

# SØKERLYSET

31. årgang - nr. 40 - Juni 2018

- et kritisk blikk på psykiatrien

**METTE ELLINGSDALEN**

**WSOs arbeid for menneskerettigheter**

**MAJA THUNE**

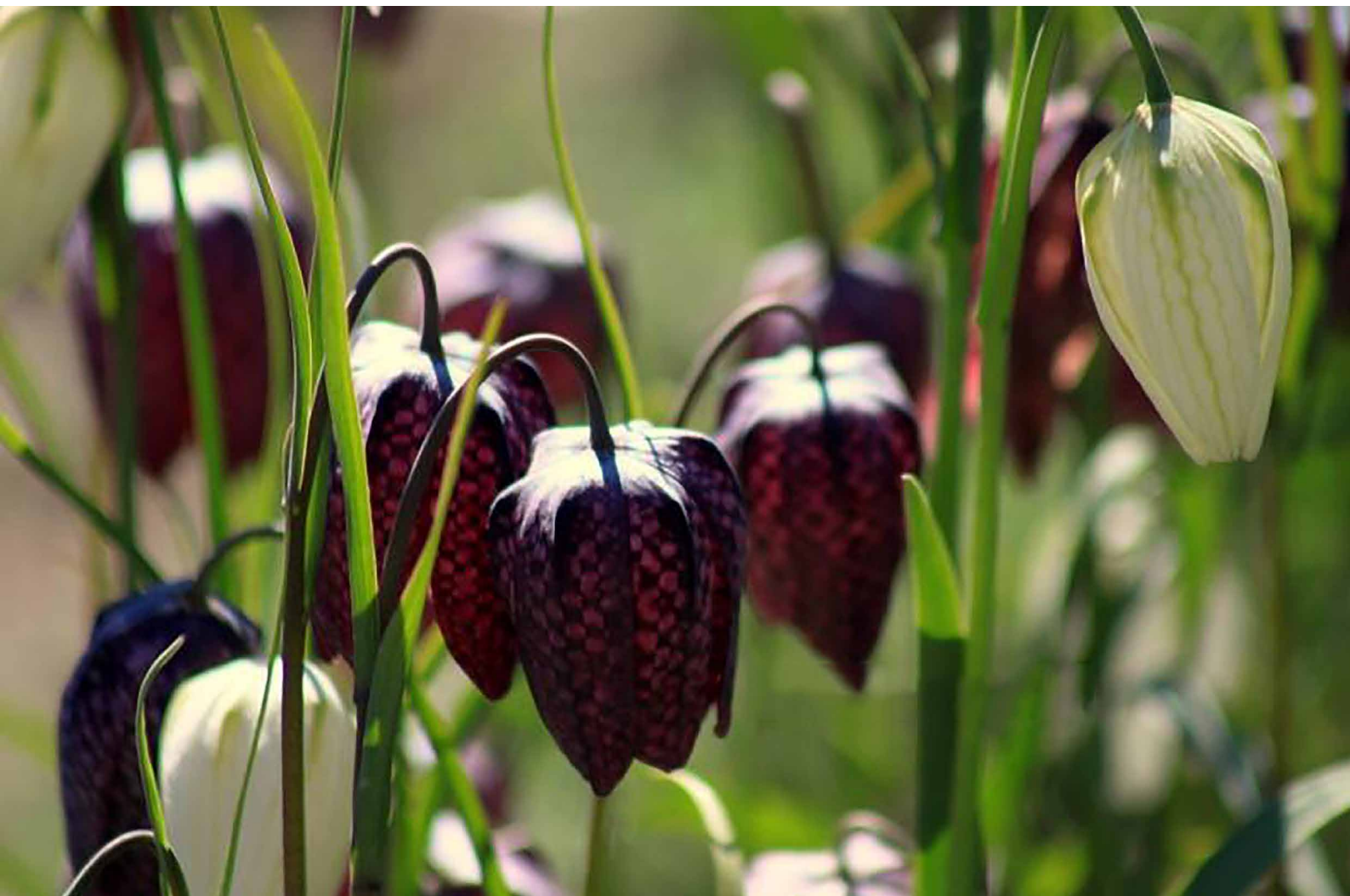
**Fra isolasjon til relasjon**

**GUNN HELEN KRISTIANSEN**

**Vi trenger en ny forklaringsmodell**

**BJØRG NJAA**

**Fellesaksjonen for medisinfrie  
behandlingsforløp**



**UTGIVER:**

WSO - Landsforeningen We Shall Overcome

**ADRESSE:**

Søkelyset  
C/O WSO - We Shall Overcome  
Møllergata 12  
0179 Oslo

sokelyset@wso.no

**ANSVARLIG REDAKTØR:**

Joar Tranøy

**I REDAKSJONEN:**

May-Sylvi Nilsen  
Dag Erik Tinghaug  
Grete Johnsen

**WSO-SIDEN:**

Håkon Rian Ueland

**FOTO:**

May-Sylvi Nilsen

**LAYOUT:**

LFP Design, Lise Faye-Petersen

**ABONNEMENT:**

Kr 120,- for 4 nummer (privatpersoner)  
Kr 120,- for 2 nummer (for institusjoner)  
Gratis for medlemmer i WSO

**LØSSALG:**

Kr 40,-

**ANNONSER:**

Modul 60 x 43 mm  
Og fra 1/18 side til 1/1 side  
Tlf. 22 41 35 90 / post@wso.no

**ABONNEMENTSKONTO:**

Kontonummer: 6242 05 24639

Ettertrykk tillatt og ønskelig ved kildeopplysning.  
Tillatelse må innhentes ved bruk av artikler  
skrevet av andre enn søkelysets medarbeidere.

Trykket hos Bedriftstrykkeriet AS

## Alternativ til tvang, sykeliggjøring og undertrykkelse

Dette nummer av «Søkelyset» inneholder «klassiske» kampsaker. Kort sagt dreier det seg om paradigmeskifte – alternativer til psykiatriens sykdomsmodell, medisiner, tvang og vold.

Reportasjen om «Rosestua» synes å være et godt fristed og et friskt pust fra all slags behandling og sykeliggjøring.

Det er på sin plass å sitere psykolog Reidun Uelands kloke ord om psykiatriens menneskesyn og regime: «Psykiaterne produserer stadig nye teorier, nye sykdommer og nye medisiner og utvider stadig vekk referanseområdet. At folk tror på dette er i utgangspunktet et godt eksempel på psykiatriens makt. Historien har fortalt oss at psykiatrien stort sett har vært på ville veier – bare tenk på kalde bad, lobotomering og LSD-behandling. Hva disse teoriene har bidratt med når det gjelder ødeleggelse av mennesker burde alle som har et faglig og administrativt ansvar for å skulle forandre psykiatrien kjenne til, ellers vil jeg påstå at de slett ikke bør ha noe å gjøre med eventuelle retningslinjer for behandling av utsatte mennesker. Kjenner de ikke psykiatriens historie og medisinenes ødeleggende virkninger, så er de ikke meningsberettiget.»

*Joar Tranøy*



We Shall Overcome - WSO er utgiver av Søkelyset. Søkelyset ønsker å ha en bred og åpen profil der mange forskjellige stemmer og erfaringer får et talerør.

Alt innhold i dette bladet er derfor ikke nødvendigvis samsvarende med WSOs eller redaksjonens personlige synspunkter.

## Rådet

*Hvis du synes  
at tiden  
går fort  
Da skal du  
snakke sent  
og gå  
langsomt....  
He, he, he*

- Trond Worren -

### Presentasjon av Trond Worren.

Trond Worren er kristen misjonær, tigger og støttekontakt. Han er forfatter og redaktør og har utgitt fem diktsamlinger.

Trond Worren har arbeidet som journalist i Aftenpostens innenriks- og kulturredaksjon. Han har blant annet publisert i Aftenposten, Antirasisten, Gatas Parlament og avisa Tromsø.

Worren er utdannet cand.mag og har studert to år på Journalisthøgskolen i Oslo

## Innhold

- 4 WSOs arbeid for Menneskerettigheter
- 8 Psykisk helsefeltet må endrast radikalt!
- 10 Amaliedagene 2018
- 11 Elektrosjokk og tvang
- 12 Fra isolasjon til relasjon
- 13 Kjærlighet som medisin
- 14 Spørsmålet er ikke hva er galt med deg, men heller, hva galt har hendt med deg?
- 16 Skape helvete i himmelen
- 16 Minneord om Reidun Ueland
- 18 Om tvang i psykiatrien
- 22 Vi trenger en ny forklaringsmodell for psykiske lidelser
- 24 Rosestua
- 26 Referat fra ROP-dagen 2018 – Et ROP om bedre helse!
- 28 Tanker etter Kontrollkommissjonskonferansen 2017
- 29 Skjerming virker noen ganger mot sin hensikt
- 30 Til ettertanke?
- 31 Ung «veteran» i WSO
- 31 Revolusjonerende behandlingsmetode kan utrydde schizofreni
- 32 Psykiske- og stoffskiftesykdommer har mange av de samme symptomene!
- 34 WSO-SIDEN · Lederen har ordet!
- 35 Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp
- 40 Til debatt
- 42 Anbefalte bøker og hvor de kan kjøpes



# WSOs arbeid for Menneske

## – på vei mot rettigheter på lik linje mot andre

**Denne artikkelen omhandler to begivenheter i FN denne våren, hvor den ene var veldig inspirerende og håpefull og den andre en sterk påminnelse om hvor langt unna vi er oppfyllelse av våre menneskerettigheter.**

### **Torturkomiteen henger etter**

23.-25. april ble Norge eksaminert i Torturkomiteen, og WSO leverte parallellrapport og reiste også til Geneve for å følge opp vår sak under høringen.

At mennesker som har opplevd tvang, tvangsmedisinering og beltelegging i psykiatrien beskriver det som tortur og mishandling har vært kjent lenge. Mange av WSOs medlemmer har delt sine erfaringer og historier, noen offentlig og andre innen organisasjonen.

### **En norsk overlever som er sitert i rapporten vår beskriver det sånn;**

*«Det er som om ni år av livet mitt er forsvunnet. Det er veldig traumatisk. Jeg skulle ønske jeg kunne undertrykke det og gå videre. Men det noen andre har tatt kontroll over livet mitt. Jeg elsker frihet og uavhengighet. Nå befinner jeg meg i en situasjon hvor jeg er totalt avhengig av velferdssystemet, med en konstant trussel om tvang hengende over meg. Ett pennestrøk, og jeg er fratatt friheten og tvunget til å ta psykotropiske medikamenter. Jeg kan ikke leve sånn lenger. Det er tortur.»*



# rettigheter

Rapporten, som er skrevet av Hege Orefellen og Mette Ellingsdalen, er ganske omfattende og tar blant annet opp diskriminering, frihetsberøvelse, tvangsmedisinering og tvangselektrosjokk, og bruk av tvangsmidler (beltelegging og isolasjon/skjerming) i psykisk helsevern.

I selve høringen i FN deltok Liv Skree og Mette Ellingsdalen for WSO. I tillegg til å delta og holde innlegg i et felles møte med komiteen hadde vi enkeltmøter med tre av komitemedlemmene samt at vi benyttet pausene til å forklare og fremme vår sak. Det var tre intense dager, hvor alle anledninger ble benyttet til å påvirke så godt vi kunne. Det å representere «oss selv» ikke bare «noen andre», som vi gjør siden vi har blitt utsatt for disse overgrepene selv, er både bra og utfordrende. Det gir oss en styrke, og stor motivasjon for å bli hørt, men det er også sårbart og utmattende når vi ikke blir lyttet til eller forstått.

Men det vi vet er at våre stemmer representerer mange som ikke har mulighet til å reise til FN, mange som i dag sitter innesperret, på skjerming, tvangsmedisi-

◀ *Tre menneskerettighetsforkjempere foran FN-bygget. Fra høyre; Olga Runciman fra Danmark, Mette E. og Jolijn Santegoeds fra Nederland.*

ner, beltelagt, utsatt for elektrosjokk uten fritt og informert samtykke, dømt som ikke kompetente og fratatt grunnleggende rettigheter til frihet og selvbestemmelse. Og er det noen som burde lytte til oss så er det torturkomiteen!

En av de store utfordringene er at tortur og mishandling ikke gjenkjennes når det skjer innenfor en kontekst av behandling og med intensjon om «hjelp» som i psykisk helsevern. FNs spesialrapportør for tortur Nils Melzer uttalte nylig «We have to recognize and reframe violence and abuse perpetrated against people with disabilities as torture and other cruel, degrading, inhumane treatment and punishment.»

## **I vårt muntlige innlegg til torturkomiteen sa vi det på denne måten;**

*Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse opplever diskriminering, stigma og marginalisering. Vi er utsatt for psykiske og fysiske overgrep i psykisk helsevern, hvor vi har en særskilt risiko for mishandling gjennomført ved psykiatriske tvangsinngrep. Diskrimineringen inkluderer frihetsberøvelse basert på antatt funksjonsnedsettelse, at vår vilje og våre ønsker blir vurdert som «ikke kompetent», og at mishandling blir maskert som behandling.*

*Vi er utsatt for en hel rekke voldelige praksiser innenfor helsesystemet, som tvangselektrosjokk, tvangsmedisinering, beltelegging og isolasjon/skjerming. Dette fører til alvorlige traumer for den som utsettes for det, uten at disse traumene og skadene anerkjennes fordi det er utført som behandling.*

*... Vi ber komiteen om å gi Norge en klar anbefaling om å forby bruken av tvangselektrosjokk og tvangsmedisinering, som allerede er anerkjent som en form for tortur og mishandling, blant andre av FNs spesialrapportør for tortur.*

## **Utvikling på hjemmebane**

WSO rapporterte og reiste ned til torturkomiteen første gang i 2012, og da skrev vi om mye av det samme som i år, siden det ikke har endret seg stort. Vi rapporterte at elektrosjokk ble gitt ved tvang i Norge, med begrunnelse i «nødrett», og også at det som defineres som elektrosjokk med samtykke ofte skjer under sterkt press eller i en tvangssituasjon og uten riktig informasjon om risiko for skade. Vi var de eneste fra sivil samfunn som sa noe om dette, og torturkomiteen fulgte det ikke opp på andre måter enn å be om bedre statistikk på elektrosjokk.

Vi ble derimot hørt av komiteen for Økonomiske, Sosi-



Mette Ellingsdalen holder et innlegg om medisinfrie tilbud hos FNs høykommisær for menneskerettigheter.

ale og Kulturelle rettigheter (ØSK) da WSO rapporterte til dem i 2013, og Norge fikk da en sterk anbefaling om at «bruk av tvangsmidler og tvungen bruk av inngripende og irreversible former for behandling, som neuroleptika og elektroshjokkbehandling (ECT), forbyes ved lov.»

Etter det har vi jobbet hardt på «hjemmebane» for å få dette opp på bordet. Vi har tatt det opp bla. i forbindelse med arbeidet med retningslinjene for bruk av ECT som Helsedirektoratet har gitt ut, og i andre møter, foredrag og innspill.

WSO har sittet i et rådgivende utvalg i Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur (NPM) siden den ble opprettet i 2014, og noe av det første vi spilte inn og fulgte opp der var at de måtte se på tvangselektrosjokk, og også tvangsmedisinering. Det har de gjort, og deres dokumentasjon om bruken av elektroshjokk på nødrett viser at det er mer utbredt enn tidligere antatt, at begrunnelsene for nødrett er svært dårlige og at samtykke forekommer under press, helt i tråd med det WSO har sagt. Også VG har hatt sak om tvangselektrosjokk, og avslørte at minst 40 mennesker har fått minst 166 tvangselektrosjokk de siste tre årene (dette tallet er et minimum og sannsynligvis for lavt). Helseminister Bent Høie uttalte at dette er for mange, og at «man må se på saken», noe tvangslovutvalget skal gjøre.

