bergen etter en natt på sykehus og et selvmordsforsøk, hvor hun ble anbrakt i en forsterket celle. I 37 dager ble hun fraktet som kasteball mellom fengsel og sykehus minst 17 ganger og hadde i perioden 9 selvmordsforsøk inntil hun ble fraktet med sykebil med politieskorte syv timers kjøring hjem til Stadt, tre dager etter siste selvmordsforsøk, og ble funnet død i sitt hjem 11 dager senere.

Årsaken til denne brutale behandlingen av et sykt menneske bli i reportasjen fremstilt som et juridisk problem hvor Anne Kari hørte blant de mennesker som var for frisk til å kunne bli tvangsinnlagt i psykiatrien og for syk for å være i fengsel og konklusjonen blir langt på vei den at ingen kan stilles til ansvar for at et sykt menneske ble nektet hjelp og i praksis jaget inn i døden unntatt muligens Stortingets politikere som lager dårlige lover, og dette har vært mantraet i denne og andre tragiske saker lenge, og man roper på mer tvang.

Det man i denne agitasjonen hopper over er at det i moderne tid alltid har vært og alltid vil være lovhjemler for å tvangsbehandle folk som står i fare for å skade seg selv og andre.

I psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b er det opplistet som ett av vilkårene for tvungent psykisk helsevern at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget og andres liv og helse, og i lovens §3-3 nr.4 presiseres det at vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke i tilfeller der det er nærliggende fare for liv og helse.

Det er neppe tvil om at Anne Kari oppfylte vilkåret om nærliggende fare for liv og helse både etter episoden med helsearbeideren og ni selvmordsforsøk under overvåking i fengsel i løpet av en drøy måned, og at situasjonen var alvorlig viser hennes faktiske selvmord, straks etter at hun ble løslatt fra fengsel og kjørt hjem med sykebil og politieskorte. Det kan ikke være noen tvil om at hun var berettiget til tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b. Spørsmålet blir derimot om psykiatrien hadde noe å tilby.

Vi prøver som interesseorganisasjon å gjøre oppmerksom på at i tilfeller hvor det er alvorlig fare for liv og helse er det bl.a. mangel på behandlingstilbud og ikke mangel på lovhjemler, som er problemet. Erfaringen med dette er at vi ikke blir hørt at både journalister og politiet insisterer på at det er manglende lovhjemler, og dermed Stortinget og politikerne som har skyld og ansvar fremfor å ansvarliggjøre psykiatrien for å bruke manglende lovhjemmel som påskudd til la være å utvikle egnede behandlingstilbud og sortere ut pasienter som trenger sykdomsbehandling når medikamentell symptombehandling ikke virker eller ikke er tilstrekkelig.

Ensidig fokus på medikamentell symptombehandling av psykoserammede.

All menneskelig erfaring tilsier at man ikke kan løse psykiske problemer og andre menneskelige gjennom inntak av stoffer, enten det er medikamenter eller rusmidler. Inntak av medikamenter og rusmidler kan i beste fall lette smerter og symptomtrykk midlertidig. Psykoserammede kan sånn sett ikke helbredes med medikamenter.

Man vet i dag at de fleste psykoser går tilbake av seg selv, ofte i løpet av dager, og at det ikke finnes noen medikamenter som kan brukes til å behandle eller helbrede psykoser. Det man ser er at såkalt antipsykotiske medikamenter kan i ca. 10-20 % av tilfellene gi symptomlindring i en begrenset periode, som i noen tilfeller kan gjøre mer enn å oppveie ulempene ved bivirkningene. For det store flertallet av pasienter representerer denne medisineringsen en tilleggsbelastning i form av ubehag, sløvsinn og tapt initiativ og

