



Hørings svar til høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget 08.11.2021

Ref: 21/3110, høringsbrev av 06.07.2021.

Grunnsyn

Ethvert menneske har en iboende kraft.

Denne kraften kan overvinne selv store problemer.

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

Hvite Ørn Norge
Org.nr.: 993 278 319

Hvite Ørn har sammen med flere organisasjoner gått inn for at arbeidet med et felles tvangslovverk for helsesektoren må legges på is inntil CRPD er inkorporert i Menneskerettsloven.

Fra vår felles uttalelse med samarbeidende organisasjoner gjengir vi følgende: Høringsnotatet bærer preg av politiske føringer fra Granavolden-plattformen hvor regjeringen den 17. januar 2019 forpliktet seg til å «foreta revisjon av alle tvangshjemler, basert på anbefalingene fra Tvangslovutvalget». Tvangslovutvalget kom med sitt forslag ett halvår etter Granavolden-plattformen, og utvalget har i sin utredning ikke lagt CRPD til grunn for lovforslaget. Når det var politisk bestemt at en skulle bygge videre på forslaget, kan dette forklare hvorfor departementet relativt ukritisk bygger videre på Tvangslovutvalgets forslag. Hurdalsplattformen slår fast at FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal inkorporeres i norsk lov. CRPD artikkel 1, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 23 og 25 er sentrale for hvordan tvangsbruk i helsesektoren skal reguleres. En kommende inkorporering av CRPD vil gi føringer både med hensyn til fremtidig tvangslovgivning, utviklingen av beslutningsstøttesystemer og endringer i vergemålsloven.

CRPD legger til grunn den sosiale og rettighetsbaserte modellen i forståelsen av funksjonshemming. I motsetning til den medisinske modellen hvor funksjonshemming forstås som feil og mangler med individet, forstår den sosiale modellen samfunnets utforming som årsak. Tilsvarende vektlegging av den sosiale og rettighetsbaserte modellen finner vi i veilederen som Verdens Helseorganisasjon utga 9 juni i år om utforming av tilbud innen psykisk helse, Guidance on community mental health services (6), hvor man vektlegger en personsentrert og rettighetsbasert tilnærming. Veiledningen er en del av WHO's QualityRights initiativ, som har et omfattende materiale med konkret og praktisk veiledning om CRPDs betydning for psykiske helsetjenester, og hvordan man kan utvikle tjenester og rammeverk som er i tråd med CRPD. Forslaget til ny tvangslov bygger på den medisinske modellen og er derfor ikke egnet til å oppfylle rettighetene nedfelt i CRPD.

Det er nødvendig først å etablere rammene for fremtidig lovgivning på dette feltet før en går videre med en større lovreform. I fellesuttalelsen mener organisasjonene at de nye lovene må utvikles med utgangspunkt i CRPD, så vi kan få et lovverk godt rustet for fremtiden i tråd med menneskerettighetene. Vi mener tvangslovutvalgets utredning og departementets kommentarer til denne ikke er et godt nok utgangspunkt for å få gjennomført endringene som vil kreves for å inkorporere CRPD i det fremtidige lovverket. Vi står her overfor en revisjon av et lovverk som berører et stort antall mennesker, både klienter/pasienter og ansatte, og en rekke både statlige, kommunale, fylkeskommunale og private virksomheter. En lov som vedtas må også **praktiseres**, og det krever både opplæring, tilpasning og omstilling. Her har både statlige, kommunale, fylkeskommunale og private arbeidsgivere ansvar for å legge til rette for praktisering av en ny lov i nært samarbeid med ansattes og brukernes organisasjoner. En lov som vedtas uten hensyn til premissene som CRPD setter vil være foreldet før den er vedtatt, og det vil være demoraliserende og lite rasjonelt å sette i gang en omfattende og kostbar innføringsprosess av en lov som allerede er foreldet. Et annet hensyn som taler for utsettelse er at man i psykiatrien i økende grad har basert seg på bruken av tvang, og det vil kreve gjennomgripende omstilling i form av opplæring, systemendringer, tilrettelegging og fagutvikling for å kunne eliminere tvangsbruken i den grad som CRPD krever, og omstille psykiatrien i en mer human og helsefremmende retning.