Til høringen i 2018 var tvangselektrosjokk med i alle rapportene fra sivilt samfunn; NGO-forum (hvor bla. Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg er med), Sivilombudsmannens Forebyggingsmekanisme mot

tortur (NPM), Nasjonal Institusjon for menneskerettigheter (NIM) og selvfølgelig WSO. Det var sterkt fokus på det i høringen og komiteemedlemmene stilte gode spørsmål til Norge, så vi trodde at denne gangen lykkes vi i å få torturkomiteen til å forstå alvorret.

Skuffelsen var derfor stor da vi fikk de konkluderende anbefalingene. De var lange og detaljerte, mer omfattende enn tidligere, men åpnet for noe så utrolig at Norge kan gjøre tvangselektrosjokk lovlig for å få «bedre rettsikkerhet». Torturkomiteen henger fortsatt igjen i en forståelse av rettsikkerhet som handler om klagerett, og ikke om beskyttelse i loven mot overgrep. Dette gjelder både diskriminerende frihetsberøvelse, tvangsmedisinering og tvangselektrosjokk, som ifølge dem kan brukes «som siste utvei, når det er helt nødvendig, under strenge rettsikkerhetsgarantier». Vi vet, og har fortalt det til torturkomiteen som burde vite, at en liten åpning i psykiatriens praksis blir det samme som en motorvei. Selv om de har lagt til «hvis det skal brukes overhodet» og at Norge bør «vurdere å forby ikkereversible behandlinger som tvangselektrosjokk», følger de ikke opp standarden som CRPD (konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter) har satt; Rettigheter på lik linje med andre og forbud mot tvangsbehandling i psykiatrien.

Og CRPD-komiteen står langt fra alene om denne standarden, FNs høykommisær for menneskerettigheter bekreftet dette bare tre uker etter høringen i torturkomiteen, samtidig som torturkomiteen satt og skrev ferdig de utdaterte anbefalingene...

## Mental-Health consultation hos FNs-høykommissær for menneskerettigheter

### – Paradigmeskiftet skjer

Denne todagers konsultasjonen med tittel «Identifying strategies to promote human rights in mental health» som foregikk 14.-15. mai, fortalte heldigvis en annen historie enn tortur-komiteen.

FNs høykommissær for menneskerettigheter åpnet med et klart innlegg om en ny forståelse og en psykososial, rettighetsbasert modell med opphør av tvang og støtte gitt etter fritt og informert samtykke.

Det var fire med egenerfaring som snakket i panelene samt tre som snakket fra salen, fra Asia, Afrika og Europa. Det samlede budskapet var klart og tydelig; Menneskerettighetene til mennesker med psykososiale funksjonshindringer handler ikke om psykisk helsevern men om full inkludering i samfunnet og støtte på egne premisser. Vi har rett til selvbestemmelse, psykiatrisk tvang må opphøre ikke reduseres eller humaniseres og lover som hindrer eller reduserer våre fulle menneskerettigheter må forkastes.

WSO var der for å holde et kort innlegg fra salen om medisinfrie tilbud. Det er stor interesse for denne modellen internasjonalt, det pøses på med psykofarmaka og tvangsmedisinering er et stort problem i svært mange land. Vi fortalte om det som var bra; at det er en anerkjennelse av at mennesker ikke automatisk mister all selvbestemmelse og autonomi selv om man diagnostiseres med psykose, at det finnes andre og bedre måter og hjelpe mennesker på, at medisinfrie tilbud er med å endre debatten om psykofarmaka her hjemme og at myndighetene hørte på brukerorganisasjonene og ikke fagfeltet i denne saken. Men også det som ikke er bra ble nevnt; at det ikke er tilgjengelig for alle, og spesielt ikke for de som er tvangsmedisinert, at du må ha behandler «med på laget» for å bli henvist dit, og at det sånn sett ikke er et fritt valg, og at kvaliteten på tilbudet varierer.

*«Det er ikke mulig å utvikle en fullt ut menneskerettighetsbasert praksis innenfor et system og et lovverk som ikke følger menneskerettslige standarder. Hvis dette gode initiativet blir stående alene, uten å bli fulgt av rettigheter til ikkediskriminering, respekt for autonomi, selvbestemmelse og rettslig handleevne på lik linje med andre, og som en konsekvens av dette opphør av tvangsbehandling, vil det ikke bli mer enn et bedre tilbud til de som får mulighet til å velge.»*

Sitat fra innlegget.

Alle innlegg var ikke like gode og tydelige, og det var en del nøling når det gjaldt å ta steget fullt ut fra «bedre, mer humane hjelpetilbud» til «rettigheter på lik linje med

andre og fullt opphør av psykiatrisk tvang».

Men det samlede inntrykket var et av håp, og som Høykommissæren sa i sitt åpningsinnlegg; disse to dagene viser at selvfølgelig er endring mulig, og det skjer nå!

Visehøykommissær Kate Gilmore holdt en knallsterk og rørende avslutningstale som ga undertegnede tårer i øynene, hvor hun slo fast at dagens situasjon er uholdbar og at de som har erfart overgrepene har en ledeposisjon i de endringene som må skje.

*«And over this few days, I am afraid history has taught us once again, how our deepest accountability must be to those who has suffered most, as a consequence of both the intentional and collateral toxic outcome of mental health laws, policies and practices, that have deviated from the intention; that we are all without exception, in all circumstances entitled to our innate and inviolable rights, to be upheld, to be respected, to be fulfilled.*

*It is to those people, those human right defenders as indeed they are, it is to them that we must be most accountable.*

*Our work moving forward must be held accountable to their perspective, their views, and to their experience.»*

Før dette snakket hun om at historien har vist at vi ikke kan være avhengige av eksperter, som ofte er en del av problemet. Det har har alltid, uten unntak, vært de som har vært fratatt sine rettigheter, de forstyrrende og modige aktivistene, som med visjon har kjempet frem endring og fremgang.

Dette er noe vi kan ta til oss! Ikke bare vi som var tilstede men alle som på hver sitt vis er med å «forstyrre» ekspertveldet og makten, og som kjemper for våre rettigheter. Vi er mange, med et mangfold av strategier og erfaringer, som med rette kan kalle oss menneskerettighets- forkjempere. Og det er våre stemmer som vil tvinge frem endring.

### Mette Ellingsdalen

#### Mer informasjon, på engelsk:

WSOs rapport til torturkomiteen og de muntlige innleggene vi holdt kan du finne på [www.wso.no](http://www.wso.no) under WSOs arbeid/Menneskerettigheter. Der finnes også video fra Mental Health Consultation, hvor blant annet hele talen til visekommissæren kan høres.



# Psykisk helsefeltet må endrast radikalt!

*I 2017 kom FNs spesialrapportør på helserett, Dr. Dainius Pūras, med rapporten til Menneskerettighetsrådet. Det etterlyst radikale endringar i behandlinga i psykisk helsefeltet. Dagens praksis, med biomedisinsk tenking og overdriven bruk av psykofarmaka, er mislykka.*

*Dei tre største hindera for reform er: (1) den dominerande biomedisinske tilnærminga, (2) maktubalansar; legen bestemmer einsidig kva behandling som er best for mennesket som søker hjelp, og (3) feil og manglar, både i kunnskapsgrunnlag og forskning, med tette band til legemiddelindustrien.*

*Det må til eit skifte, til ei meir heilskapleg, human tilnærming, der det blir sett til andre stadar i verda: der mennesket kan bli og blir friske, sjølv av dei mest alvorlege psykiske helsetilstandane, og kan leve sitt liv rikt og til det fulle deretter.*

*Ein pårørande*

\*\*\*

**Les Justin Karter (skribent, forskar) sin kronikk om FN-rapporten på Mad in America:**

Karter J (June 9, 2017). United Nations Report Calls for Revolution in Mental Health Care, <https://www.madinamerica.com/2017/06/united-nations-report-calls-revolution-mental-health-care/>



Les FN's pressemelding (norsk oversettelse) her:

## Verden trenger «revolusjon» i psykiske helsefeltet – i følge FN-ekspert i rettigheter

Genève (6. juni 2017) – FNs spesialrapportør innen rett til helse, Dainius Pūras, har etterlyst en verdensomspennende endring i psykisk helsefeltet, og har manet FN-statene og psykiatere til å reformere det kriseramme systemet, som er bygd på utdaterte holdninger.

«Vi trenger intet mindre enn en revolusjon i psykiske helsefeltet for å få slutt på årtier med forsømmelse, misbruk og vold,» sa Pūras etter å ha presentert sin siste rapport til FNs Menneskerettighetsråd i Genève.

«Psykisk helse er grovt forsømt i helsevesenet rundt om i verden. Der psykisk helsesystem eksisterer, er de adskilt fra annen helseomsorg, og basert på utdatert praksis som bryter menneskerettighetene.

«Jeg oppfordrer medlemsstatene til å bevege seg bort fra tradisjonell tenkning og praksis, og gjøre et høyst forsinket skifte til en rettighetsbasert tilnærming mulig. Status quo er simpelthen uakseptabel.»

Han la til: «Psykiske helsepolitikk og tjenester er i krise – ikke kriser av «kjemiske ubalanser», men av makt-ubalanser. Vi trenger uredde politiske forpliktelser, umiddelbare politiske reaksjoner og korrigerende tiltak.»

Mr. Pūras sa at det var et «stort, umettet» behov for rettighetsbasert omsorg og støtte. Framgang hindres av dagens makt-ubalanser i politikktutforming, tjenesteyting, medisinsk utdanning og forskning. Andre store barrierer er den dominerende biomedisinske modellen, med sin overdrevne tro på – og avhengighet av medikamenter, samt den «fordreide» bruken av fakta som tåkelegger kunnskapen om psykisk helse.

«Det finnes nå utvetydig dokumentasjon og bevis på et mislykket system som i for stor grad støtter seg på den biomedisinske modellen i psykiske helsetjenester, og den økende bruken av psykofarmaka, og likevel består disse modellene,» sa Mr. Pūras

«Dette mønsteret eksisterer i alle land uavhengig av nasjonal inntekt. Politisk vises stor svikt i det å integrere kunnskap og stemmene til de som er mest berørt. Det er fravær av respekt, av beskyttelse, av retten til helse.»

I rapporten advarer Pūras om at beslutningstaking og makt innenfor psykisk helsefeltet ses konsentrert hos de «biomedisinske voktere», særlig hos representanter for biologisk psykiatri.

De er støttet av den farmasøytiske industrien, og opprettholder sin makt via to myter: At folk som opplever psykiske problemer og får «psykiatriske diagnoser» er farlige, og at troen på en biomedisinsk behandling er medisinsk nødvendig i de fleste tilfeller.

«Disse mytene, og praksisen med tvang som fortsatt er utbredt i psykiske helsesystemer i dag, fører til stigma og diskriminering» understreket Pūras, som etterlyser et paradigmeskifte, for å sikre forpliktelse og oppfylging av

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

«Det er nå ytterst viktig å finne årsakene til fiaskoen og risse opp veien videre, og oppnå enighet om den beste måten å gjøre dette på,» sa han.

«Nye måter å tenke på må gjennomsyre offentlige sektor, og psykisk helse må integreres inn i den helhetlige offentlige politikken. Vi trenger uredde handlinger fra de med makt, særlig de innenfor den psykiatriske profesjonen og lederskapet deres,» sa ekspertene.

«Det at legen skal bestemme hva som er best for individet som søker hjelp, må vike plass for deltakende, psykososial omsorg og støtte i samfunnet. Kostnads- effektive og inkluderende alternativer som har vellykkede resultater eksisterer og blir brukt ulike steder i verden i dag – de må bare anvendes i større målestokk og vedlikeholdes.»

Pūras understreket at psykososial lidelse alltid vil være del av det å være menneske i livskrise.

Spesialrapportøren til FN er uavhengig ekspert, utnevnt av FNs Menneskerettighetsråd for å hjelpe medlemsstatene og andre, til å fremme og beskytte retten til den høyeste oppnåelige standard på helse (retten til helse). Dainius Pūras (Litauen) er lege, professor, og leder for Senter for barnepsykiatri og sosial pediatri ved Vilnius Universitetet, og har betydelig ekspertise innenfor psykisk helse, barnehelse og folkehelsepolitikk. Han underviser på det medisinske fakultet, Institutt for internasjonale forbindelser og statsvitenskap, og det filosofiske fakultet, ved Vilnius Universitetet i Litauen.

Spesialrapportørene er en del av det som er kjent som spesialprosedyrene til Menneskerettighetsrådet. Spesialprosedyrene, brorparten av de uavhengige ekspertene i FNs menneskerettighetssystem, er det generelle navnet på rådets uavhengige organ som sjekker fakta og overvåker systemer som retter seg mot enten et spesifikt lands situasjon eller tematiske områder i alle deler av verden. Spesialprosedyrenes eksperter jobber på frivillig basis; de er ikke en del av FN-staben og mottar ikke lønn for arbeidet. De er uavhengig av alle regjeringer eller organisasjoner, og arbeider som enkeltpersoner.

For ytterligere informasjon eller henvendelser fra media, vennligst kontakt Dolores Infante-Cañibano (+41 22 917 9768 / dinfante@ohchr.org)

*Jeg er ikke psykisk syk.  
Var det ikke, har aldri vært det,  
kommer aldri til å bli det.  
Jeg har hatt naturlige reaksjoner  
på alvorlige traumer.  
Det er krenkende  
å stemple mine reaksjoner som sykdom.  
Vi bruker altfor mye tid til å snakke om sykdom  
og om hva som foregår i menneskers hjerne.  
Og vi snakker ikke nok  
om det som foregår i menneskers liv.*

- Jacqui Dillon -

## VELKOMMEN TIL AMALIEDAGENE 2018

Amaliedagene ble startet i 1999, og målet var å flette sammen sosiale, kulturelle, faglige og politiske aspekter for å framskynde en bedre forståelse av psykisk helse. Nå har arrangementet gradvis vokst seg større; det har utviklet seg fra brukerfestival til en brukerstyrt konferanse, en møteplass der fagfolk og brukere møtes som mennesker, noe som gir grobunn for et inspirerende og nytenkende miljø. Amaliedagene baseres på frivillig arbeid og strekker seg over fire dager. Alle arrangementer er åpne og gratis for alle

### **I år skal vi møtes her:**

Søndag 19. august: Ris kirke: gudstjeneste, kirkekaffe og minnemarkering ved «Skammens Grav»  
Mandag 20. august: Fritt Ords lokaler: fagdag  
Tirsdag 21. august: Tøyenkirken: temadag om traumehjelp  
Onsdag 22. august: Grefsen Velhus: avslutningsdag med filmvisning

**Programmet er hovedsakelig på plass. Temaene for årets Amaliedager vil blant annet være traumehjelp, brukermedvirkning, menneskerettigheter, recovery og alternativer til psykiatrisk tvang.**

**Byråd Inga Marte Thorkildsen** skal åpne Amaliedagene.

**Merete Nasset** og **Nora Graff Kleven** deler sine erfaringer om psykose, psykiatri og alternativer til diagnosebasert behandling.

**Birgit Valla** skal fortelle om sitt arbeid gjennom Stangehjelpa, som har fått mye kritikk for at de ikke følger vanlige diagnosekriterier, men opplever bedring blant en stor andel av sine brukere. Hva er det som gir slike resultater?

**Psykologen Olga Runciman** fra Danmark bygger på egne erfaringer som psykiatrisk pasient og stemmehører. Hun har den første og eneste psykologpraksisen i Danmark med psykose som spesialitet og har vært med på å grunnlegge Det danske stemmehørernetværket.

Vi får også foredrag fra **mange andre fagfolk**; du kan lese mer om det på <http://amaliedagene.no>

**Hvis du vil få programmet tilsendt i posten, kan du sende en epost til [post@wso.no](mailto:post@wso.no), ringe kontoret tlf. 22 41 35 90 eller skrive til WSO, Møllergata 12, 0179 Oslo**

Hilsen Amaliedagskomiteen

Arrangørorganisasjoner: WSO Oslo og Akershus, Hvite Ørn, LMSO (Landsforeningen mot seksuelle overgrep), Aurora (Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer) og Mental Helse Oslo

Arrangementet er støttet av Oslo Kommune.