livskvalitet. Noen tåler denne tilleggsbelastningen bedre enn andre og er i stand til å ta antipsykotiske medisiner for ikke å komme på kollisjonskurs med et autoritært institusjonsregime, mens andre tåler denne medisineringsen såpass dårlig at de ikke har noe annet valg enn å protestere og blir da gjerne tvangsmedisinert og stemplet som vanskelige pasienter. Alle som tvangsinnlegges i psykiatrien må regne med å bli medisinert og tilbudet til psykoserammede blir et ensidig tilbud om medisinering preget av passiv venting for å se om medikamentene har en symptomlindrende effekt. Denne strategien medfører statistisk sett at man aksepterer at mellom 8-9 blir utsatt for feilbehandling for at mellom 1-2 skal ha nytte av medisineringsen i form av tidsavgrenset symptomlindring. Denne mangelen på terapeutisk behandling kamufleres gjennom språkbruken der disse forsøkene på medikamentell symptomlindring konsekvent omtales som sykdomsbehandling og hvis psykoserammede ikke er medisinert omtales det som ubehandlet psykose, dette til tross for at både Paulsrud utvalgets NOU 2011: 9 og Østenstadsutvalgets (tvangslovutvalget) NOU 2019: 14 slår fast at bare 10-20% av psykoserammede pasienter opplever symptomlindring ved bruk av såkalt antipsykotisk medisinering.

Terapeutisk er medikamentell behandling et tveegget sverd. På den ene siden kan dette gjøre psykoserammede blir roligere og sånn lettere å få i tale i terapeutisk sammenheng, men på den andre siden skaper denne medisineringsen et sløvsinn og manglende kontakt med eget følelsesliv og ofte redusert motivasjon. Mange opplever at de ikke er i stand til å dra nytte av terapeutisk behandling før etter at de har trappet seg ut av «medisintåken». Slik sett er psykiaternes ensidige fokus på medikamentell symptombehandling ikke bare til skade for pasientene, men vanskeliggjør også arbeidet til de yrkesgrupper som er kvalifisert til å drive terapeutisk behandling.

Skulle tannhelsetjenesten fungere på samme måte som den biokjemiske tvangspsykiatrien ville en som hadde tannpine møte en tannlege som fullstendig overså behovet for tannbehandling og i stedet insisterte på at tannpinen skulle behandles med smertestillende medisiner, og kunne i den sammenhengen varte opp med smertestillende medisiner som dempet smertene for 10-20 % av pasientene med et arsenal av til dels ubehagelige og helseskadelige bivirkninger for alle. Det ville også være underforstått at hvis du ikke ønsket å ta imot tannlegens smertestillende medisiner, kunne tannlegen sørge for at du ble tvangsmedisinert helt uavhengig av hvorvidt medisinen virket eller ikke, det ville være underforstått at å bli underkastet dette behandlingsregimet ville forkorte pasientenes liv med ca. 25 år i gjennomsnitt. Tannlegen ville også konsekvent omtale sin utdeling av smertestillende medikamenter som fullverdig tannbehandling. Vi velger å bruke dette tenkte eksemplet for å illustrere de tilstander man finner innen psykiatrien og hva psykoserammede må finne seg i og akseptere.

Manglende behandlingstilbud for psykoserammede.

Etter vår oppfatning er Anne Karin Tryggvason en av mange pasienter som akuttpsykiatrien har valgt å sortere bort med av kravet om angående samtykkekompetanse som påskudd. Vi vet ikke annet om henne enn det som kom frem i NRKs reportasje den 4. desember, men vi kan belyse noen av de forhold som erfaringsmessig kan føre til at akuttpsykiatrien sorterer bort og ikke vil ha noe med psykoserammede pasienter å gjøre med utgangspunkt i hennes sak. Anne Karin kan ha vært en av de som ikke responderte på psykiatriens symptomdempende medisinering. Før kunne man pøse på med opptil 30+ medikamenter og hvis dette til slutt førte til pasientens død kunne dødsfallet klassifiseres som «dødsfall