Dette vil være et arbeid som krever både tid og ressurser, og et oppdatert og gjennomarbeidet lovverk vil være et nødvendig fundament å bygge dette omstillingsarbeidet på.

Etterlengtet veileder fra WHO

Veilederen fra WHO for det psykiske helsefeltet er et omfattende dokument som skal legge grunnlaget for et radikalt skifte i behandlingspraksisen til medlemslandene. WHO anbefaler at man går bort fra all tvangspraksis i psykiatrien, herunder tvangsmedisinering, og over til personsentrert og rettighetsbasert tilnærming i tråd med internasjonale menneskerettighetskonvensjoner og CRPD, med vekt på brukermedvirkning og fritt og informert samtykke. I WHO's veileder trekkes basal eksponeringsterapi (BET) frem som eksempel til etterfølgelse, sammen med de i stor grad medikamentfrie tilbudene som Åpen Dialog fra Finland, Sotera House i Bern og Heidelberg-sykehuset i Tysland, hvor de ikke lenger finner det nødvendig med bruk av tvang. Det er et naturlig krav fra oss som brukerorganisasjon at norske styresmakter bruker denne veilederen som et styringsdokument i arbeidet med å omstille norsk psykiatri til en mer hensiktsmessig, human og personsentrert psykiatri.

Et lovverk som ikke følges:

Et problem med dagens lovverk er at loven ikke følges. Innen psykiatrien gir dette seg både utslag i at folk utsettes for nedverdiggende behandling, bruk av torturlignende tvangsinnretninger og isolasjon på den ene siden, og manglende bruk av lovhemmeligheter som er myntet på samfunnsvern gjennom mangelfull behandling og hjelp til pasienter som opplever krevende og farlige, samt en uforsvarlig utskrivingspraksis av krevende og potensielt farlige pasienter. Før man vedtar en ny lov burde årsakene til at eksisterende lovverk ikke følges kartlegges. Denne problemstilling har departementet utelatt.

Eksempelene på lovbrudd er mange:

Nasjonalt tilsyn med rettsikkerheten til mennesker med utviklingshemning avdekket i 2005 ulovligheter i 77% av tilfellene. I 2006 ble det avdekket lovbrudd i 74% av tilfellene. Tilsvarende forhold ble avdekket ved tilsyn i 2016. Likestillings- og diskrimineringsombudets tilsyn med tvangsvedtak i Hedmark i 2016, avdekket at så godt som alle vedtakene var i strid med norsk lovverk og CRPD.

Sivilombudsmannens temarapport om skjerming i psykisk helsevern fra 2018 beskriver en praksis som oppleves som isolasjon og avstraffelse. På bakgrunn av rapportens funn har sivilombudsmannen valgt å gi anbefalinger for å bidra til å forebygge umenneskelig og nedverdiggende behandling. Når vil disse anbefalingene implementeres i norsk psykisk helsevern?

Marius Storvik har i sin doktorgradsavhandling fra 2017 avdekket store, systematiske brudd på menneskerettighetene i norsk psykiatri, og han konkluderte med at systemer som skal ivareta pasientenes rettigheter ikke fungerer. Det er store geografiske variasjoner i bruken av tvang, slik at noen steder kan man beviselig klare seg uten særlig bruk av tvang. Det er også et utviklingstrekk at de som fra før er flinke til å redusere tvang bruker mindre tvang, mens de som har gjort seg avhengig av tvangsbruk utøver stadig mer tvang.