## Elektrosjokk og tvang

Arve Kirkevik og psykolog Joar Tranøy sendte 4. desember 2017 henvendelse til helse- og omsorgsminister Bent Høie med ønske om totalforbud mot tvungent elektrosjokk, også totalforbud mot å gi elektrosjokk under tvang etter nødrettsbestemmelsen i straffeloven, og at tvangslovutvalget må utrede dette. Nødretten er, slik den blir brukt i psykiatrien, et stort problem, fordi den gjør alt som ellers ikke er lov, tillatt. Dette gjør i praksis pasientene rettsløse. Vi ber om at du gir tvangslovutvalget et tilleggsmandat i det å gjennomgå bruken av nødrett i psykiatrien opp mot (det eksisterende fraværet av) rettssikkerhet og menneskerettigheter.

### **Elektrokonvulsiv behandling (ECT) under tvang og helsetestament i kjernejournal**

Takk for e-poster av 9. og 24. oktober 2017 om forbud mot tvungen ECT- behandling og e-post 4. desember om helsetestament i kjernejournal.

Etter dagens regelverk kan ECT som hovedregel bare gis med pasientens samtykke. HelseDirektoratet publiserte i juni i år en nasjonal faglig retningslinje for bruk av ECT. I retningslinjene er det anbefalt at samtykket er skriftlig for å dokumentere at et gyldig samtykke foreligger. Et gyldig samtykke forutsetter blant annet at pasienten har samtykkekompetanse og har fått tilstrekkelig informasjon om behandlingen før oppstart.

Bare helt unntaksvis kan en vurdere å bruke ECT uten pasientens samtykke, på grunnlag av nødrett. Da må det foreligge en akutt nødsituasjon som ikke kan avhjelpes med andre midler. HelseDirektoratet beskriver i de faglige retningslinjene når det kan være aktuelt å vurdere ECT uten pasientens samtykke og hvilken fremgangsmåte som da bør følges.

Om det bør gjøres endringer i reglene for bruk av ECT-behandling uten pasientens samtykke, er en del av de problemstillingene som Tvangslovutvalget ser på. Jeg ser derfor ikke behov for å spesifisere mandatet på dette punktet. Utvalget skal levere innstilling med sine anbefalinger innen 1. september neste år.

Jeg ser også at du foreslår en rekke informasjonselementer (generelt helsetestamente) som bør være en del av den nasjonale kjernejournalen. Kjernejournal gir helsepersonell over hele landet rask tilgang til viktige helseopplysninger om den enkelte pasient. Dette skal bidra til økt pasientsikkerhet. I dag inneholder kjernejournal blant annet informasjon om legemidler, allergier og kritiske sykdommer. Du kan også gå inn på helseportalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no) og selv registrere informasjon om nærmeste pårørende, sykdomshistorikk og spesielle kommunikasjonsbehov i din kjernejournal. I tillegg jobbes det med løsning for registrering av organdonasjon, som du også viser til i din e-post.

Videre utvikling av kjernejournal må vurderes løpende med utgangspunkt i behovene i helse- og omsorgssektoren. Jeg takker for dine innspill i denne sammenheng.

Med hilsen



Bent Høie

# Fra isolasjon til relasjon

**De ringte meg fra «Sykepleien» her om dagen, og jeg ble bedt om å si noe om hvordan isolasjon kjennes på kroppen. Jeg husker at de gangene jeg i ble utsatt for isolasjon, det var de gangene jeg var aller mest redd ...**

... og trengte å flykte eller kjempe mot en situasjon min brennheite amygdala anså som farlig. Det var ingen der da, og jeg var så redd at jeg ikke klarte å tenke klart. Jeg kastet ting rundt meg og dunket på dørene i håp om å komme meg ut i frihet, men ble møtt med belter, stengte dører og ofte låste de døra på rommet mitt. Jeg ble ikke mindre redd av det og selv om de som jobbet med meg trodde at jeg ble rolig, så var det bare fordi jeg hadde frosset og underkastet meg de rammene jeg hadde rundt meg. Noen av pleierne som var på vakt, de vaffel-psykiatridamene jeg så ofte har nevnt, de gjorde noe annet. De var sammen med meg, strøk meg på kinnet, holdt meg i hånden og i noen tilfeller holdt de rundt meg til den brennheite amygdalaen roet seg, og anså situasjonen som trygg igjen. De ga meg et møte som viste meg at de ikke ville gå selv om jeg var redd. De ga meg blikk som fortalte meg at jeg ennå var et menneske. Jeg var så redd at jeg glemte hvordan det var å være menneske. Årene har gått og selv om jeg har pusten, yogaen, skriveingen og alle de andre gode tingene jeg vet at hjelper meg om jeg blir redd, så blir jeg fortsatt redd når jeg innimellom er besøkende på psykiatrisk avdeling. Jeg har jo venner rundt omkring som innimellom er så redde etter traumeerfaringene sine at de trenger at noen tar vare på dem i perioder. Mine venner er som min familie, og jeg får sjokk hver gang jeg ser dem dopet ned fordi de føler for sterkt og til og med blir kalt psykotiske når de hører stemmer fra tider som var så ekstremt vonde at stemmer i hodet var en del av måten de overlevde på. Det er tøft å erfare at farmasøytindustrien fortsatt tjener penger på de vakreste folka jeg kjenner, og jeg synes det er enda mer grusomt at det ikke kommer fram hva disse pillene faktisk gjør med hjernene våre. Det er vel ingen vitenskapelig dokumentasjon på at nevroleptika fjerner traumer – ja kanskje de tar bort stemmene for en periode, men de tar ikke bort årsaken til at stemmene rasper og river på innsida til disse sjelene med antenner så sterke at de ikke har sjangs til å beskytte seg når de trenger det som mest. Som pasient ønsker man seg naturlig nok de pleierne og behandlerne som gir varme og omsorg og som til og med stryker dem på ryggen,

eller holder dem i hånda når de er som reddest. Ja da, når man er så redd så vil man bare ha sånne folk rundt seg, og det er vel normalt? Neida! Ikke i psykiatrien, for der er man redd de skal bli regressive eller som barn igjen! Og er det ikke det de er da? Når barnedelene tar over og belastningene fra fortida er for intense.. så klart de er som barn igjen, og barn som skriker møtes jo med trøst og varme, omsorg og masse kos. Men ikke voksne nei – for da kan de bli avhengige av systemene, og i verste fall så splitter de personalet sitt! Jeg håper at psykiatrien snart kommer over pubertetskrisa si og lar voksne som gråter og oppfører seg som barn få bli trøstet, varmet og holdt om til de gjenvinner kontakten med seg selv og kan gå ut i livet igjen som voksne. Barn som ikke har blitt møtt som barn trenger ofte å få lov til å ta i mot den trøsten og omsorgen de ikke fikk som voksne. Jeg synes det er trist å se at vi er i 2018 fortsatt snakker om splitting, regresjon og personlighetsforstyrrelser, når det vel handlet om normale reaksjoner på vonde opplevelser. Å bli isolert i form av belter, låsing av dør osv, er vel det verste vi kan oppleve når vi føler oss isolerte på innsida – jeg tror ikke noe på det, og jeg synes det er ille at voldtatte jenter, og kvinner som har blitt utsatt for overgrep, bindes fast når de er redde. Ja, men de kan jo bli farlige, er argumentet! Jeg var selv en sånn en – jeg var supersterk så klart med alt det adrenalinnet som herjer i kroppen når man er redd, men jeg ble alltid rolig av gode relasjoner, mennesker som våget å møte meg i angsten min, og som ga meg et blikk, en hånd, og til og med noen kaffekopper etter utskrivelse. La pasientene bli glad i deg på ordentlig, og vær glad i dem, de er mennesker, og de trenger å se seg selv som menneske igjennom deg.

Men det er håp. Det er folk som har overlevd dette her, og det er fagfolk som vil relasjon, som vil medfølelse, som vil pust, som vil kunst og som ser på traumene og ikke de syke dommene. Vi har alle noen traumer i bagasjen. La oss skape trygghet, som er første bud for de som har opplevd traumer – la oss slutte med retraumatisering i psykiatrien og neddoping av de aller beste folka.

*Maja Thune*



# Kjærlighet som medisin

**Vi gleder oss til et nytt Kjærlighet som medisin den 1. november!**  
**I Kulturkirken Jakob samles fagfolk, erfarere og musikere for å fremme en medisin som gir håp og mening framfor skadelige bivirkninger, tvang og isolasjon.**  
**Blant foredragsholderne og kunstnere som skal bidra på denne kvelden er:**

~ Espen Øvre i Silje Benedikte stiftelsen ~  
~ Anniken Hoel, regissør av «Dødsårsak ukjent» ~  
~ Anne Kristine Bergem ~ Vigdis Garbarek ~ Kristin Flood ~  
~ Merete Nasset ~ Maja Thune ~  
~ Inga Marte Torkildsen ~  
~ Anne Malerbakken ~  
*og mange flere.*

I dagens psykiatri er mye av behandlingen av mennesker med psykiske utfordringer basert på diagnoser og medisiner. Er det mulig å tenke nytt og annerledes? Hva er det mennesker i krise har behov for? Det settes etter vår mening alt for fort merkelapper på menneskelige reaksjoner og uttrykksmåter, som kan være helt adekvate når man ser på konteksten de har oppstått i.

Mange av de såkalte diagnosene er i utgangspunktet naturlige reaksjoner som oppstår gjen-

nom kriser, etter tøffe livsbelastninger og/eller vanskelige oppvekstvilkår.

Kan disse uttrykksmåtene forstås og helbredes på en ny og annerledes måte? Det tror vi! Derfor har vi ønske om å dedikere denne kvelden til historier fra virkeligheten, som forteller om en vei ut uten diagnoser og medisiner. Personlige beretninger vil bli delt, fagfolk vil dele sine perspektiver og erfaringer, og kulturelle innslag vil bidra til at vi kan synke dypere inn i disse temaene.

**«Vi ber ikke om utskrifter, forklaringer, diagnoser, prosedyrer.  
Vi ber ikke en gang om overbevisninger.  
Vi ber om å bli sett av en annen.  
Vi ber om et ansikt.»**

*~ Stein Mehren ~*

**STED:** Kulturkirken Jakob **NÅR:** 1. november **TID:** kl 18.00 - 22.00 **PRIS:** 350 kroner  
**BILLETTER:** Bestilles på Ticketmaster **INFORMASJON:** Se link på Facebook under «Kjærlighet som medisin»



## DEBATT

**Luuk L. Westerhof** er klinisk spesialist i familierapi, godkjent veileder, foredragsholder, coach, sosionom og har en mastergrad i Helsefremmende arbeid. Han driver SPONTE i Sandefjord, et terapi- og samtaletilbud for familier, par og enkeltindivider. [luukwester@hotmail.no](mailto:luukwester@hotmail.no)

# Spørsmålet er ikke *hva* er galt med deg, men heller, *hva* galt har hendt med deg?

## – En annen måte å forstå ungdommene som strever?

I Dagbladet fra onsdag 9. mai 2018 skriver Line Fransson en nyttig artikkel med tittelen; «De er sårbare og kan lett rekrutteres». Fransson skriver om unge som vokser opp i fattigdom, vold i nære relasjoner, strever på skolen, og har fraværende foreldre – de stiller ikke opp for sine unger. Hun skriver at det er unge gutter i åtte-ni års alder i Oslo som begynner med kriminelle handlinger. At mange barn og unge strever med forskjellige utfordringer – de har vokst opp i små leiligheter, med mange søsken og fattigdom. Vold i nære relasjoner og foreldre som ikke stiller opp blir koblet til rekruttering til kriminelle miljøer. I tillegg sier Fransson i samtalen med Janne Stømner, leder forebyggingsenheten i Oslo politidistrikt, at politi må «være der ute» og kjenne befolkningen og ungdommene våre, og at ungdommene og deres foreldre ikke har tillit til politi, barnevern eller det norske systemet.

Mitt spørsmål her er, hva er manglende tillit et uttrykk for? Systemer er jo ikke ting, men formes av mennesker, ergo, manglende tillit til systemer er på sett-og-vis et uttrykk for manglende tillit til mennesker som representerer de ulike samfunnsinstitusjoner – systemer. Tillit er dermed relasjonelt betinget!

Andre spørsmål er: Hvordan kan vi forstå disse utfordringer ungdommene strever med? Hva kan vi gjøre i tillegg til det som allerede er prøvd? Hva kan vi gjøre for og med unger som mistrives? Hvordan kan ungdommene bli deltagende i sammenhenger og bevegelser, som får dem til å trives og utvikle seg? Hvordan kan vi få øyne på de uante mulighetene som ikke hører til individet, men som utvikles og kommer til syne i det sosiale samspill? Muligheter som kan komme til syne når vi lærer oss til å anvende ungdommenes trivsel og mistrivsel som informasjonskilder og spill på den utviklingen de er en del av.

### **Ungdommen er ikke et problem, men viser problemet**

Ungdommene er ikke problemet men viser til problemer samfunnet strever med. Dermed viser ungdommene oss alvoret i de eksisterende samfunnsproblemer, og inviterer oss til å få vår oppmerksomhet på dem. Fremfor å tolke ungdommenes fremtredelsesmåter som problematferd kan vi også betrakte det som deres invitasjon til en oppmerksomhet på de sammensatte, og omfattende samfunnsprosesser.

Ungdommenes symptomatferd viser oss samfunnets mange arenaer, med de forskjellige maktstrukturer, sosiale vilkår, økonomiske utfordringer, rammer og betingelser. I tillegg viser ungdommene oss de mange forskjellige sosiale samfunnsvilkår, og samfunnsbevegelser som på tvers av utfordringer ungdommene strever med, viser til deres uante muligheter.

Uante muligheter er muligheter som ikke ligger i den enkelte ungdom, men utvikles imellom ungdommene og samfunnet. Nye perspektiver og uante muligheter ligger derfor forankret innenfor de sosiale relasjonene, sosialt samspill og språk: problemet er ikke problemet, men hvordan vi snakker om det! Hvordan snakker vi om det vi strever med...? Hva kan vi gjøre annerledes enn det vi allerede har prøvd? Svarene på disse spørsmålene er ikke gitt og ligger heller ikke i et dikotomisk rett-eller-galt.

### **Ikke dikotomi men samskapende dialoger**

Hvordan kan vi snakke sammen på måter som åpner for alternativer? Svarene ligger ikke i et dikotomisk svart-hvit tilnærming som er blottet for nysgjerrighet og alternativer, men heller i samskapende dialoger på likeverdig basis, og hvor rikdommen på nysgjerrighet kan skaffe til veie nye måter å forstå. Samskapende dialoger er rik på

invitasjon til alternative prosesser om ulike samfunnstema. Nye perspektiver og en oppmerksomhet på uante muligheter oppstår i bevegelsene de voksne og ungdommene skaper seg imellom, i dialog og språk. Endring oppstår i bevegelsene imellom mennesker, de ulike sosiale samhandlingsarenaer, i fellesskapet. Fenomener som ungdommer strever med er dermed ikke individuelt, men er relasjonelt forankret – de tilhører samfunnet. Vi må derfor passe på at de vanskene ungdommene strever med, ikke blir tilskrevet dem som iboende skavanker, men heller at vi ser deres opprinnelse i lyset av sosial uorden i samfunnet: ungdommene er ikke problemet, de viser problemet!

### **Fra individ til samfunns- og kontekstperspektiv**

Vi må bevege oss bort fra tankene om at problemene ungdommene viser til er individuelle, og heller bevege oss mot en uavlatelig insistering om at ungdommene viser et speilbilde av samfunnet. Dermed viser ungdommene til

de forskjellige kontekstene som problemene har blitt til, innenfor. Derfor er de problemene ungdommene speiler, ikke individuelle skavanker eller avvik, men må ses i sammenheng med ..., i kontekst til ...: Problemene ungdommene viser til er mer en speiling av kultur og sosial uorden! De er kontekstuelle og derfor ikke individuelt betinget. Fra dette perspektiv løfter vi det ungdommene strever med, ut av den individuelle sfære og setter de inn i kontekstuelle samfunnsrammer- og perspektiv.