ukjent» Denne formen for polyfarmasi har i senere år kommet i offentlighetens søkelys som uansvarlig praksis som savner vitenskapelig evidens. Strategien har da blitt å unngå de pasienter som responderer dårlig på medisiner. Disse avslører på en pinlig måte at det ikke tilbys noen terapeutisk hjelp. Man ønsker seg heller ikke pasienter som viser sterk uro. Tusener av akuttpsykiatriens pasienter har blitt traumatisert gjennom beltelegging, overfall, langvarig isolasjon og andre former for overgrep, gjerne knyttet til tvangsmedisinering. De som er kritiske til den behandlingen de har mottatt og ikke aksepterer at psykiatrien som formynderstaten tvangsutøver må ha rett til å «tuke den man elsker», kan bli sett på som vanskelige og uønskede pasienter, og de som offentlig målbærer en slik kritikk kan risikere at hjelpen uteblir. Man forventer ofte at pasientene aksepterer psykiatriens premiss at statlig formynderskap gjennom psykiatrien er omsorg og at man slik sett «tukter den man elsker» og det kan også ligge en forventning om at pasienten uttrykker sin takknemlighet for den omsorg han/hun har mottatt i form av tukt og tvang. Vi fikk høre i reportasjen at Anne Karin var åpen om sin sykdom og opptatt av psykisk helse og både skrev avisinnlegg og holdt foredrag. Vi i Hvite Ørn har også opplevd av medlemmer har måttet melde seg ut av organisasjonen på grunn av krav og trusler fra psykiatrien. Det er sånn sett ikke gitt at autoritære institusjoner med stor makt, uten videre aksepterer bruken av menneskerettigheter som ytringsfrihet og organisasjonsfrihet.

Når psykoserammede blir farlige.

Vi vet at utbrudd av psykose eller spirituell krise som vi innen recovery-bevegelsen velger å si, har vært en del av menneskehetens skjebne så lenge vi har skriftlige kilder, og må kunne betraktes som en naturlig reaksjon på fysiske og psykiske belastninger og en naturlig måte for kropp og sinn til å bearbeide traumaer og andre belastninger.

Det er utfra dette ingen grunn til å tro at det har blitt vesentlig annerledes å være psykotisk de siste årene. Når endringer inntreffer må vi derfor anta at det er de psykoserammedes vilkår i det norske samfunnet som har endret seg og ikke det å være psykotisk.

Storingsrepresentant Kjersti Toppe har i en interpellasjon til statsråd Monica Mæland den 4. februar i år bl.a. satt søkelyset på økning av politioppdrag knyttet til psykiatri hvor det kommer frem at antall oppdrag har økt fra vel 10 000 i 2014 til over 50 000 i 2019. Hun viser også til Politidirektoratets bekymring over at antall oppdrag har økt fra 37 000 i 2016 til 53 000 i 2020. Hun viser også til at antall bevæpnede oppdrag har økt fra 2 000 i 2009 til nærmere 10 000 i 2019 og hun viser også til at tre psykisk syke mennesker er blitt skutt og drept av politiet i løpet av halvannet år.

Det disse talene vitner om er at hjelpetilbudet til psykoserammede er blitt vesentlig dårligere de siste årene og det har skjedd en endring i praksis overfor denne pasientgruppen, som gir grunn til bekymring. Det haster å få kartlagt hva er årsaken til den forverringen som disse tallene vitner om, og her er det sett ut fra et brukerperspektiv mange faktorer som gir grunn til bekymring.

1. Overdreven bruk av medikamentell symptombehandling som sjelden virker, med tilsvarende nedbygging av terapeutisk virksomhet innen psykiatrien.
2. Uansvarlig utskrivingspraksis og aktiv bruk av lovendringen fra 2017 om manglende samtykkekompetanse som påskudd til å sortere ut «uønskede» pasienter.
3. Overdreven tro på tvang og statlig formynderskap som hjelp.
4. Brutalisering av inngangen til psykiatrisk behandling gjennom overdreven bruk av politistyrker ved innleggelse og bruk av politistyrker til å fjerne uønskede pasienter.
5. Overlatelse av uønskede pasienter i politiets og fengselsvesenets varetekt.

6. Ansvarsfraskrivelse innen psykiatrien fremfor utvikling av terapeutiske behandlingstilbud.
7. Ulovlig, destruktiv og ødeleggende tvangsmedisinering.