Manglende domstolskontroll

En forklaring på de lovløse tilstander som her beskrives kan være manglende domstolskontroll. Innen psykiatrien er pasientenes adgang til rettslig prøving av tvangen de utsettes for sterkt begrenset, og i retten kan pasientene møte de psykiaterne som sterkest forfekter tvang som behandlingsideologi som sakkyndige. Det er disse sakkyndiges vurderinger og uttalelser som retten baserer sine avgjørelser på. Pasientene møter også den norske stat som motpart. Statens skarpskodde advokater har nær ubegrenset tilgang til ressurser og kan være mer opptatt av at staten ikke taper i retten, enn å sikre borgernes menneskerettigheter. Tap av slike saker der pasienten må dekke statens utgifter kan bety økonomisk ruin for pasienten. Det er også blitt vanlig praksis i psykiatrirettsaker å oppheve tvangsvedtak like før saken kommer opp i retten, slik at rettsapparatet ikke får innsyn i hva som foregår. Systemet er derfor rigget slik at kun de mest ressurssterke har råd til å bruke rettsapparatet. I disse tilfellene er det praktisk talt uten unntak slik at pasientene taper, eller at saken trekkes og forsvinner ut av rettssystemet.

Manglende ansvar for fagetikk innen Den Norske Legeforening

Norske leger og psykiatere forvalter behandlingsansvaret innen norsk psykiatri. Det er derfor av avgjørende betydning at Den Norske Legeforening er i stand til å opprettholde en akseptabel fagetisk standard i psykiatrien for å forvalte denne makt og ansvarsposisjonen. Hvite Ørn har i et 14 siders dokument datert 03.05-2020 klaget på den etiske standarden innen norsk psykiatri (vedlegg 2) og har i et tilsvarende av 17.09-2020 fått opplyst i et kortfattet brev at «Rådet for legeetikk har imidlertid hverken kompetanse, mandat eller kapasitet til å gjøre en generell vurdering av om norsk psykiatri lever opp til standarden i de Etiske regler for leger.» (vedlegg 3). Vi har i et svarbrev av 29.01-2021 (se vedlegg 4) konkludert med at det er i første rekke offentlige tilsynsmyndigheter, folkevalgte og domstoler som må rydde opp i ulovlige og uetiske tilstander innen norsk psykiatri. Vi må anta at denne likegyldigheten i forhold til fagetisk standard er en medvirkende årsak til at respekten for loven mangler, samtidig som lovbrudd ikke får noen konsekvenser for de som utøver ulovlig tvang.

Alarmerende tilstander innen norsk psykiatri

I internasjonal målestokk har norsk psykiatri ekstremt dårlige resultater. OECD rapporten Health at a Glance 2019 (5) viser at Norge har den dødeligste psykiatrien av alle OECD land både når det gjelder bipolar lidelse og schizofreni. Her ligger overdødeligheten på mellom 20 og 26 år for disse pasientene. Denne overdødeligheten må sees i sammenheng med at norsk psykiatri ligger i det internasjonale toppsikket både når det gjelder bruk av tvang med dertil hørende institusjonaliserte overgrep, og i bruk av antipsykotiske medikamenter. Denne OECD rapporten (7) viser også at Norge topper statistikken for hvor stor andel av mennesker med psykiske helseproblemer som er hemmede i sin daglige aktivitet og derfor heller ikke kan være i arbeid. Her er andelen arbeidsuføre psykisk syke i Norge 56.9%, mens gjennomsnittet for OECD landene er 43%. Forskingen til Martin Harrow og Erica Jääskeläinen viser at det er kun 5-6% sjanse for tilfriskning ved langvarig medikamentbruk. Harrows siste forskningsresultater, som ble publisert i februar 2021 (8), viser at de som slutter med psykofarmaka har seks ganger større sjanse til tilfriskning. Dette uavhengig av diagnose. Hans forskning er bare en av mange forskningsrapporter som viser at langvarig medisinerer er skadelig og kronifiserende. Hjerneforskning med MR viser at psykofarmaka og særlig antipsykotika, gir hjerneskadene og kognitiv svikt. Dette samsvarer også med det

våre medlemmer rapporterer. De beskriver at medikamenter gjør det vanskelig å konsentrere seg, tenke, huske, lese og gjør det helt umulig å jobbe eller studere. Medlemmer som klarer å slutte med medikamenter, eller gjennomgår psykoser uten medikamenter, rapporterer om tilfriskning og at de kommer tilbake til jobb og studier. Både Paulsrud utvalgets NOU 2011: 9 og Østenstad utvalgets NOU 2019: 14 har slått fast at bare 10- til 20% av psykotiske pasienter har nytte av antipsykotika. Det er heller ikke snakk om tilfriskning, men kun symptomdempende virkning.