Individualisering skiller ungdommene fra de kontekstene de relasjonelt er knyttet til. Vi må heller bestrebe oss på å få øyne på den enkelte ungdommens livshistorie, familiære relasjonsforhold og oppvekstsvilkår, sosiale samspillsmønstre, hva har ungdommen vært utsatt for ... fremfor spørsmålet om hva som er galt med dem. Å legge fokus på slike perspektiver vil føre oss nærmere sosiale utviklingsmuligheter. Derfor, spørsmålet er ikke hva er galt med deg, men heller, hva galt har hendt i ditt liv?

## **Tigging**

*I dag på Majorstuen satt  
en fredlig tigger. Så kom en  
stygg kvinne og sparket til tiggerkoppen  
så pengene raste ut,  
og kvinnen sa: Move your ass, men  
tiggeren sa ingenting. Han bare plukket  
opp pengene----*

- Trond Worren -



# Minneord om

Reidun Ueland døde 3. september 2017. Reidun var en sterk forkjemper for en human behandling av mennesker i krise, uten tvang og tvangsmedisinering. Hun hadde fokus både på det enkelte mennesket som slet, og systemet (psykiatrien) som gjorde det verre istedenfor å hjelpe. Hun var motstander av det biologiske menneskesynet som råder i psykiatrien, og var en av få psykologer som hadde en tydelig stemme i den offentlige debatten om at det var mulig å forstå og behandle psykoser også uten medikamenter. Hun jobbet i mange år som privat psykolog med folk som slet med psykoser, og hjalp mennesker med nedtrapping av medisiner, og å komme bort fra tvang og tvangsmedisinering. WSO hadde kontakt med henne både i forhold til det politiske arbeidet og debatter i media, og fordi Reidun støttet enkeltmedlemmer i deres kamp mot psykiatrien.

## Skape helvete i himmelen

Til min mor

*Du danset uten å kunne danse,  
sang høyt men kunne ikke synge,*

*Du var alltid der det skjedde,  
alltid midtpunktet i en klynge,*

*Du drakk uten å kunne drikke,  
brukte Mac men forstod ikke den*

*Alltid i en diskusjon om livet,  
døden og politikk*

*Du er ikke her nå,  
ditt sinn smeltet sakte bort,*

*Kampen i deg forsteinet alt for fort,*

*Du døde før du døde,  
og du sørget hver en dag,*

*Et ekko av din stemme lyder  
i mine hjerteslag.*

*Hvis det finnes en himmel,  
et sted hvor opprørere samles,  
så er jeg sikker på at du er der.*

*Drikk rom med Che Guevara,  
røyker sigarer med Fidel,*

*Og noe som er sikkert er at  
du skaper helvete i himmelen.*



# Reidun Ueland

WSOs første møte med Reidun Ueland var under Amaliedagene i 2001, der hun holdt foredrag sammen med Arnhild Lauveng på Folkets Hus på Youngstorget i Oslo. Foredraget ble en så stor suksess at de holdt på nytt i oktober samme år. Februar året etter stilte Reidun opp sammen med Eva Ramm på pressekonferanse med WSO, for å forsvare forfatteren av boka Dødelig Terapi. Forfatteren Ellen Kolsrud Finnøy ble utsatt for en mediestorm etter å ha medvirket i et dokumentarprogram på NRK i januar 2002. Fra første stund WSO møtte Reidun Ueland viste hun samarbeidsvilje, både samarbeidsvilje for å forsvare psykiatriofre og overlevende fra psykiatrien, og for å forsvare andre kritiske fagpersoner som Finnøy.

Reidun brukte sin egen erfaring som psykolog og fagkunnskap sammen med en god forståelse av maktforhold og maktmisbruk til å komme med sterk systemkritikk av psykiatrien. Hun var også en håpsbærer som sa offentlig at det var mulig å bli frisk selv om du var diagnostisert med schizofreni eller psykoser.

Reidun vil bli dypt savnet, og WSO er takknemlig for alt hun bidro med over mange år.

Vi lar Reiduns egne ord avslutte dette minneordet, hentet fra hennes innspill til Paulsрудutvalget i 2011;

*«Psykiatrien saboterer ethvert forsøk på alternativer og lukker øynene for alle de pasientene som har kommet seg på beina til tross for all motstand, inklusive tvang, som psykiatrien har påført dem. Personlig har jeg hatt dette tett innpå livet i en vedvarende kamp gjennom mange år med psykiatrien. Mange av mine pasienter har blitt friske, men det er psykiatrien ikke interessert i. Og jeg er ikke alene. Dersom de hadde vært interessert, så hadde de funnet mye litteratur som forteller at folk har blitt friske etter psykoser og de ville også finne ut hvorfor dette skjer med andre, men ikke med dem de har med å gjøre.»*

*Jo Lundsbakken, leder i WSO 2005-2007  
Mette Ellingsdalen, leder i WSO 2007-2014*

*Når andre listet stille rundt et menneske  
livet hadde knust,*

*var du der ved deres side,  
og snakket med rolig pust,*

*Når følelser overtok for fornuften  
så strøk du våte kinn*

*med enkle, gode ord og en varm klem.*

*Når makta tråkket på de svake,  
og hoverte fra sin topp,*

*Stod du opp med ditt sinne,  
ropte høyt fra liten kropp,*

*Du lot deg ikke kue, du slåss med kloke ord,*

*En advokat for sannhet,  
for rettferdighet på vår jord.*

*Hvis det finnes en himmel,  
et sted hvor opprørere samles,*

*så er jeg sikker på at du er der.*

*Synger Imagine med John Lennon,  
spiser ris med M. Gandhi,*

*Og noe som er sikkert er at  
du skaper helvete i himmelen.*

**Håkon Rian Ueland**



**Psykolog Reidun Ueland**, Spesialist i klinisk psykologi

18. mars 2011

# Om tvang i psykiatrien

**Jeg tillater meg å komme med et innspill i det pågående arbeidet med regler om tvang i psykiatrien da jeg har lang erfaring innen dette temaet. Jeg er ikke forsker, men mener meg sterkt meningsberettiget etter mange års erfaring «på golvet» og i mitt kontor.**

Jeg har 40 år bak meg som psykolog, vesentlig i arbeid med de mest utsatte gruppene vi har i samfunnet. Det begynte med arbeid med de mest krevende autistene vi hadde i HVPU, språkløse, ekstremt utagerende og meget selvskadende. Jeg bygget opp fire institusjoner for disse hvor jeg var faglig og administrativ leder, og etter min mening var dette et langt tøffere arbeid enn det jeg senere møtte i mitt mangeårig arbeid med såkalte schizofrene, for øvrig en diagnose som etter min mening mangler vitenskapelig forankring.

Allerede blant autistene møtte jeg flere som brukte nevroleptika. Flere av mine pasienter fikk ekstreme smerter p.g.a. bivirkninger av medisin og påførte seg skader p.g.a. dette. Da det var en åpenbar sammenheng mellom medisinene de fikk og smertene de hadde, noe som altså resulterte i voldsom utagering og selvskading, måtte jeg gjøre noe med situasjonen. Jeg tilkalte tilsynslegen og sammen med ham fikk jeg trappet ned all medisiner. Forandringene dette medførte hos mine pasienter var formidable og var åpenbart et resultat av nedtrappingen av medisin. Mye av disse erfaringene når det gjelder medikamenter har jeg tatt med meg gjennom mine senere mangeårige arbeid som terapeut for folk med psykoselidelse, dem som psykiatrien raskt og nesten uten å kjenne dem, stempler med diagnosen schizofreni og presser i dem ødeleggende medisiner som skremmer vettet av dem.

I min studietid på 1960-tallet hadde jeg sommerarbeid tre somre på rad på Dale og Lier psykiatriske sykehus, av daværende tidsskriftet Hverdag ble beskrevet som de verste psykiatriske sykehusene på den tiden. De overgrep som skjedde der, i det jeg etterhvert har kalt et vilkårlighetens helvete, var ubeskrivelige. Verst av alt var tvangen, fysisk og psykisk, og det biologiske menneskesynet, de som var annerledes, de og oss. Dette menneskesynet har ligget til grunn for mye av den forskjellsbehandling som er så åpenbar for alle som får innsyn i behandlingen av de svake og mest sårbare gruppene i vårt samfunn, men stort sett så har disse menneskene levd blant lukkede dører som i psykiatrien, med unntak av noen skandalesaker.

Personlig så glemmer jeg aldri S som lå reimet i sengen på 4. året i sort jernseng og stort sett ingenting annet i rommet. Det hun var utsatt for strir mot all viten vi har i psykologi, bl.a. at isolasjon og mangel på ytre stimulering utløser psykoser. Gjennom de mange årene som jeg har jobbet tett opp mot psykiatrien har jeg sett en uvitenhet om vilkår mennesker må ha for å leve et godt liv som er meget stor. Iblandet det biologiske menneskesynet, de og oss, så er det en mix som ethvert sårbart menneske ville tape imot.

Fortsatt eksisterer psykiatrien i sin form og sitt innhold utelukkende p.g.a. lukkede dører og et hierarkisk maktmonopol. Hadde vanlige folk visst hva som



foregår bak de lukkede dørene, hadde psykiatrien med sitt biologiske menneskesyn og sine biologiske behandlingsmetoder forlenget vært nedlagt. Bare de som følger de interne lovene har adgang der og innsyn for utenforstående er stort sett forbudt. Pårørende har ingenting de skulle ha sagt, noe de heller ikke tør, fordi de inderlig godt vet at det ikke finnes noe alternativ til deres psykoserammede slektninger.

Det er et godt kjent faktum at psykiatrien i alle år har forhindret alternativer. Dette er egentlig rart, sett i lys av at den psykiatriske historien er full av eksperimenter som har påført pasienter store lidelser og mange dødsfall. Man skulle i all fall ha trodd at psykiatrien hadde trengt overvåkingsorganer slik som de har holdt på gjennom mange år, men det er heller motsatt. Andre fagfolk underlegger seg lydig når psykiatrien er tilstede og etter mitt skjønn så er det en utrolig feighet blant både jurister, psykologer og leger i saker som har med psykiatri å gjøre. Overordnede helseorganer er ikke bedre. Med all kunnskap som de har om psykiatrien, så burde de for lengst etablert alternative tilbud basert på et humanistisk menneskesyn. For meg er det åpenbart at psykiatrien har all makt også i forhold til myndighetene som forgjeves prøver å redusere tvangen og å finne alternativer til psykiatri. Psykiatrien saboterer ethvert forsøk på alternativer og lukker øynene for alle de pasientene som har kommet seg på beina til tross for all motstand, inklusive

tvang, som psykiatrien har påført dem. Personlig har jeg hatt dette tett innpå livet i en vedvarende kamp gjennom mange år med psykiatrien. Mange av mine pasienter har blitt friske, men det er psykiatrien ikke interessert i. Og jeg er ikke alene. Dersom de hadde vært interessert, så hadde de funnet mye litteratur som forteller at folk har blitt friske etter psykoser og de ville også finne ut hvorfor dette skjer med andre, men ikke med dem de har med å gjøre.

Fagfolk flest innretter seg etter psykiatrien, de har egentlig ingen annen mulighet. For eksempel må psykologer ha pliktår i psykiatrien for å få stilling som klinisk psykolog. Der er de forpliktet til å forholde seg til psykiatriens egne lover, noe som innebærer at de må godta at deres pasienter må gå på tung medisiner og som forplikter dem til å godta det biologiske menneskesyn som psykiatrien bygger på og som de klamrer seg fast til. At psykologer godtar et slikt menneskesyn som ikke har noe som helst vitenskapelig grunnlag og er en stor skam for standen, er kun forståelig innen en maktstruktur der de stort sett har ingenting de skulle ha sagt. Dette gjelder selvsagt også andre faggrupper. Historien forteller mye om hvorledes folk innretter seg i makt situasjoner der de har noe å vinne og hvor de kan gjøre mye skade på andre dersom de velger å gi etter for makten.

Som kjent er det biologiske menneskesyn for lengst forlatt innen forskning, men psykiatrien holder fast på



at psykiske lidelser har en biologisk forklaring og spesielt gjelder det mennesker som på forskjellig vis avviker fra den gjennomsnittlige normalen, følelsesmessig og på andre måter. Det finnes skremmende eksempler på dette, bl.a. på et prosjekt som averterte i avisen etter ungdommer som på forskjellig måte fremviste en del sårbare trekk, for eksempel tilbaketrekning i puberteten. Disse ble kalt inn til begynnende medisiner og blir raskt gitt en schizofrenidiagnose.

Psykiaterne produserer stadig nye teorier, nye sykdommer og nye medisiner og utvider stadig vekk referanseområdet. At folk tror på dette er i utgangspunktet et godt eksempel på psykiatriens makt. Historien har fortalt oss at psykiatrien stort sett har vært på ville veier – bare tenk på kalde bad, lobotomering og LSD-behandling. Hva disse teoriene har bidratt med når det gjelder ødeleggelse av mennesker burde alle som har et faglig og administrativt ansvar for å skulle forandre psykiatrien kjenne til, ellers vil jeg påstå at de slett ikke bør ha noe å gjøre med eventuelle retningslinjer for behandling av utsatte mennesker. Kjenner de ikke psykiatriens historie og medisinenes ødeleggende virkninger, så er de ikke meningsberettiget.

Snakker man med folk på gata om de vet hva som foregår i psykiatrien, så får man negative svar; folk flest

har ikke peiling og er heller ikke interessert med mindre de er personlig berørt. Dessuten har psykiatrien i alle år spredd rykter om hvor syke pasientene er, hvor behandlingstrengende de er og, ikke minst, hvor annerledes enn oss de er. Da er man mer eller mindre hjelpeløs dersom man hører til pasient- og pårørende gruppe; folk med dramatiske psykiske lidelser, som psykoser, trenger hjelp når kaoset råder og noe alternativ til psykiatri finnes ikke, det har psykiatrien sørget for. Med andre ord har dette systemet, som i alle år har påført sine mest vanskeligstilte pasienter uhyre mye lidelse, stort sett all makt til å frata sine pasienter all styring av deres liv, noe som påfører pasientene svære angstnevrosesom vedvarer gjennom mange år.

Da den fysiske lobotomien opphørte, hadde psykiatrien funnet på noe nytt. Dette kalte psykiatrien for kjemisk lobotomering, en ytterst god beskrivelse av de plagene bivirkningene påfører pasientene. De fant ut at de skulle bruke medisiner som hadde tilnærmet samme effekt som lobotomi. Siden 50-årene har de brukt disse ekstremt tunge medisiner, nevroleptika, som har påført deres pasienter store lidelser. Enhver kan finne ut om bivirkningene dersom de studerer i Felleskatalogen, noe som alle burde gjøre dersom de skal ha noe å si når det gjelder disse pasientenes skjebne i framtiden. Det er ikke uvanlig at bivirkningene er mer alvorlige enn lidelsene de skal behandle.

I mange år nå har jeg stort sett bare jobbet med folk som har vært gjennom psykoser og vært innlagt i psykiatrien, noen av dem gjennom mange år. Sammen med mine pasienter har vi sloss for å få nedtrappet medisiner, ofte sammen med pårørende, men de har stort sett møtt vegg. Til tross for dette har mange av mine pasienter blitt friske og er i jobb eller skole per i dag. Dette nekter psykiatrien å høre på og selvsagt har jobben vært hard, de har i mange år fått høre at de aldri kan bli friske og at de må gå på ødeleggende medisin, det psykiatrien sjøl kalte for kjemisk lobotomering, hele livet. Etter min mening er dette en knusing av all håp om et videre liv og et grelt og godt eksempel på psykiatriens selvpøyllende profetier.