Disse syv punktene er en del av det vi synes er bekymringsfullt ved dagens praksis innen psykiatrien. Vi er av den oppfatning at mye av politiets kompetanse og utgangspunkt for å gjøre en god jobb i forbindelse med akutte innleggelser av psykoerammede pasienter har forsvunnet med den såkalte politireformen. Før var det gjerne lokalt politi og lokale lensmenn som bistå ved innleggelser. Dette var gjerne erfarne folk som pasientene kjente og respekterte og det var ikke uvanlig at trygge og stødige lensmenn og politifolk fulgte opp sambygdingene som de viste slet psykisk og som regel var pasientens fastlege involvert i innleggelsen. Etter politireformen er regelen den at det går en bekymringsmelding til en legevakt som i sin tur rutinemessig alarmerer ambulanse og et ambulerende politi som rykker ut og i ca. 20% av tilfellene definerer politiet dette som et væpnet oppdrag. Den intetanende personen som bekymringsmeldingen retter seg mot får da et team av mennesker bestående av politi ambulanspersonell og helsepersonell på døra, som baner seg inn i personens hjem og det er bare tilfældigheter som bestemmer om den som skal tvangsinnlegges kjenner og har tillit til noen av disse menneskene. Dette er en ekstremt uheldig, ufølsom og amatørmessig behandling av sårbare og redde mennesker i en alvorlig krise, og det er stor fare for at en slik brutal og dramatisk inngang til innleggelse i akuttpsykiatrien er med på å prege hele innleggelsen. Det er også vert å merke seg at det siste trekket i denne utviklingen er at hvem som helst kan få på seg en bekymringsmelding, som resulterer i at et tvangsinnleggelsesteam bestående av politi ambulans- og helsepersonell kommer på døra. Hvis den som ikke er psykotisk motsetter seg innleggelse risikerer vedkommende å bli fraktet med tvang til nærmeste sykehus og når det konstateres at vedkommende ikke er psykotisk venter rettsforfølgelse og fengselsstraff for vold mot politiet. Den brutale, dramatiske og amatørmessige måten som praktiseres for å handtere tvangsinnleggelser kan dermed få store negative konsekvenser for den som er psykoerammed og resultere i rettsforfølgelse og fengselsstraff for den som ikke er psykotisk. Denne praksisen kan forklare noe av økningen i politiets psykiatrioppdrag, men statistikken forteller at man i 2020 hadde 8682 mens politiet hadde 53 000 psykiatrioppdrag dette året, hvorav anslagsvis 10 000 oppdrag var bevæpnede oppdrag. Måten Anne Karin Tryggvason ble fraktet minst 17 ganger mellom fengsel og sykehus for deretter å bli transportert hjem til sin død med politieskorte kan gi en pekepinn på hva disse 53 000 oppdragene består i, men det haster å få analysert hva politiets oppdrag overfor psykisk syke mennesker består i og hvorfor denne omfattende innsatsen fra politiet har blitt nødvendig.

Et annet forhold som bekymrer oss sterkt, er tvangsmedisinering av mennesker som ikke har noen nytte av såkalt antipsykotiske medikamenter og ikke tåler disse. Dette er mennesker som ofte er på desperat jakt etter rusmidler og narkotiske stoffer for å utligne den smerten og ubehaget som psykiatriens tvangsmedisinering påfører dem. Disse pasientene får ikke noe terapeutisk tilbud fra psykiatrien og utskrives gjerne til tvangsmedisinering i eget hjem. Dermed har de etter psykiatriens definisjon fått sin psykose behandlet. Denne kombinasjonen av tvangsmedisinering som pasienten ikke tåler og selvmedisinering med rusmidler og narkotiske stoffer kan virke svært destruktiv og føre til indre oppløsning som både kan føre til selvskading og voldsbruk. Det er vårt inntrykk at mange selvmord og voldshandlinger bunner i kombinasjonen av tvangsmedisinering som folk ikke tåler og selvmedisinering med rusmidler.

Olsenutvalgets NOU 2010: 3 fikk i oppgave å granske alle saker hvor personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv de siste fem år før rapporten ble utgitt i 2010.