I 1981 kom det en tilføyelse i loven for vilkårene for tvangsmedisinering. Bruken av tvang skulle kun brukes når det er overveiende sannsynlig at pasienten vil profittere på behandling med psykofarmaka. Dette vilkåret har antipsykotiske medikamenter aldri kunnet oppfylle, men det har ikke hindret psykiatrien fra å drive ulovlig tvangsmedisinering i 40 år med tragisk utfall for titusener av mennesker. Opprop fra det internasjonale juristforbundet og brukerorganisasjoner til Storting, helsemyndigheter og kontrollinstanser har hittil blitt ignorert.

Antatt samtykke

Prinsippet om antatt samtykke er ett av de få punktene hvor flertallet i tvangslovutvalget nærmet seg CRPD og kravet om beslutningsstøtte. Det er imidlertid et påfallende motsetningsforhold. Mens departementet i kap. 6.6 er opptatt av prinsippet om antatt samtykke for bl.a. å sikre at ingen tvinges til noe vedkommende ville vært imot, i perioder hvor vedkommende har beslutningskompetanse, blir tonen en helt annen når man kommer til kap. 6.11.6.5. om reservasjonsrett mot tvangsmedisinering med antipsykotiske medikamenter. Her stiller man strenge formkrav med krav om godkjenning av en tvangsbegrensningsnemnd og restriksjoner i forhold til hvilke medikamenter den enkelte kan reservere seg mot, og etter denne omstendelige prosessen er reservasjonen foreslått begrenset til 2-5 år. Dette til tross for at man vet at kun 10-20 % av pasientene har nytte av denne medisineren, og da kun som symptomlindring og ikke som behandling av sykdommen. Inntak av antipsykotiske medikamenter er svært belastende. Det fremkommer ikke hva det er som rettferdiggjør denne diskriminerende behandlingen av psykoserammede mennesker.

Tvangsmedisinering

Hvite Ørn har advart mot psykiatriens ensidige fokus på tvangsmedisinering som eneste behandling i psykiatrien. Tvangsmedisinering blir som en tvungen deltakelse i et lotteri, som intet lotteritilsyn ville kunne godkjenne. Her kan en til to av ti trekke en lotterigevinst i form av symptomlindring, i alle fall på kort sikt. For de resterende åtte-ni av ti pasienter vil situasjonen være den at de mottar medisinering som ikke hjelper. For noen av disse vil virkningen ikke være verre enn at de klarer å leve med den tilleggsbelastning som eventuelle virkninger og bivirkninger påfører dem. For den tredje gruppen vil virkningen og bivirkningene være såpass belastende at det i stor grad ødelegger alt som heter livskvalitet. Når denne gruppen utskrives til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, som innebærer tvangsmedisinering i eget hjem, får man et menneske som desperat søker motgift i form av eksessiv røyking og bruk av alkohol og narkotika. Kommunene får et ansvar for destruktiv tvangsmedisinering som gjør pasienten ute av stand til å nyttiggjøre seg noen

annen behandling, og hvor tilliten til behandlingsapparatet er borte. Folk som havner i denne onde sirkelen, oppgir at de mister kontakten med eget følelsesliv og egne normer og grenser. Vi må anta at denne behandlingen i noen tilfeller vil være egnet til å forvandle følsomme mennesker til avstumpede voldsutøvere. Problemet er at disse menneskene ikke får tilbud om noen annen behandling enn lovstridig tvangsmedisinering. Vi må anta at en stor del av mennesker med psykiske problemer som begår drap og voldshandlinger, enten har vært tvangsmedisinert med antipsykotika når udåden fant sted, eller tidligere vært utsatt for ulovlig tvangsmedisinering som eneste behandlingstilbud. Felles for alle som deltar i tvangsmedisineringens tvungne lotteri er at deres liv vil være avkortet med 20-26 år sammenlignet med resten av Norges befolkning. Med det omfang som ulovlig tvangsmedisinering har fått i Norge gjennom 40 år burde dette kvalifisere som forbrytelse mot menneskeheten.