Innleggelse i psykiatrien begynner på akuttavdelinger og starter med psykoser. Psykoser er noe som alle kan få og som alle kan komme gjennom, med eller uten medisiner. Det alle kan få av lidelser, i dette tilfelle psykose, kan ikke være sykdom. Men det mener psykiatrien og sikrer dermed sin dominans og ødeleggelse av mennesker. Så istedenfor å hjelpe pasienten gjennom psykosen, eventuelt med angstdempende medisiner og trygge omgivelser, så setter de i gang med medisiner som de, i sine behandlingsretningslinjer, skriver skal vare i to år. De tilføyer at dersom en pasient får flere psykoser, noe de ofte får i et miljø som fratar dem all styringsrett og som gir dem angst for resten av livet, så skal

de behandles i fem år – gjerne hele livet. De fleste er sjanseløse og blir svingdørspasienter resten av livet, dersom de overlever. Psykiatrien forteller i sin utredning at dødeligheten i denne gruppen pasienter er klart forhøyet, først og fremst p.g.a. selvmord, og at selvmordsfrekvensen ligger mellom 5-10 prosent. Videre at størst risiko foreligger i løpet av de første fem årene. For det første, så tror jeg at langt flere begår selvmord, for det andre, så tar de ikke med alle som dør av medisinene. Studier har vist at disse pasientene har rundt 25 års redusert levealder. Og når det gjelder risikoen for selvmord etter ca. fem år, da har vel de fleste, som jeg vet har sloss for å bli fri for medisiner som ødelegger både sjel og kropp, funnet ut at de aldri mer har en sjanse til å leve og å komme tilbake til et normalt liv. Det er selvsagt ikke rart at man ikke orker å ha et liv som ikke er et liv.

Mange har fortalt meg at de mistet all verdighet da de kom inn i psykiatrien. Det er oss friske og de syke – de andre er født til sykdom og kan ikke bli friske, men har en sykdom som må holdes i sjakk med medisiner som fører til fysisk og psykisk impotens resten av livet.

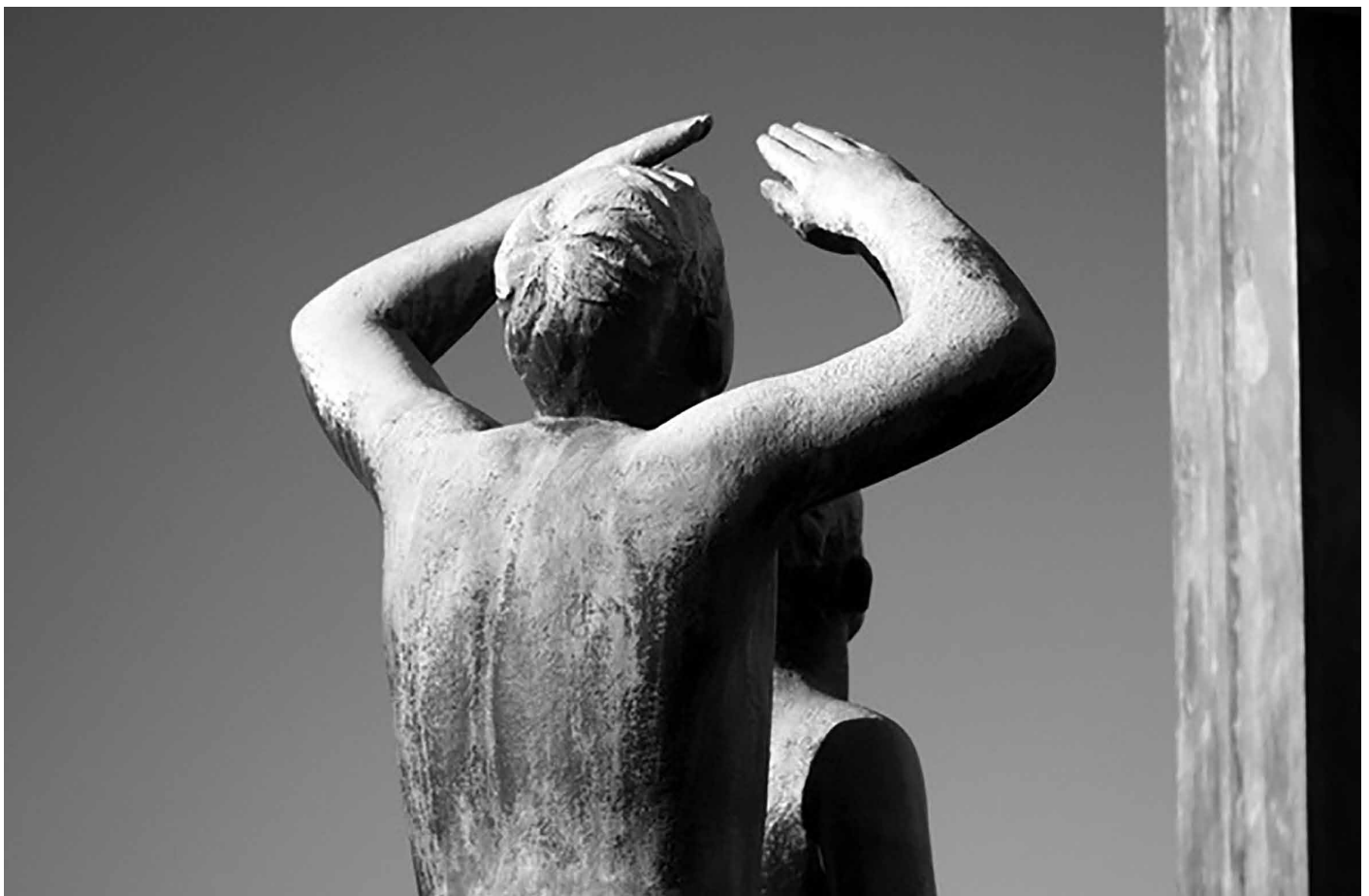
#### **Til slutt.**

Som nevnt tidligere, så mener jeg at folk som ikke kjenner psykiatriens historie, menneskesyn og behandlingsmetoder ikke er meningsberettiget når man skal diskutere og eventuelt avgjøre redusert tvangsbruk innenfor

psykiatrien. Det er opplagt at resultatet er gitt på forhånd. Det eneste riktige og det som kan føre til forandringer er at myndighetene griper inn og etablerer institusjoner som i utgangspunktet har som formål å redusere tvangsbruken og med et personale som er innstilt på dette. Personlig er jeg overbevist om at dette vil føre til store forandringer for livet til dem det gjelder, men også økonomisk og faglig. Slik opplegget er nå, vil det opplagt bli en farse uten muligheter til forandringer.»

*Har du en  
god ide da  
skal du la den  
lyse opp for  
deg....*

- Trond Worren -



# Vi trenger en ny forklaringsmodell for psykiske lidelser

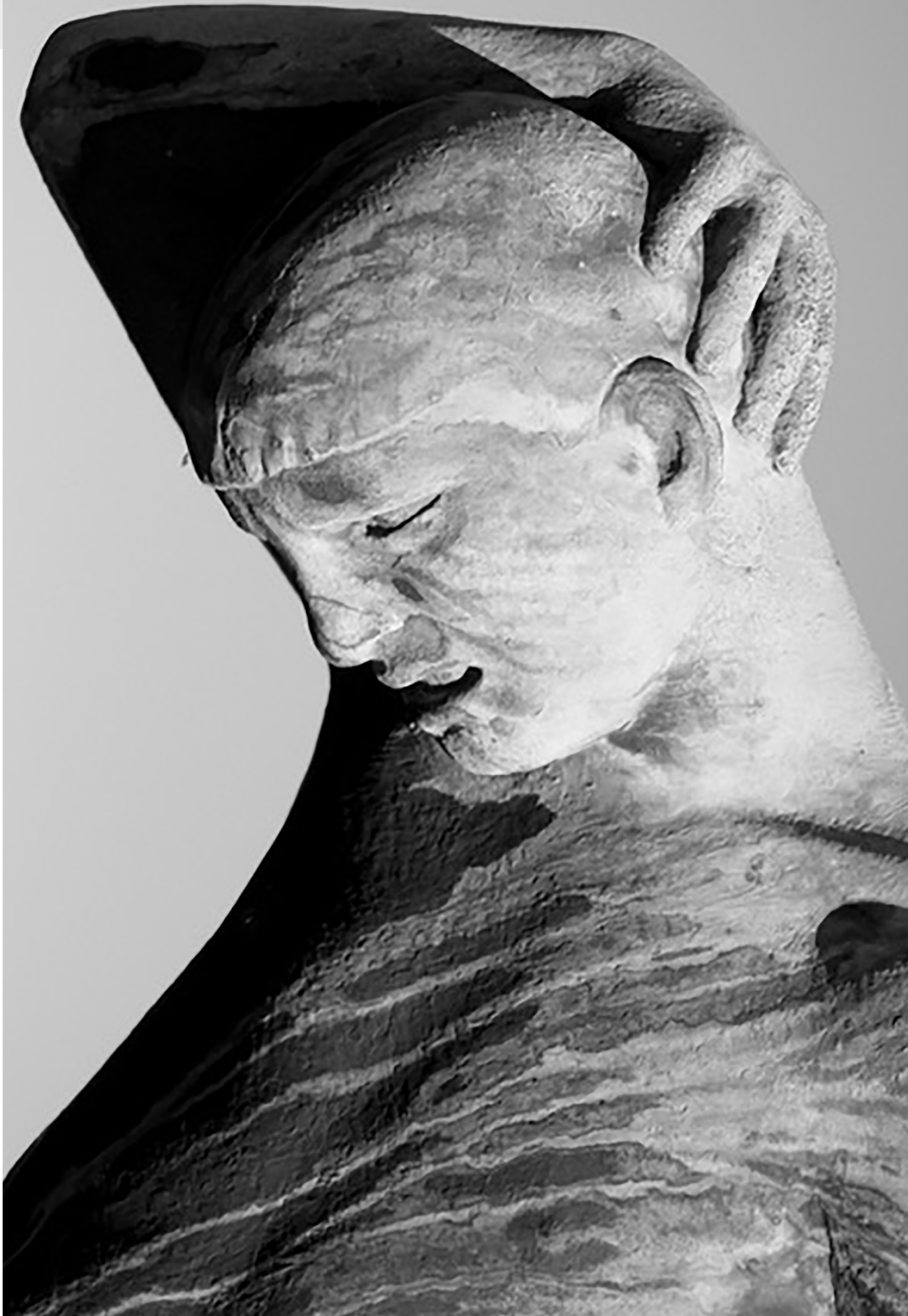
Hypotesen som forklarer alvorlige psykiske lidelser som sykdom i hjernen er det etter hvert mange som stiller seg kritisk til. Sykdomsmodellen har ført til splittelse mellom fagfolk og en polarisert debatt med pasienter som ønsker medisinfri behandling. Det er mye som tyder på at psykiatrifaget er modent for å ta i bruk nye modeller for kartlegging, utredning og behandling av psykiske reaksjoner. Slik jeg ser det står psykiatrien nå ved et veiskille. Langs den ene veien skal det utvikles standardiserte pakkeforløp og i den andre retningen skal krav om medisinfri behandling oppfylles. Dersom sykdomsmodellen beholder sin posisjon, ligger det an til at psykisk helsearbeid vil forbli en kamparena i lang tid fremover.

Pasientene på det psykiske helsefeltet kan deles inn i tre grupper. Den første gruppen er de med lettere psykiske plager som kan behandles hos fastlegen, med støtte fra tiltak i kommunen. Pasientgruppen med moderate plager vil kunne få en henvisning til et distrikts psykiatrisk senter og døgnopphold der. Den tredje gruppen er de med komplekse og sammensatte lidelser. Det er de som ofte blir svingdørspasienter med tung medisinering og flere innleggelses på akuttpost.

Man skulle tro at målet for pasientene i den første gruppen, de med lettere psykiske plager, var å få dem raskt på beina igjen og tilbake i jobb. Jeg er ikke så sikker på at det alltid er det beste, men en sykemelding og turer i skog og mark kan kanskje være et godt alternativ. Man skulle kanskje tro at målet med behandlingen i gruppe nummer to er å få pasientene over i gruppe nummer en, men dessverre er ikke tilbudet i kommunen tilstrekkelig utbygd alle steder, slik at det i dag er større sjanse for at mange av pasientene i gruppe nummer to etter hvert vil havne i gruppe nummer tre. Man skulle kanskje tro at målet med behandlingen i gruppe nummer tre er å få pasientene over i gruppe nummer to, men det er det ikke. For å få rett til behandling må pasienten ha en diagnose først. Det er her pakkeforløpet kommer inn i bildet, men en rask vei til en alvorlig diagnose fører sjelden til bedring. Sannsynligheten er større for kronifisering av lidelsen.

På bakgrunn av egen erfaring støtter jeg meg til en hypotese som forklarer psykiske reaksjoner i en uskadet hjerne som reaksjon på hendelser i nær eller fjern fortid. Belastninger av forskjellig karakter kan legge seg oppå hverandre og til sammen utgjøre en for stor last til at hjernen klarer å takle det. Måten vi reagerer på har stor variasjon. En forholdsvis liten prosentandel i befolkningen reagerer med psykose på psykososial overbelastning. Siden jeg ikke har helsefaglig bakgrunn er det naturlig for meg å tenke at det er normalt å reagere med et sammenbrudd når de ytre påkjenningene blir for store. En terapiform som har hatt god effekt for meg personlig er selvutvikling, grensesetting og å lære å slippe ut litt steam nå og da. Den gode effekten kom på bakgrunn av individuelle forutsetninger og behov. Hypotesen jeg forholder meg til tar utgangspunkt i fysikken i en av Newtons mest kjente lover som forteller at stabilitet er når de negative kreftene er nøyaktig like store som de positive. Når det gjelder psykisk uhelse er den nye forklaringsmodellen slik at når de ytre påkjenningene blir litt for store kommer det en reaksjon i form av tårer hos de aller fleste. Bli de negative påkjenningene overveldende vil noen kunne reagere med psykotiske symptomer. Dette tolker ikke jeg som en sykdom i hjernen, men som et resultat av overbelastning. Det er nok derfor det kalles et psykisk sammenbrudd.

Hjernen er et unikt organ. Når påkjenningene blir for store, betyr det implisitt at de indre ressursene er for små der og da. Da gjelder det å få hjelp til å fjerne noen av belastningene. Behandlingen behøver ikke alltid fokusere på å stabilisere pasienten så fort som mulig med medisiner, men kanskje heller hjelpe pasienten med å styrke sin evne til egenkraftmobilisering på naturlig vis. Forsvarlig behandling handler om å gi pasienten den tiden han trenger til å falle til ro. Forutsatt at symptomtrykket ikke har fått bygget seg opp for mye. En varm seng, faste måltider, forutsigbarhet og undervisning gir gode rammebetingelser for bedring. Ved å forlate den passiviserende sykdomsmodellen er jeg helt sikker på at psykiatrien vil få et mye bedre utgangspunkt for utfordrende og tverrfaglig helsearbeid med god virkning.



**Rosestua, Ressurstjenesten,  
Molde kommune**

**Åpningstider**

Mandag: Kl. 12.30 - 18.30

Tirsdag: Kl. 09.30 - 15.30

Onsdag: Turdag

Torsdag: Kl. 12.30 - 18.30

Fredag: Kl. 09.30 - 15.3

# Rosestua

**Rosestua i Molde er et tilbud for alle som av en eller annen grunn har havnet innenfor psykisk helsevern. Det er kvinner og menn i ulike aldre. Noen har kanskje ikke ellers et sosialt nettverk, en bor kanskje alene, eller en søker et fellesskap av andre grunner.**

På Rosestua kan en komme og slå av en prat med andre brukere. En kan også få samtale med en av de ansatte under fire øyne, hvis en har behov for det. En kan sitte ned og delta i praten, eller bare være stille. Men det som flere kjenner som godt er å bli sett som den en er. Rosestua har rundt 100 brukere som på en eller annen måte er knyttet til stedet. I løpet av en uke er kanskje 40 innom til forskjellige tider. Her kan en komme og gå som en kjenner for det selv. Har en noen som står en nær er de velkommen innom dagligrommet, men ikke lengre.