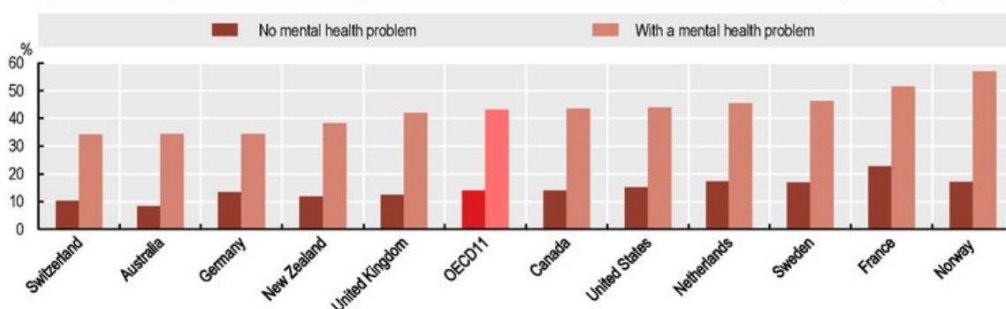
Konklusjonen ble

- Det er i dag ikke mulig å forutsi hvem som dreper.
- Vold og drap kan ikke forklares ut fra én årsaksfaktor alene.
- En faktor som peker seg ut er rusmiddelbruk, særlig alkohol. Dette gjelder både personer med og uten psykiske lidelser.
- Mulig å redusere risiko for vold og drap langs to strategier:
 - Brede tiltak som reduserer forekomst av risikofaktorer
 - Tiltak for enkeltpersoner med opphoping av risikofaktorer.
- Risikoen for å bli offer for drap begått av en fremmed person med en psykisk lidelse er svært liten.

Pasientenes tillit til den norske psykiatrien.

Psykoserammede mennesker er vanligvis loyldige borgere som en eller flere ganger i livet kan oppleve å bli psykotisk i en periode. Dette er ofte intelligente, kreative og oppegående mennesker som også kan være kunstneriske og spirituelt begavet. Mange psykoserammede er med god grunn opptatt av egen helse, åpenhet innen psykisk helse og av det hjelpetilbud som psykiatrien kan gi. Mange er derfor både orientert om, og kritiske til tilstandene innen norsk psykiatri. Det er også vert å merke seg at selv om norsk media i liten grad dekker den kritiske debatten om psykiatrien, så er det en verdensomfattende recoverybevegelse hvor det arrangeres jevnlig både kurs og seminarer, dette både i Norge og andre land. Det som startet som nettsiden «Mad in America» har fått tilsvarende nettsider i mange land, deriblant «Mad in Norway». Det er derfor godt kjent blant psykiatriens psykoserammede pasienter at Norge tilbyr denne pasientgruppen det som kan anses for å være verdens mest dødbringende psykiatri målt i antall tapte leveår sammenlignet med befolkningen øvrig, både for pasienter med schizofrenidiagnose og bipolar lidelse, samtidig som resultatene er på bunn målt i forhold til deltakelse i arbeidslivet. Dette forhold illustreres i tabeller med helsestatistikk fra OECD.

Figure 3.22. People whose health kept them from working full-time or limited their daily activities, 2016

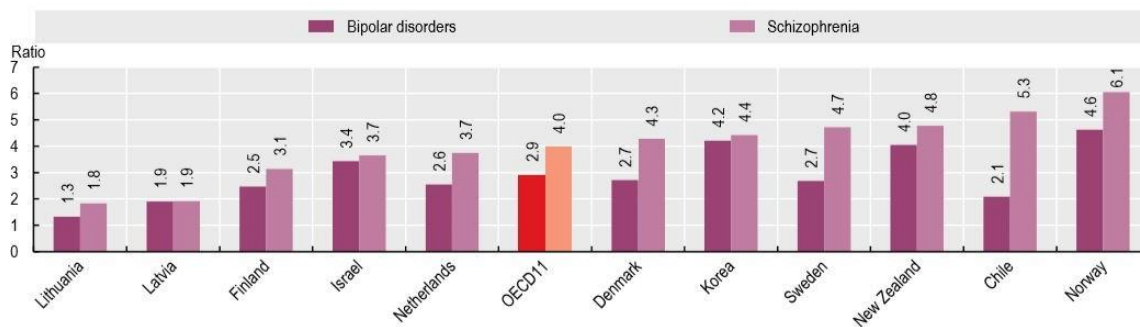


Source: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934015220>

Det kommer frem av tabellen at Norge topper statistikken over mennesker som faller utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske helseproblemer.