Psykiatriens alternative virkelighet og orwellske nytale

I NRK programmet Debatten den 21 oktober 2021 som omhandlet tvang i psykiatrien, innledet psykiatriprofessor Tor Ketil Larsen sin deltakelse med å forklare Norges befolkning at psykotiske mennesker, i motsetning til somatiske pasienter, har manglende selvinnsikt og ikke ville la seg behandle, og derfor må de tvangsbehandles. Dette er en grovt misvisende karakteristikk av psykoserammede mennesker. Det er svært få som er psykotiske på heltid, og de fleste psykososer går over av seg selv, og det er vanligvis bare få dager at psykosen virkelig blomstrer. Psykoserammede mennesker kan gjerne være ressurssterke mennesker, som er opptatt av sin helse og opptatt av å søke tilfriskning for sin sykdom. Det fins også flere psykoserammede som tolker sin tilstand som en spirituell eller eksistensiell krise. Det er slik den verdensomfattende recovery-bevegelsen har blitt til, der søkende mennesker har lett etter andre svar enn de svar som darwinistisk materialistisk biokjemisk orientert psykiatri kan gi. Her har man sett at en psykosose med sitt symbolspråk kan være til hjelp ved forløsning av traumer på samme måte som drømmer er viktige for bearbeidelse av hverdagens opplevelser og inntrykk, og dermed viktig for å opprettholde en god psykisk helse. Uten tvang og medikamenter, vil det å gjennomleve og terapeutisk bearbeide psykosens symbolspråk for mange være veien til gjenvinnelse av psykisk helse, økt selvinnsikt og bedret livskvalitet. Dette står i kontrast til den forståelse som den biokjemisk orienterte psykiatrien står for, der man betrakter psykosose som en arvelig betinget kjemisk defekt i pasientenes hjerner som krever medikamentell feilretting. Selv om det nå er konsensus både i fagmiljøer og innen akademisk forskning, at teorien om kjemisk feil i folks hjerner som kan feilrettes med medikamenter ikke kan dokumenteres, får psykiatriens pasienter stadig vekk servert denne forklaringen, og psykiatriens tilbud til denne pasientgruppen blir stadig mer avgrenset til inntak av antipsykotiske medikamenter. Når det statistisk kan dokumenteres at norsk psykiatri er den mest helseskadelige, traumatiserende og livsavkortende psykiatriske behandling som finnes, er det naturlig at mange pasienter er skeptiske til en behandling som ensidig fokuserer på tvang med tilhørende institusjonaliserte overgrep og ukritisk bruk av psykofarmaka. Mange pasienter sliter også med traumatiske opplevelser fra tidligere tvangsinnleggelse.

Behandlingen som psykiatrien tilbyr denne pasientgruppen er i realiteten en frihetsberøvelse på ubestemt tid, uten lov og dom, der det som kalles behandling i realiteten er eksperimentell kjemisk manipulering, med usikkert utfall. Som oftest nøyer man seg heller ikke med bruk av ett preparat av gangen, og når man beveger seg inn i polyfarmasiens

verden er man fjernt fra alt som heter vitenskapelig dokumentasjon, for samvirkningen av flere preparater finnes hverken vitenskapelig studert eller dokumentert. Denne formen for kvakksalveri blir i psykiatriens orwellske nytale referert til som klinisk erfaring. Problemet med denne praksisen, og den forståelse som ligger bak, er at pasientene blir redusert til objekter med arvelig defekt hjerne, som medisinmannen utelukkende kan feilrette med kjemisk manipulasjon. Pasienten blir sålede henvist til den ytterste håpløshet og avmakt.