Rosestua startet opp i enkle lokaler 4. april 1991 i Rådhuset i Molde. Det var enkle forhold med én ansatt. 27. april 2000 flyttet Rosestua til Kirkebakken og lokalene der. Offisiell åpning var 31. mai. Det ble samtidig åpnet **to stillinger i 100 % jobb**. Samtidig ble det også opptrapping og øremerka midler til Psykisk Helse. Rosestua fikk også til disposisjon den grønne minibussen. I 2005 ble Rosestua pusset opp, med blant annet et stort, lyst og godt arbeidskjøkken.

Først hørte Rosestua med under «pleie og omsorg», så til «Helseavdelinga». For et par år siden ble Rosestuas situasjon forandret til å høre med til Ressurstjenesten. Vi

hører nå med under «Rus og Psykisk helse», administrert under Molde kommune.

Rosestua har nå to faste ansatte i 100 % **jobb**. Den ene er hjelpeleier med tilleggskurs innen psykiatri. Hun har lang erfaring helt fra Rosestua startet opp. Den andre er hjelpeleier og aktivitør. Hun har også lang erfaring.

Rosestua har alltid brukerrepresentanter. Nå har det startet opp et brukerråd med sju valgte brukerrepresentanter på et Allmøte. Andre ansatte i Ressurstjenesten er også innom av og til. Ansatte som har noen under oppfølging, kan bli med brukeren innom.

Rosestua ligger sentrumsnært i Molde. Omkranset av tett bebyggelse ligger Rosestua som en liten blomstrende oase, hvor det fem dager i uka er liv, røre og aktivitet. Her kommer brukere fra byen og omegn, men tilhørende Molde kommune. Det er et lett tilgjengelig sted med bussforbindelse til alle kanter.

Rosestua ligger i en del av et noe gammelt bygg, med to etasjer og et loft. Ved inngangen er det plassert utemøbler for røykere. Inne er det en gang med dører til siden. Her er en garderobe, et moderne toalett, opp-



holdsrom med salong og diverse bord med sitteplasser rundt. Kjøkkenet er her også. I dagligrommet står et flittig brukt biljardbord. En PC kan brukes til musikk. Her finnes også en gitar og et piano. Ved inngangen til kjøkkenet er det en disk med kassaapparat som brukere har ansvar for. Ellers er her også både vatnautomat og kaffeautomat. Kjøkkenet er lyst, stort og moderne. Her tilberedes diverse matretter et par dager i uka. En av brukerne har jobb her. Hun deltar i tilberedning av varmretter til de som måtte la seg friste mot et lite beløp til kassa.

Rosestuas hjemmebakst hører med noen dager. Brukere som jobber fast på kjøkkenet mottar en symbolsk lønn. Dessuten får jo vedkommende arbeidstrening. De fast ansatte deltar også i aktiviteten på kjøkkenet.

Av og til får vi brukere post fra Rosestua. Det kan være informasjon om allmøte, invitasjon til tilstelninger på Rosestua, eller foldere med arbeidsplan og annet for en tid framover. Til jul, påske, sommer og høst inviterer Rosestua til fest med middag, kaffe, quiz og sosialt samvær. Det hører med hyggelige pådekte bord i dagligrommet. Det pleier å være god stemning. Til jul og julebord hører det med sang, musikk, høytlesning og gaveutdeling. Julegavene er fra diverse innen handelsstanden i byen. Brukerne er med å pynte til jul og påske.

En trapp opp til andre etasje fører en opp til diverse muligheter for aktiviteter eller kvile for brukere. Ved siden av et kontor til de ansatte med en PC til hver av dem, ligger «kvilerommet». På divanen kan en kripe under teppet og koble helt av. Lengre inn i etasjen kommer en til aktivitetsrommene. Det er muligheter til aktiviteter innenfor: forming, maling, håndarbeid, søm eller snekring osv. Gode arbeidsbord, symaskin og staffelier er her også. Et rom for materiale er det her. Det inneholder diverse som bl.a. restgarn og strikkepinner. Noen faste tider i uka er det muligheter for å delta i kurs og aktiviteter. Noen av aktivitetene kan være ledet av personer som selv er brukere. Det har vært sånn som fotokurs, søm og lage juledekorasjoner.

Et lite rom som ellers inneholder flere PC-er står til disposisjon for brukere. Til disposisjon står også en TV med stor skjerm og mange kanaler i aktivitetsrom i andre etasje.

Rosestua har mulighet til å benytte seg av et naust innenfor byen. Minibussen med plass til ni inkludert føreren (en ansatt) kan ta med brukere hit. Her er det muligheter for å koble av. Det hører med niste fra Rosestua. Ellers kan en nyte sola på deilige sommerdager inni mellom en dukkert eventuelt. Det er brukere av Rosestua som har ansvar for vedlikehold av naustet slik som gressklipping.

På sommertid holdes det sommerfest i naustet. Da vanker det servering av grillet laks med tilbehør, dessert og en kaffetår. En kler godt på seg hvis det blir kaldt

utover kvelden. Det pleier være populært og mange ønsker å delta. En samler seg rundt pådekte bord i naustet. Rundt er det sommerkvelden. Det er påmelding og et lite beløp på forhånd.

Minibussen brukes også til turer ut i distriktet. Der parkeres minibussen. Turen går videre ut i naturen til fots. De ansatte på Rosestua bringer med niste, kaffe, te og sitteunderlag i ryggsekker. Turene foregår en fast dag i uka hele året. Ved Øverlandsvatnet har Rosestua mulighet til å leie «Damvokterhytta». Der er ikke elektrisitet eller innlagt vatn. Men med litt fyring i ovnene og tente talglys blir det koselig. Noen velger å ta turen lengre opp i terrenget også. «Ut på tur – aldri sur», «Det fins ikke dårlig vær, bare dårlig klær», «Turen er et mål i seg selv» og «Veien blir til mens en går» – er det som gjelder for Rosestua. Med turene hører det med påmelding på forhånd og et lite beløp for niste.

Rosestua kan også formidle kontakt til Voksenopplæringa, hvor en kan få opplæring i data. Det skjer etter tilpasset evne, ønske og behov.

Én dag i uka er det også dametrim på Rosestua i aktivitetsrommene oppe i 2. etasje. Under byens jazzfestival i juli, inviteres Rosestua til «Gulljazz». Det holdes under store telt med scenesang og jazzmusikk fra formiddagen og ut i kveldingen. Publikum koser og hygger seg med musikk, mat og drikke rundt bordene. Mange er eldre. «Gulljazz» er for de som hører til institusjonene i byen. Rosestua har også tatt imot tilbud om billetter til «Gulljazz».

### **Målsettinga til Rosestua er:**

### **Trivsel \* Trygghet \* Mestring**

Brukerstyret med sju brukere er ment å være et kontaktledd mellom ledelse, ansatte og brukere. I dagligrommet er plassert ei romslig fin eske for ideer. Har kan en putte oppi en lapp med forslag og ideer eller om det er noe en vil ta opp diverse. Lappene kan være anonyme. Ute i gangen ved oppslagstavla med diverse informasjon er det også plassert ei «idekasse». Allmøte holdes en gang i måneden. De fleste brukerne er også opptatt av å få noe medinnflytelse.

Rosestua begynte i det små for mange år siden. I dag er stedet etter min mening et moderne, godt allsidig og positivt tilbud når det gjelder psykiatri. Rosestua har menneskelige verdier som kan dekke mange behov hos ulike mennesker.

P.S. Rosestua har egen hjemmeside på Facebook Med vennlig hilsen, medlem i Landsforeningen WSO, tidligere utdannet sykepleier, naturelsker og selv bruker knyttet til Rosestua

**Jorunn Waagbø**

# REFERAT

## fra ROP-dagen 2018 – Et ROP om bedre helse!

Ved **Dag Erik Tinghaug**

### **Jeg var tilstede på Oslo Kongressenter 10. januar i år, der brukere og pårørende, fagpersoner og ledere i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt kriminalomsorgen, var samlet.**

Det var full sal, og ROP betyr (personer med samtidig) rus- og psykisk lidelse. Arrangør var Nasjonal kompetansetjeneste ROP og Sykehuset Innlandet.

Det ble holdt en rekke foredrag og innslag fra scenen, noe som tok det meste av de timene dagen varte. Temaet var viktig: Hvorfor aksepterer vi at ROP-brukere lever kortere enn andre? Hvordan sikre bedre fysisk helse hos brukerne?

Etter kulturinnslag med gruppa Halmstrå åpnet leder Lars Lien dagen.

**1. foredrag** ved Anne Høye, psykiater, PhD og forsker i Tromsø, omtalte en rekke utfordringer og risikofaktorer brukerne har med den somatiske helsa. Særlig noen norske studier ble nevnt som viktig info her. De viste størst dødelighet ved kombi rus og «schizofreni», ved ung alder og ved unaturlige dødsfall, det vil si selvmord, ulykker eller overdoser. Hun mente dessuten at bivirkninger av nevroleptika gir økt dødsrisiko, særlig ved høye doser, ifølge en svensk studie. Denne viste også at «ubehandlet» psykose gir økt risiko, men at lave doser ikke gir det. Anne Høye føyde til at dette var foreløpige undersøkelser. Det hun kalte negativ pragmatisme mente hun selv er et stort problem.

#### **Et stort problem**

Det er at behandlere unngår «mas» om andre livsfaktorer når «hovedproblemet» er psykiske lidelser.

Nesten ingen studier er gjort over forsøk som er gjort for å gjøre noe med den 15-20 års lavere levealderen for psykiatriske pasienter, sa hun. 15-20 år er mye, og for kombi rus og psykiske lidelser er levealderens reduksjon enda større.

**2. foredrag** var ved Tor Kapstad, fritidsleder, og Ingvild-Jorna Bø Abusdal, spesialsykepleier m.m., om Energiverkets tilbud om fysisk aktivitet i Kristiansand Kommune. Dette er trening med litt mer romslighet og tilgjengelighet enn vanlig, sa de. Samarbeid har de blant annet med FACT, psykoseteamet.

De mente at de to store utfordringene her er:

- kronifisering,
- å gi brukerne gode opplevelser.

I **3. foredrag** fortalte den brukererfarne og vernepleier-utdannede Tommy Sjøfjell i A-larm om tannhelsen, og om den helheten av livselementer som sann recovery må være!

Mer om tannhelse fikk vi i **4. foredrag**, ved rådgiver og tannpleier Line Christin Schrøder Karlsen.

Alkoholens og andre rusmidlers skadevirkninger ble presentert av lege og forsker Knut Boe Kielland i **foredrag 5**.

I det **6. foredraget** mente Lars Lien, samfunnsmedisiner m.m., at røyking krever behandling som all annen avhengighet, og at det beste er å behandle samtlige avhengigheter brukeren måtte ha, samtidig.

#### **Fruktbare holdninger**

Så fikk vi som **7. innslag** et rollespill. Det var Harald Sundby, Morten Brodahl og Jørgen Bramness som framstilte flere måter å løse den krevende situasjonen pasienten er i på. De kom fram til at dette er fruktbart:

- lytting og spørring,
- å vente med å gi råd.

I **8. foredrag** ble det vist på video hva intervalltrening og maks. styrke kan gi brukerne. Ansvarlig var Grete Flemmen ved St. Olavs Hospital, Trondheim.

**9. innslag** var ved Edel Hoelstad, Sanderud sykehus. Motto: Gå sin sti, finne sin aktivitet.

Dette var blant annet bygd på forskning fra Tatiana Schnell, Østerrike. Kulturnettverket Flemmen leder, jobber på tvers av ulike områder, virksomheter og etater, på Hedmarken fra 2000, i Oppland 2007 og Sør-Hedmark 2010.

Barrierer for fysisk aktivitet hos personer med psykiske



Gustav Vigeland's skulpturer i Vigelandsparken, foto: May-Syvi Nilsen.

lidelser mente hun bl.a. var:

- Bivirkninger av behandling og medisiner,
- samt manglende støtte og negative holdninger blant behandlere!!!!

**10. foredrag** ved Mona Sæland, som har både forsket og lagd kokebok, la vekt på at mat hjelper for det meste. Ifølge kinesisk medisin skyldes hjerteinfarkt mangel på glede, noe dagens forskning ser ut til å bekrefte. Depresjon øker risikoen 35 prosent for hjerteinfarkt.

**11. innslag** gikk blant annet inn på overlapping/interaksjon mellom hjerte- og karsykdommer og «schizofreni». Det var psykiater, PhD, forsker og avd. overlege Petter Andreas Ringen som her mente det var felles genetikk. Han er ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus.

I pakkeforløpsarbeidet Somatisk helse og levevaner er han fagleder. Det er meningen at dette pakkeforløpet skal være med på tvers av og gjeldende for de fleste andre pakkeforløp.

Ringen leder også prosjektet Hjertefrisk, en norsk versjon av noe som nå inngår i engelske nasjonale retningslinjer. Bydelene i Oslo er invitert til et samhandlingsprosjekt om dette. Forskning på fysisk aktivitet og «schizofreni» er kun påbegynt, men virker lovende, sa han. Australia har jobbet mye med det.

Midt i programmet var det også en hyggelig middagspause, der jeg valgte en pastinakkrett. Foredragene skulle livestreames og være å finne på [rop.no](http://rop.no).

# TANKER

## etter Kontrollkommisjonskonferansen 2017

Ved **Espen Pedersen**, Sentralstyremedlem i WSO 02.02.2018

### **Jeg vil gjerne få opplyse om mine erfaringer og hva jeg opplevde som en svært positiv utvikling. Jeg var 16. og 17. november 2017 på kontrollkommisjonskonferansen på Scandic Ørnen Hotell i Bergen.**

Jeg har vært WSOs utsendte representant på konferansen de to siste årene. Det overrasket meg på en positiv måte at de som uttalte seg på konferansen mente at man måtte ta mer hensyn til pasienters menneskerettigheter. Da med henvisning til CRPD.

En av de nye tingene som ble tatt opp er at pasienters samtykkekompetanse skal vurderes. Det vil si at er noen erklært å ha samtykkekompetanse, kan de vanligvis ikke ha en pasient på tvangsvedtak etter de nye reglene så vidt jeg har forstått. Dette gjelder ikke for pasienter som er en fare for seg selv eller andre. Det gjelder ganske mange som tidligere har vært på tvang grunnet at de har brukt det såkalte behandlingskriteriet. Nå er det mange som har fått samtykkekompetanse, derfor kan de i de fleste tilfeller ikke ha folk på tvang hvis de er samtykkekompetente. Dette mener jeg er et stort fremskritt rettssikkerhetsmessig for oss som er eller har vært underlagt vedtak om tvang. Så vidt jeg har skjønnet de nye reglene kan de i langt mindre grad enn tidligere bruke det tilleggs-kriteriet som de har kalt behandlingskriteriet.

Jeg var på konferansen på et foredrag som ble holdt av Arnhild Lauveng som på en glimrende måte holdt et innlegg om samtykkekompetanse og hva det innebærer. Det ble opplyst på konferansen at etter 1. september

2017 er det svært mange som har vært på TUD (tvang uten døgnopphold) som de nå har tatt av tvangen siden de har fått samtykkekompetanse. Jeg hørte et tall på nærmere 50 prosent på noen DPS er.

Jeg har etter konferansen hørt av flere som er tatt av tvang, at de har fått samtykkekompetanse, men kun så lenge de godtar å fortsatt stå på medisiner. Hvis de slutter med det har de blitt fortalt at de kommer på tvang igjen med en gang. Dette er svært beklagelig at noen leger benytter anledningen til å fortelle en pasient hva som er bra eller ikke.