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>

Her ser vi at Norge topper statistikken for overdødelighet innen OECD både for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse. Her er dødelighetsgraden på henholdsvis 6.1 og 4.6. Til sammenligning har Finland henholdsvis 3,1 og 2,5 og Litauen har 1,8 og 1,3.

Gjennomsnittsalderen for mennesker med schizofreni og bipolar diagnose er redusert med 22-26 år sammenlignet med den øvrige befolkningen i Norge noe avhengig av kjønn og diagnose. Det innebærer at de fleste som har fått disse diagnosene kan regne med å dø i femtiårsalderen og de som overlever så lenge at de blir over 60 tilhører per definisjon alderspsykiatrien og utgjør et fåtall.

Det er ikke til å komme forbi at denne ekstreme overdødeligheten blant de pasienter dette gjelder, skaper både frykt og mistillit, hvor mange mener at medikamentbasert tvangpsykiatri uten bruk av terapeutiske virkemidler bidrar sterkt til dette elendige og skammelige resultatet. Denne situasjonen kan også forklare hvorfor kravet om medikamentfrie behandlingsforløp står meget sterkt blant psykiatriens pasienter i Norge. Det er den medikamentbaserte tvangpsykiatrien som dekkes av offentlige helsebudsjetter samt terapeutisk hjelp fra noen psykologer med spesialistgodkjenning, mens all annen terapeutisk hjelp må pasienten selv betale for, som andre hjelpsomme metoder, må man i tillegg betale skatt til staten i form av moms, noe Solberg-regjeringen sørget for.

Tilliten til politikere og helsebyråkrater.

Det råder en stor frustrasjon over at hverken politikere, tilsynsmyndigheter eller andre byråkrater har vært i stand til å sette grenser for ulovligheter og menneskerettighetsbrudd innen psykiatrien. Det har også vært til stor frustrasjon at i Norge står troen på statlig formynderskap såpass sterkt at Norge som ett av få land i verden har reservert seg mot sentrale bestemmelser i CRPD (konvensjon for rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne) og man har unnlatt å inkorporere denne FN konvensjonen i menneskerettighetsloven. Dette har regjeringen valgt å rette opp i ifølge Hurdalserklæringen, noe som vil få gjennomgripende konsekvenser for tvangpsykiatrien og frata den legitimitet.

Innen den norske psykiatrien praktiseres noe som kalles skjerming som består i å utsette pasienter for forskjellige former for isolasjon. Det å sette folk i isolasjon regnes i sin alminnelighet for å være tortur og umenneskelig behandling, men noen land tillater

16.12.2021

psykiatrien likevel å isolere folk som et nødtiltak i opphetede situasjoner. Norge er det eneste land i verden som anerkjenner denne formen for umenneskelig behandling av folk som sykdomsbehandling, selv om det strider også mot all sunn fornuft å tro at man kan bruke umenneskelig behandling som er egnet til å gjøre friske mennesker syke, til å gjøre syke mennesker friske. Norske lovgivere har med dette satt et slags verdensrekord i naiv tro på offentlig formynderskap og tukt innen psykiatrien. Til tross for reaksjoner fra sivilombudsmannen og utenlandske tilsynsmyndigheter som fører tilsyn med etterlevelse av menneskerettigheter og protester fra brukerorganisasjoner fortsetter denne praksisen. Det er også en av de største medisinske skandalene i moderne tid at til tross av at medisiner med antipsykotika ikke hjelper har tusenvis av mennesker blitt ulovlig tvangsmedisinert siden 1981, da vilkåret om at tvangsmedisinering med stor sannsynlighet ville hjelpe pasienten ble innført. Dette vilkåret har medisinene aldri kunnet oppfylle. Tusenvis av mennesker har i løpet av de 40 årene som har gått blitt ulovlig tvangsmedisinert i egne hjem og har med dette fått både livskvaliteten og helsen ødelagt. Det har også vakt både oppsikt og harme at byråkratene i Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har i sitt notat til tvangslovutvalgets innstilling, foreslått å senke kravet om stor sannsynlighet til alminnelig sannsynlighetsovervekt ved førstegangs tvangsmedisinering da denne medisineringen ellers ville være ulovlig. Her har man for det første det problemet at en virkningsgrad på mellom 10 og 20% ikke oppfyller det foreslåtte kravet til alminnelig sannsynlighetsovervekt, men vil i stedet kunne i noen grad pynte på en allerede pågående ulovlig praksis, men det som er mest oppsiktsvekkende er at her innrømmer HOD at det har pågått ulovlig tvangsmedisinering i over 40 år og i stedet for å stoppe denne ulovlige praksisen og gi de som har blitt utsatt for denne ulovligheten en eller annen form for oppreisning. Denne forakten for både lovverk og menneskerettigheter gjør et sterkt inntrykk og er svært ødeleggende for tilliten til helsedepartementets forvaltning. Et opprop til Stortinget fra det internasjonale juristforbundet og brukerorganisasjonene ber om at Stortinget må iverksette granskning av den ulovlige tvangsmedisineringen, som nå har pågått i over 40 år og tilby de som har blitt rammet oppreisning og kompensasjon har hittil ikke ført frem. Det sier noe om avstanden man har fått i det norske demokratiet, mellom de folkevalgte og folket, at et opprop om en så alvorlig sak ikke har ført til reaksjoner hverken fra Stortinget som institusjon, regjering eller folkevalgte. I mellomtiden fortsetter disse ulovlige overgrepene med uforminsket styrke.

Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen, styreleder i Hvite Ørn Norge
Jón Ágúst Einisson nestleder i styret for Hvite Ørn Norge

Se også vørt høringsvar til oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/213110-horing-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget/id2865789/?uid=f3f493c0-32ea-4d55-a22e-c7a47314e1ce>

16.12.2021

Referanser:

Høringsuttalelse Tvangslovutvalget NOU 2019: 14 av 13.12.2019: [https://www.hviteorn.no/wp-content/uploads/2020/07/Innspill til tvangslovutvalget NOU2019 14med tegning.pdf](https://www.hviteorn.no/wp-content/uploads/2020/07/Innspill_til_tvangslovutvalget_NOU2019_14med_tegning.pdf)

Klage til Legeforeningens Råd for Legeetikk av 03.05.2020

<https://www.hviteorn.no/wp-content/uploads/2020/07/Klage-til-raadet-for-legeetikk-004.pdf>

Svar fra Legeforeningens Råd for Legeetikk av 17.09.2020

<https://www.hviteorn.no/wp-content/uploads/2021/01/Radet-for-legeetikk-svar-av-28082020.pdf>

Hvite Ørns svar til Legeforeningens Råd for Legeetikk av 29.01.2021

<https://www.hviteorn.no/wp-content/uploads/2021/02/Tilsvar-av-29.01-2021-fra-hvite-orn-norge-Radet-for-Legeetikk.pdf>

Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350330/retrieve>

Health at a Glance 2019, OECD viser at Norge har den dødeligste psykiatrien av alle land i rapporten for bipolar lidelse og schizofreni.

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

Health at a Glance 2019, OECD, Figure 3.22. People whose health kept them from working full-time or limited their daily activities, 2016 <https://doi.org/10.1787/888934015220>

Harrows siste forskningsresultater som ble publisert i februar 2021 viser at de som slutter med psykofarmaka har seks ganger større sjanse for tilfriskning. Dette er uavhengig av diagnose.

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/twentyyear-effects-of-antipsychotics-in-schizophrenia-and-affective-psychotic-disorders/24EF3F7E45EED8487F54A729C75EFF0A>

SYSTEMATISK OVERSIKT Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/langtidsbehandling-antipsykotika-schizofrenispektrum-rapport-2018-v2.pdf>

Olsenutvalgets NOU 2010: 3

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>

Doktorgradsavhandlingen: The Differentiation of Psychosis and Spiritual Emergency av Monika Goretzki

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

Robert Whitaker. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America, Crown, April 13, 2010.

Robert Whitaker. Psychiatry Under The Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform, with Lisa Cosgrove, Palgrave Macmillan, April 23, 2015.

16.12.2021

Peter C. Gøtzsche. *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*. — Taylor & Francis, 2013.

Peter C. Gøtzsche. *Survival in an Overmedicated World: Look Up the Evidence Yourself*. — People's Press, 2019.