En annet eksempel på psykiatriens orwellske nytale er at man konsekvent henviser til psykiatriens eksperimentelle kjemiske påvirkning som behandling, og man omtaler de som ikke er underlagt dette kjemiske regimet som mennesker med ubehandlet psykose, selv om man vet at antipsykotiske medikamenter ikke helbreder noen sykdom, og bare unntaksvis hjelper pasienten med lindring av symptomene.

Normalisering av tvang og institusjonalisert vold, og konsekvensene av dette

Noe av problemet med å beskrive volden og overgrepene innenfor institusjonsmurene, er at moderne mennesker oppvokst i en rettstat ikke har noen referanserammer med den type undertrykkelse og avmakt som folk kan oppleve i psykiatrien. Tvangspsykiatriens ofre risikerer derfor at de verken blir forstått eller trodd. «Man tukter den man elsker» er et uttrykk som man som oftest forbinder med religiøs fanatisme, og vold i nære relasjoner. Voldsutøver benytter seg av en kombinasjon av psykisk og fysisk vold der det kreves at offeret aksepterer overgriperens definisjon av volden, og tolker overgrepene som en kjærlighetserklæring, og at offeret til overmål tvinges til å uttrykke sin takknemlighet. I psykiatriens orwellske nytale defineres institusjonalisert vold og overgrep, i form av isolasjon og andre torturlignende tiltak, som omsorg. Det hører til sjeldenhetene til at man innrømmer overdreven og urettmessig vold og tvang overfor pasienten. Pasienter som klager over vold og overgrep blir vanligvis møtt med en slags «vi tukter den vi elsker» tale, der det henvises til at volden og overgrepene var en nødvendig del av omsorgen for et sykt menneske uten sykdomsinnsikt. Pasienten får høre at volden utøves av snille, flinke og profesjonelle fagfolk som gjør en god jobb. Pasienten får gjerne også høre om alle de takknemlige pasientene som i ettertid har kommet og takket personalet for å bli ivaretatt gjennom tvang og vold. Elementer av en slik «vi tukter den vi elsker» tale kan man høre professor Tor Ketil Larsen fremføre overfor et av psykiatriens volds ofre i tidligere nevnte Debatten-programmet på NRK den 21. oktober 2021, i helseministerens nærvær.

En annen konsekvens av normalisering av tvang og vold innen psykiatrien er at man ignorerer hvilken belastning det er for psykiatriens ansatte å bli satt til å utøve institusjonalisert vold og overgrep. Her skorter det både på opplæring og ivaretagelse av personalet. Dette fører til at anstendige, følsomme og empatiske mennesker, som psykiatrien virkelig trenger, ikke orker å jobbe i dette fagfeltet over tid. Psykiaterforeningens leder melder også om sviktende rekruttering til psykiaterutdanningen. Arbeid som i stor grad er avgrenset til kjemisk symptombehandling under tvang, synes ikke å tiltale yngre generasjoner av leger. Psykiatrifaget burde i utgangspunktet bestå av det ypperste av menneskekunnskap som er tilgjengelig. Det er derfor beklagelig at den dominerende biokjemiske orienteringen er i ferd med å ødelegge rekrutteringen til faget. De få steder som driver medikamentfri behandling melder om god tilgang på fagfolk.