Det er svært gledelig for flere av oss som har negative erfaringer med medisiner at det nå har kommet muligheter for medikamentfritt sykehusopphold. Det jeg synes er litt trist er at det ikke gjelder pasienter som er på akuttvedtak eller er tvangsinnlagt. Det burde være mulig for en bruker å komme med en forhåndserklæring hvor de kan skrive hva for slags behandling de ønsker og hva de ikke ønsker. For eksempel at det er forskjellige typer medisiner som man ikke vil ta, da med henvisning til at mange medisiner har såpass plagsomme bivirkninger at de etter min mening virker mot sin hensikt.

Jeg vil også få gratulere Arnhild Lauveng med bestått doktorgrad. Hun er et menneske som jeg ser opp til.



Gustav Vigeland's skulpturer i Vigelandsparken, foto: May-Sylvi Nilsen.

# Skjerming virker noen ganger mot sin hensikt

Espen Gade Rolland ønsker seg debatt om bruk av skjerming i psykisk helsevern og hvordan den bør foregå. Først av alt vil jeg påpeke at jeg reagerer på at Rolland uttaler seg på generell basis med hensyn til «pasientene som trenger skjerming» og at han prøver å legge ord i munnen på både sin egen yrkesgruppe og en stor del av gruppen psykiatriske pasienter (dvs, de som har det veldig vondt og er sterkt deprimerte), uten å påpeke at hver enkelt pasient har individuelle behov og sine egne ønsker om hvordan behandlingen sin skal foregå. Det ser jeg på som skjult tvang og overtalesesteknikker basert på en holdning om at pasienten er syk, uten å si noe om at pasientene faktisk har ressurser som kan jobbes med, og på den måten styrke hver enkelt sin selvfølelse.

Jeg har personlig erfaring med å være skjermet og har opplevd det som svært belastende å bli adskilt fra mine medpasienter. Faktisk så har jeg opplevd det å være skjermet som et inngrep i mitt liv som har ført til at jeg, om jeg hadde hatt mulighet til det, hadde gjort slutt på livet der inne på skjermet avsnitt, og det er fordi skjermingen har gjort meg så mye mer deprimert enn jeg i utgangspunktet var, før vedtaket om skjerming ble fattet.

Bare den enkle setningen om at tiltaket var av hensyn til de andre pasientene fikk meg til å føle meg som en ikkeperson som ikke var verdt noe som helst, og jeg lurer på hvordan psykologen som fattet vedtaket kunne mene at skjermingen skulle være til hjelp for meg. Sånn opplevdes det ikke i det hele tatt for meg, i hvert fall.

Mitt ønske var å ha sosial omgang med de andre pasientene, hverken mer eller mindre, noe som ikke ble tatt hensyn til. Jeg ble utsatt for en tvungen straffe-reaksjon, og jeg var veldig syk.

Jeg har alltid hatt et sterkt ønske om å leve, og har det nå også. De eneste gangene jeg har hatt et ønske

om å avslutte livet er mens jeg har vært skjermet fra andre mennesker, som forstår hvor vanskelig man kan ha det, med angst og depresjoner. Jeg opplevde altså skjermingen som så ydmykende, nedverdiggende og ødeleggende at jeg ønsket å dø.

Kunnskapsgrunnlaget vi alltid har hatt er at er man trist og lei seg så trenger man sosial omgang med andre mennesker. Jeg mener at når det blir en utfordring på avdelingen så er det praktisk mulig å tilrettelegge for at det skal gå bra. Det er mer tidkrevende, ja, men det er fullt mulig.

Jeg forstår at mange syke mennesker samlet på et sted kan være en kompliserende faktor, men om man involverer alle som er på stedet, så kan det ha en nyttig, sunn og god effekt for fellesskapet og en positiv læringseffekt for alle, inkludert pasientene, ikke minst til å forstå seg selv og sin egen sykdom bedre.

Til sammenligning så er det ingen innen psykisk helsevern som tillater at en pasient isolerer seg i sin egen leilighet, selv om vedkommende ønsker å være i fred, det blir litt feil, således å hevde at noen trenger isolasjon, som jo skjerming er. Det er heller ikke riktig at behandlingspersonellet skal ha monopol på å vise omsorg for pasientene, jeg mener at det er på høy tid at pasientene på en akuttavdeling bør få ta del i ansvaret for hverandre. Vi er jo bare mennesker alle sammen.

I lettskykiatrien er det bevist at gruppesamtaler har en positiv og styrkende effekt på hver enkelt pasient, så hvorfor ikke prøve det ut i akuttpsykiatrien også, spør jeg nå?

Tidligere publisert i Dagens Medisin. Gjengitt med tillatelse

**Bjørn Ingar Pedersen**, tidligere psykiatrisk pasient

# Til ettertanke?

## Som ganske ung lege i spesialisering opplevde jeg dette:

Vi fikk som øyeblikkelig hjelp inn en meget bekymret yngre mann. Han hadde fått besøk av mange, sikkert over 100 små, grønne menn der han bodde alene ute i skogen et sted. Han syntes selv dette var merkelig, for de forsvant jo når han forsøkte å ta på dem. Han mente da at dette måtte være «noe psykisk». Ingen problemer, svarte jeg, vi har medisiner for sånt nå. Han fikk resept på Trilafon og forlot sykehuset, tilsynelatende tilfreds. Noen dager etter ringte han og takket for god hjelp. De små, grønne var vekkt. Takk og lov.

Her kunne denne historien ha sluttet til glede for alle. Men den slutter ikke ennå, fordi etter et par uker kom han tilbake til klinikken. – Det var blitt så ensomt etter at de små, grønne mennene forsvant. Om han ikke kunne få i hvert fall noen av dem tilbake? Etter noen tids dosejustering ble han tilfreds. Nå var de på plass, i passende mengde og størrelse. Jeg hørte aldri noe mer fra ham, og flyttet hjem til Norge, tilfreds med både mannen og psykiatrien.

Etter hvert begynte jeg å fundere litt over denne mannen og hans tilsynelatende sykdom, for at han var syk var jeg overbevist om. Men kanskje, kanskje led han bare av «sykdommen» ENSOMHET?

Kanskje er mange psykoser forklarlige ut fra spørsmålet: Hvorfor er det nødvendig for så mange å hallusinere?

Naturligvis kan man la spørsmålet hvile i fred og ikke bekymre seg mer om dette, kalle det «sykdom» og medisinerer etter de regler vi mener er riktige. Men – tvilen har altså forfulgt meg. Og kanskje mange fler.

Kanskje er det virkelig en slags fornuft bak psykosene? Kanskje var det slik at mannens psyke simpelthen krevde å komme seg ut av ensomheten, men at han fikk litt for gode resultater av sine ønsker om selskap og at litt sløvende medisin fikset situasjonen.

Naturligvis har jeg lett etter liknende forklaringer etter å ha opplevd skogskaren med de små grønne mennene. Og hva har jeg funnet? At det ikke sjelden ER en slags fornuft i psykosene. Kanskje er den schizofrenes «sykdom» en vei ut av en situasjon som for den det gjelder er uutholdelig?

Da må vi kanskje over i det man kan kalle identitetsproblematikk.

Da jeg mange år senere jobbet mye med narkoman

ungdom, slo det meg at det ofte var «bedre» for den enkelt å være narkoman enn å være – ingenting. «Før var jeg bare et null og nix – nå er jeg i hvert fall narkoman», fikk jeg i litt ulike varianter, av og til høre.

Når jeg nå konfronteres med en såkalt schizofren som mener seg feildiagnostisert og feilbehandlet, tenker jeg ofte på eneboeren i skogen og den identitetsløse og narkomane ungdommen. Hva om vi i norsk og vesterlandsk skolemedisin er totalt på villspor når vi skal forklare årsaker til de såkalte vrangforestillingene? Hva om det slett ikke handler om såkalte «feilkoplinger» i hjernen? Og hvorfor nøyer vi oss med en slik pseudo-forklaring, for hva består disse feilkoplingene i? Ingen vet. Hva om vi i stedet for å medisinerer disse pasientene sønder og sammen forsøkte å forstå hvorfor det akkurat for dette ene individet var tvingende nødvendig å bli psykotisk?

Mange har stilt det samme spørsmålet før meg. Hvorfor er de ikke blitt tatt på alvor? Hvorfor foretrekker vi så ofte de enkle, de «billigste» og de løsningene vi kan tjene mest penger på?

## Dag Coucheron





# Revolusjonerende behandlingsmetode kan utrydde schizofreni

**Jaakko Seikkula og hans kolleger i vestre Lapland i Finland har utviklet en revolusjonerende behandlingsmetode kalt Open Dialogue. Metoden har de siste 30 årene vært standard psykiatri i et fylke i Finland. Den har ført til at schizofreni er så godt som utryddet i området. Ikke fordi unge mennesker ikke lenger blir sjuke på den måten. Men fordi de ved riktig behandling blir friske igjen før de har hatt symptomer lenge nok til å kvalifisere til diagnosen.**

Det er tre sentrale prinsipper jeg vil trekke fram når det gjelder Open Dialogue. De trekker inn pasientens familie og nærmiljø i behandlingen helt fra starten av. De snakker aldri om pasienten uten at hen selv er tilstede. Og de bruker aldri medisiner de første to ukene av en innleggelse. I starten av en psykose er årsakene til psykosen lett tilgjengelige i pasientens tanker, og det er viktig å utnytte det i behandlingen.

Det er en videreutvikling av ideer som fins langt tilbake, til 1970-årene, med Loren Mosher og Soteria House i California 1971-1983 og dr Laing i Storbritannia. Begreper som det terapeutiske samfunn var sentrale i deler av psykiatrien i 1970-årene, også noen steder i Norge. Men de hadde mangler som ga en del uheldige utslag. Dermed kom den biologiske psykiatrien igjen på offensiven i 1980-årene.

Noen gikk likevel mot strømmen og jobbet videre med samme ideer, bl a Barbro Sandin og hennes kolleger på Walla Vårdhem i Ludvika i Sverige og Soteria Bern i Sveits. Og ikke minst den nordnorske psykiateren Tom Andersen, som utviklet teoriene bak Open Dialogue sammen med Jaakko Seikkula. De siste årene har Carina Håkansson og Familiegårdsstiftelsen i Gøteborg hatt et nært samarbeid med Jaakko Seikkula og Open Dialogue. De bruker også begrepet The Extended Therapy Room.

## Ung «veteran» i WSO

Madelene Gulbrandsen ble medlem av WSO i 2006 og har siden da vært en aktivist. Madelene har vært med i WSOs styre, men takket nei til å stille til valg som nestleder. Når hun forteller om engasjementet for WSO så får en et klart inntrykk av et engasjert medmenneske med solide refleksjoner.

Det begynte med at hun var innlagt på LURU-Skedsbokorset der hun fikk kontakt med psykolog Reidun Ueland. Reidun var en klar systemkritiker av psykiatrien og fortalte Madelene om WSOs arbeid. Madelene fikk også god kontakt med Jo Lundsbakken og ble påvirket av Jaakko Seikkula og Reidun. Hun forteller at Reidun og Jo har betydd mye for henne og Jo kalte henne «et naturlig antipsykiatrisk talent».

Hun fikk en viktig rolle i miljøet i Haslevegen sammen med Mette, Finn og Bjørn Ingar – og ikke minst kjæresten Vegard.

Madelene var opptatt av antipsykiatri – med fokus på menneskeverd, selvbestemmelse, kamp mot tvangsmedisinering, avsløring av skadelig behandling – neuroleptika og menneskerettigheter. Hun forteller om et psykiatrisk nettverk med Hvite Ørn, Aurora, WSO med Jo og en internettside med norsk antipsykiatri (Geocities).

Madelene er opptatt av at WSO ikke må gå i dvale, men være radikal. Hun ønsker ikke et WSO lik Mental Helse. «Psykiatrien er nedlatende», sier hun. «Psykiatrien skaper sykdom/lidelser. WSO må ikke bli en 'koseklubb'».

Madelene kjemper mot tabuer, stigma og uvitenhet blant folk og hun har tro på recoverytilbud og er en optimist.

Joar Tranøy

Tormod Bakke

# Psykiske- og stoffskiftesykdommer har mange av de samme symptomene!

## Poenget med mitt skriv er at alt for mange havner feil innenfor en eller flere psykiatriske diagnoser.

Jeg har vært medlem i WSO siden 2005 og har autoimmun lavt stoffskifte med cøliaki og melkefettallergi. Lavt stoffskifte er arvelig i min slekt. Har hatt tydelige fordøyelsesproblemer siden tenårene i tillegg til luftveissykdommer før og etter den tid. Bukspyttkjertelbetennelser fra slutten av tenårene. I voksen alder flere sjekker angående fordøyelsen, MEN legene fant ikke ut noe – og mente at det var psykisk. Da slimhinner og huden hovnet opp, på grunn av gluten, mente hudspesialisten at jeg hadde sensitiv hud. – Vel, jeg hadde ingen psykiske problemer, derfor godtok jeg aldri den diagnosen! Endret på kostholdet mitt, lærte å lytte til kroppen – hva jeg tålte og ikke tålte, i tillegg til god hjelp fra spesialist på sykehuset, forsiktig med proteinrik og feit mat og unngå alkohol, som er gift til bukspyttkjertelen.

Fikk høre at mange av WSOs medlemmer også hadde stoffskiftesykdommer. Hadde de det ikke fra før, fikk de det av noen av de antipsykotiske medisinene, og andre alvorlige plager på grunn av andre bivirkninger av disse. I tillegg får mange stoffskiftepasienter en psykisk diagnose, og det er feil, da det handler om å balansere hormonene (Cortisol, T4 og T3) og vitaminer og mineralene som trengs/er for lave.

Høsten 2007, pga overdosering – stoffskiftet hormonet T4 var for høyt, T3 for lav. Mye stress, uro i forbindelse med flytting i tillegg til fire døgn uten søvn, havnet jeg i psykose. Ble innlagt på grunn av at jeg ble sint på pårørende, som ikke ville kjøre meg til «landet». Jeg trengte bare søvn og hvile! Stoffskiftesykdommen hadde de ikke nok kunnskap om, matallergien var bare tull, alt jeg sa var bare tull. Zyprexa fikk stoffskiftet mitt til å rase nedover og vekten raste oppover. Vektøkningen ga problemer siden. Hadde psykose i 2005 også, men det gikk over med god mat, hvile og nok søvn. Kunne Zyprexa vært unngått i 2007?

*Stoffskiftepasienter blir ofte undermedisinerte og psykiatriske pasienter blir overdoserte, på grunn av dårlig kunnskap? Kanskje på tide at pasientene blir hørt og ikke minst spurt om symptomene, selv om blodprøvene er OK?! Kan noen som havner innenfor psykiatrien rett og slett ha for dårlig kosthold og ha «mangelsykdommer»?*

Stoffskiftesykdommer er ingen psykisk sykdom, men handler om ubalanse i forbrenningshormonene/

stoffskiftet hormonene T4 og T3 mm. Psykiske symptomer er vanlig for den enkelte pasient, som ikke er optimalt dosert ennå, med T4 og T3 og funksjonen ikke er i balanse, selv om blodprøvene er normale, som legen forteller om... Blodprøvene T4 og T3, skal ligge på midten og oppover, på intervallene. Mange leger tar bare TSH og T4, utelater Anti-TPO, DHEA og T3. T3 er den viktigste av alle, for å se om det rette forbrenningen fra T4 til T3, kommer ut i cellene, gir energi. Derfor så viktig at pasienten selv følger med i utviklingen og får kopi av blodprøvene. Ingen er like selv om de har samme diagnose, det tar tid å bygge opp kroppen igjen!