Overdødeligheten i psykiatrien og den brutale virkelighet

Det har nylig utkommet en studie fra Bergen ledet av Maria Fagerbakke Strømme. Det er en 10 års oppfølgingsstudie av pasienter med schizofreni-diagnose som omhandler dødsrisiko. Tabell 2 i undersøkelsen viser at i oppfølgingsperioden døde 9,8% av pasientene til sammen 68 pasienter. Gjennomsnittlig levealder var 51,3 år!! Av disse 68 dødsfallene ble 40 regnet som naturlige. Disse «naturlige» dødsfallene fordeler seg på hjerte og kar sykdommer 18, lungesykdommer 9, kreft 7 og andre 6. Det er for det første ikke naturlig at en gruppe mennesker har en gjennomsnittlig levealder på 51,3 år, og schizofreni er ingen hjerte eller lungesykdom. Det har lenge vært hevdet, at særlig nyere generasjoner av antipsykotika disponerer for overvekt og hjerte- og karsykdommer. Lungesykdom og kreft er det naturlig å se i sammenheng med eksessiv røyking, særlig for de som er henvist til å bruke røyk som motgift mot det ubehag som de bli påført gjennom bruk av antipsykotiske medikamenter. Ser man på de 26 unaturlige dødsfallene topper forgiftning i forbindelse med ulykke statistikken, med 13 dødsfall eller 19,1% av alle dødsfallene. Her forekommer det at selvmedisinering med alkohol og narkotiske stoffer, kombinert med antipsykotisk medisinering tar livet av nesten hver 5. pasient. Ser man dette i sammenheng med at i to av dødsfallene er oppgitt ukjent dødsårsak, blir ikke saken bedre. Dette er en vanlig forekommende dødsårsak i psykiatrien, og betyr vanligvis at det er grunn til å tro at pasienten er blitt medisinert i hjel. I så fall er problemet enda mer alvorlig. Nest etter forgiftning kommer selvmord, med 9 tilfeller eller 13,2% av dødsfallene. Det sier noe om den håpløshet og avmakt disse pasientene opplever. Det er heller ikke oppmuntrende at 4 av dødsfallene eller 5.9% skyldes ulykker, og det er grunn til å anta at sløvsinn forårsaket av en cocktail av antipsykotiske medisiner kombinert med selvmedisinering med alkohol og narkotika kan være en medvirkende årsak til dette høye tallet. Samlet vitner disse tallene om menneskelige lidelser og vanhelse av uforståelige og uakseptable proporsjoner, som i stor utstrekning kan knyttes til uvirksom behandling og uetisk og uforsvarlig tvangsmedisinering.

Behov for granskning og ettertanke

Når norsk psykiatri nå har inntatt sin plass som den mest dødbringende og minst effektive psykiatrien i hele OECD området, og sannsynligvis i hele verden, er det behov for granskning og ettertanke. Hvilke farer kan et darwinistisk og materialistisk menneskesyn representere for borgernes menneskerettigheter og rettsikkerhet? Hvordan har det blitt mulig at et slikt menneskesyn har kunnet dominere, ikke bare psykiaterfaget, psykiatrien og helsetjenesten, men også domstolene, samfunnets kontrollinstanser, offentlig administrasjon og i politikken og media i en slik grad at ingen av disse instanser har vært i stand til å verne titusener av borgere mot skadelig og lovstridig tvangsmedisinering, og institusjonalisert tvang og overgrep? Hva er det som gjør at folk i faglige autoritetsposisjoner har kunnet skade sine medmennesker gjennom lovbrudd og brudd på menneskerettighetene uten at samfunnets institusjoner og Norge som rettstat har kunnet verne landets innbyggere mot slike overgrep? Det er i denne sammenheng verdt å minne om at statsmaktens fremste plikt er å beskytte landets borgere, og at presse og media som den fjerde statsmakt ifølge Vær Varsom-plakaten har en samfunnsrolle hvor det i pkt.1.5. står: «Det er pressens oppgave å beskytte enkeltmennesker og grupper mot overgrep eller forsømmelse fra offentlige myndigheter og institusjoner, private foretak eller andre». Utallige er eksemplene på at pressen og media forsømmer sin rolle som den fjerde statsmakt.

For at Norge skal kunne kalles et demokrati i fremtiden er det avgjørende at Storting og regjering tar det overordnede ansvar de skal ha, og sørger for at de lover som blir vedtatt blir fulgt, og når det ikke skjer, må det få konsekvenser for lovbryterne.

For landsstyret i Hvite Ørn

Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen (sign)
Styreleder

Jón Ágúst Einisson (sign)
Nestleder

08.11.2021

Lenker til vedlegg og referanser:

1. 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
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350330/retrieve>
6. 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
7. 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>
8. 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>