De vanlige psykiske symptomene: angst, depresjon, uro, stress, hypo (for lav energi/lavt stoffskifte) eller hyper (for høy energi/høyt stoffskifte) situasjonen, tåkesyn, konsentrasjonsproblemer, husker dårlig, finner ikke de rette ordene, utmattet, energisvak og har ikke energilager, alltid sliten, klarer ikke å gå ordentlig/subber med beina, muskelstyrke og viser følelser som for eksempel sinne eller gråt. Dårlig forståelse fra pårørende, arbeidskollegaer og leger, gjør pasientene frustrerte. Mangel på energi og energilagere, fordi kroppen går i «sparebluss» og pasienten må hvile seg til energi, igjen, blir det mange frustrasjoner, er vanskelig å forstå, da en tidligere som frisk fikk energi av å trene og bruke kroppen. Mange får ødemer/vannansamlinger i kroppen, ser tykke ut og ellers legger på seg, selv om en ikke spiser så mye... Stress og mas fra flere hold, dårlig samvittighet osv. gjør vondt verre for en pasient som trenger hvile og ro. Noen blir sinte og andre gråter, fordi de ikke blir trodd, eller blir reddet ovenfor sin egen situasjon/helt annerledes som frisk.

Binyrene påvirker/er også med i stoffskiftet og saltforbrenningen, de lager «stresshormonet» Cortisol (har innvirkning på opptak av T3) og «frykthormonet» Adrenalin. Cortisols påvirkning på psyken ble nevnt i forrige nummer av Søkelyset av Håkon R. Ueland.

Ca. 200 000 nordmenn går på medisin for lavt stoffskifte, og tallene øker. Fra 2016. Mange stoffskiftepasienter har problemer med næringsopptaket/-evnen i tarmen. Dette fører ofte til vitamin- og mineralmangel. De med autoimmun tilstand, får ofte tarmsykdommer. B12 og andre B- vitaminer og D-vita-



min er viktig for nervesystemet, både fysisk og psykisk og er «mat» med tanke på opptak og hjelp til hormonene T4 og T3. Selen og Zink (betennelsesdempende effekt), magnesium/stor oppgave i kroppen, spesielt blodtrykk, beroligende og fordøyelsen/tarmflora i orden, og lurt å ta sammen med D-vitamintilskudd og mat med kalk. Ved store mangler lurt å ta etter større måltider. Beroligende effekt før en legger seg, avførende effekt). Jern og kobber hører sammen, for å få høyt nok jernlager. Ikke for lite eller for mye Jod (havsalt, fisk og kefirmelk) mange har også bedring i ledd og hud med Omega 3-6-9, Q10 er også lurt angående konsentrasjon, sammen med B-vitamingruppen. Viser blodprøvene under det midterste intervallet, trenger en kosttilskudd.

Autoimmune sykdommer (som kan gi opptil fem forskjellige sykdommer) er ikke psykisk, heller ikke sorg og langvarige sorgprosesser, eller stress, søvnmangel (langvarig gir psykose) tarmsykdommer og matallergier og matintoleranser, men gir fysiske og psykiske symptomer. Blodprøven Anti-TPO med flere forteller om en autoimmun sykdom, og i forbindelse med stoffskifte er den svært viktig og forteller om betennelse i skjoldbruskkjertelen, som lager/omsetter T4 og T3 hormonet.

#### **For å forstå stoffskifte sykdommer bedre:**

Det tar tid å få stoffskifte i balanse igjen, spesielt hvis en har gått lenge med et for lavt eller for høyt stoffskifte. Kanskje det også har utviklet seg andre tilleggssykdommer, som for eksempel i hjerte- og hjertekretsløpet, fordøyelsesproblemer, mangelsykdommer eller fått autoimmun sykdom og/eller psykisk diagnose i tillegg...

Stoffskiftet handler om å ha nok av forbrenningshormonene T4 og T3 i kroppen. Hvor den viktige forbrenningen fra T4 til T3, som igjen går inn i cellene i kroppen, og «frigjør» energi der. For svært mange pasienter med stoffskiftesykdommer, skjer ikke dette, og de må ta T3-medisin i tillegg, derfor er det så viktig også å ta T3-blodprøven, som egentlig er den viktigste. Dessverre er det mange leger som ikke sitter med denne kunnskapen. Over- eller underdosering går ut over hjertet, noe som sikkert er årsaken til at leger er redde for å dosere for høyt.

Heldigvis finnes det i dag flere medisinkombinasjoner, T4 eller T3 alene eller kombinasjon av disse – det siste spesielt hvis ikke forbrenningen fra T4 til T3 går normalt, går det ut over det kognitive, konsentrasjon mm. Dessverre er det bare Levaxin (T4) og Liothyronin (T3) som er på Blå resept, de andre er på reseptfritak og pasienten må betale selv! Det samme med andre viktige hormoner DHEA (hjelper på opptaket av T3 og Cortisol, humor og følelseslivet) og 5-HTP som er Serotonin (våkenhormonet) og Melatonin (søvnhormonet) lurt å ta de to siste sammen, slik at balansen mellom disse ikke blir ustabil, det går ut over psyken, igjen.

#### **Kosthold er viktig både for forbrenningen og for å få kroppen i fysisk og psykisk balanse**

Allsidig kosthold, med mat fra bunnen av er svært viktig, i tillegg til å ikke spise seg «stappmett», og drikke mye vann med sitron. Salat eller wok med mye grønnsaker, litt fisk eller kjøtt, kikerter, bønner, linser, litt brun ris, er en god base som gir mye energi utover dagen. Grovbrød, spise ofte og lite (råd fra en idrettslege som er spesialist på stoffskiftesykdommer). Til frokost, frokostblanding, med havregryn, eple, banan, bær, nøtter og kefir eller naturellyoghurt, gir god energi og sukkeret i frukt og bær, en god «våkenenergi». Frukt til frokost og formiddagen (bedre konsentrasjon og våken tilstand) og proteinrik kost om kvelden (gir bedre søvn). Eple og nøtter balanserer blodsukkeret og bukkehornfrø hjelper på ødemer/for mye vann i kroppen, som også ser ut som «fedme» og overvekt. Vi trenger de langsomme karbohydratene, grovbrød, litt potet, kikerter f.eks.

Både fysisk og psykisk helse blir påvirket av sorg, store påkjenninger, overtallighet på jobb, stress, mangel på søvn og hvile. Datastråler fra trådløst nettverk stresser hormoner og nyrer og gir ubalanser her. Tilgjengeligheten døgnet rundt er heller ikke bra! Hvis interesse rundt EI-overfølsomhet, finnes info på Strålevern, FELO (Forening for EI-overfølsomhet), Einar Flydals Web- og FB-sider. I HELSEMAGASINET nr. 2, 2016 (WSO har dette) står en artikkel som forteller at Stoffskiftesykdommer har doblet seg etter mobil- og smarttelefonbruken, fra 1990 tallet.

**May-Sylvi Nilsen**

#### *Husk*

*Hvis du strever så  
skal du vite  
det at da  
skal du gjøre  
det for kjærlighet*

*- Trond Worren -*



## WSO-SIDEN · LEDEREN HAR ORDET!

**Håkon Rian Ueland**

Styreleder, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome

### Kjære deg

Vi har alle vår historie. Noen av oss har fått mer historie enn andre. Noen har fått kjærlighet i oppveksten – andre har ikke. Noen har måttet søke kjærlighet hos andre. Og noen ganger – hos feil person.

Mange av oss har traumer. Vi har hatt opplevelser som har satt sitt preg på livet – og for noen har opplevelsene vært så vanskelige at vi ikke føler det er verdi i å leve videre.

For mange år siden var jeg én av dem. I den tiden skrev jeg dikt. Jeg har diktene liggende et sted på rotetrommet, men har dem ikke foran meg nå. Men jeg kan prøve å gjengi ett av dem.

Jeg ønsker deg en vakker sommer. Takk for at du leser Søkelyset.

Hilsen Håkon

### Om jeg kunne

**Håkon Rian Ueland, 1997-2018**

Om jeg kunne ta dine nevroser, dine traumer, dine depresjoner.  
Pakke dem pent i rosenblader og svelge dem, la dem forsvinne,  
så ville jeg ikke det.

For de er dine.

De er en del av deg, en del av det som har skapt  
det fantastiske som er deg.

Vi er ikke bare solskinn og vakre dager i mai.  
Vi er også mørke, og gjennom mørket skjerper vi våre sanser,  
vi utvikler vårt intellekt, og vi blir mer ekte.

Så om jeg kunne, ville jeg ikke.

For du er deg i kraft av hele din historie.

Og om akkurat dette øyeblikket er vanskelig og vondt,  
så kommer det et nytt øyeblikk.

Et øyeblikk hvor lykken kan smile frem bak en sky.

Hvor lottogevinsten kan sprette frem.

Hvor kjærligheten kan titte på deg med et skjevt smil,  
og stryke deg varsomt over kinnet.

Kjære deg. Nyt at du er du. Det finnes ikke flere av deg.

Og jeg er så glad for at nettopp du finnes.



Reprint fra LPPs sider i PsykOpp Nytt, etter tillatelse.

Av **Bjørg Njaa**. LPP's representant i Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp

# Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp

## 1 Bakgrunn

I mars 2010 ble medikamentfrie tilbud for første gang nevnt i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til de regionale helseforetakene.

Her vises det til «Nasjonal strategi for redusert og riktigere bruk av tvang», hvor det nevnes minimumskrav til regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang, herunder medisinfrie behandlingstilbud. Andre alternativer som nevnes er brukerstyrte plasser, ambulante team, individuelle planer, inkludert rettighetskontrakter og kriseplaner.

Kampen mot tvangsmedisinering og for retten til medisinfri behandling har vært en sentral del av brukerorganisasjonenes kamp mot tvang i mange år forut for opprettelsen av Fellesaksjonen. I utvalg, på møter i departement og direktorat, på seminar og på høringer i Stortinget hadde også LPP's og senere WSO's Meneskerettighetsutvalg en viktig rolle. Dette er en del av bakteppet for Fellesaksjonen.

LPP's store todagers konferanse «TVANG & Frivillighet i psykisk helsevern» i 2004, utgjør også en del av dette bakteppet. På konferansen kom det fram at tvangsmedisinering ble opplevd som mest traumatisk – sammen med innleggelse med politi og håndjern. Konferansen ble organisert i samarbeid med Norsk Psykiatrisk forening, Norsk psykologforbund, Norsk Sykepleierforbund og Universitetet i Tromsø.

I Berntutvalgets rapport fra 2010 er det også forslag om å prøve ut medisinfrie alternativer. Her nevnes psykoser spesielt.

I 2010 ble det oppnevnt et lovutvalg, «Paulsrudutvalget». Utvalget skulle «utrede regler om tvang mv. innen psykisk helsevern», blant annet se nærmere på vilkårene for behandling under tvang, herunder tvangsmedisinering. Dette ga brukerorganisasjonene håp om at det skulle bli slutt på tvangsmedisineringen. Da rapporten kom, ble det klart at det ikke ble noen endringer som innebar forbud mot tvangsmedisinering.

Samtidig anbefaler Helsedirektoratet ulike former for medisinfri behandling; som i «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon» og i «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser». Men lite er oppnådd i praksis, til tross for brukerorganisasjonenes langvarige arbeid og helsemyndighetenes anbefalinger.

Dette førte til at brukerorganisasjonene måtte finne andre strategier. Det nyttet ikke lenger å stole på myndigheter og offentlige utvalg; saken måtte tas i egne hender. Gjennom et samarbeid mellom fem brukerorganisasjoner innen psykisk helsefelt, ble så Fellesaksjonen dannet på brukerkonferansen på Hamar i 2011. Aksjonsgruppa har fra starten av bestått av Aurora, Hvite Ørn, LPP, Mental Helse og WSO. I brev til helseminister Anne Grete Strøm Eriksen ble aksjonens krav om medisinfrie enheter i alle landets helseforetak presentert. Fire år senere (2015) kom helseministerens oppdragsbrev om opprettelse av medisinfrie behandlingstilbud i alle regionale helseforetak innen 1. juni 2016. En mangeårig kamp ble kronet med seier. Dette ble mulig gjennom flere års samarbeid mellom organisasjonene med fokus på én ting: Medisinfrie behandlingsforløp. Selv om det har vært behandlere som har praktisert medisinfritt i Norge og en rekke andre land, er Norge det eneste landet som har medisinfrie tilbud som et statlig initiativ.

## 2. Mandat og målsetting. Grunn dokumentet

Medisinfrie tilbud innebærer valgfrihet. Det betyr ikke at Fellesaksjonen er mot bruk av medisiner. Men det gir mulighet til å velge den behandlingen man har mest tro på selv, og mulighet til å velge seg bort fra (tvangs-)medisinering.

Medisinfrie tilbud er et alternativ basert på menneskers tilfriskningserfaringer – og på erfaringer og

kunnskap om skader påført av medisiner.

Fellesaksjonens grunndokument utgjør Fellesaksjonens mandat. Grunndokumentet er forankret i de respektive organisasjonene og er styrende for Fellesaksjonens arbeid. Grunndokument ble overlevert statssekretær Øye 11. februar 2013.

### Utdrag fra Grunndokumentet:

*Det handler om frivillighet, om retten til å velge behandlingsform*

*De som ønsker en legemiddelfri behandling står i dag uten tilgjengelige døgntilbud i psykisk helsevern. Medisinfrie behandlingsforløp handler ikke om å være for eller mot medisiner, det handler om muligheten til å velge den behandlingen du selv har tro på og ønsker. Det handler om valgfrihet.*

*For å opprette døgntilbud også for denne gruppen ønsker vi at:*

*Det må etableres medisinfrie enheter i alle landets helseforetak. Med medisinfrie tilbud mener vi medisinfrie døgnbaserte behandlingssenheter som et reelt og etablert valg tilgjengelig for mennesker i krise, hvor*

- 1. man ikke blir utsatt for tvangsmedisinering, eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse.*
- 2. grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med.*
- 3. det kan utvikles gode behandlingsskulturer for ikke-medikamentell behandling, som kan styrke et fagfelt og fagpersonell med behov for kunnskapsutvikling.*

*Medikamentfrie tilbud som tvangsreducerende tiltak.*

*Opptrappingsplanen slo fast at det var et uttalt mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Så langt, i 2013, har man ikke lyktes med dette, det viser seg at tvangsbruken faktisk har gått noe opp. En bedre utbygging og organisering av allerede eksisterende behandlingstilbud er altså ikke i seg selv nok til å redusere bruk av tvang.*

*Hva da med oppbygging av nyskapende behandlingstilbud, medisinfrie tilbud? Dette er fortsatt ikke prøvd, til tross for sterkt påtrykk fra organisasjonene om at dette trengs.*

Opptrappingsperioden for psykisk helse (1997-2008) hadde et uttalt fokus på å bedre situasjonen for de «alvorligst syke». Men fokuset ble etter hvert dreid vekk fra denne gruppa og over mot «lettere» psykiske lidelser.

Siden det store flertallet av dem som blir tvangs-

medisinert med antipsykotiske medikamenter har en psykoselidelse, siden tilbud som kan gi et bedre liv til denne gruppa fortsatt er mangelvare, til tross for mange løfter om bedring, mener Fellesaksjonen at de medisinfrie tilbudenes målgruppe bør være alvorlige lidelser, psykoselidelser.

### 3. Hva er oppnådd? Status

Medisinfrie tilbud er nå startet opp eller er på planleggingsstadiet i alle de regionale helseforetakene, ifølge oversikt pr. 1. april 2017. En opptelling viser snaut 20 tilbud av ulik type og omfang.

Det er valgt ulike modeller. Noen har egne enheter, andre har medisinfrie plasser integrert i «vanlige» avdelinger. I Helse Bergen tilbyr alle DPS'er medisinfri behandling. Dette er et treårig forsøksprosjekt, og omfatter både poliklinikker og døgnbehandling.

Antall plasser varierer ifølge oversikten fra 1-6. Med så få som 1-2 plasser, kan det bli vanskelig å utvikle et medisinfritt miljø.

Når det gjelder målgruppe, varierer også det. Psyko-ser/alvorlige lidelser/psykoseproblematikk er prioritert noen steder, andre steder satses det på «lettere» diagnoser. Noen steder en kombinasjon.

Det er også ulik innretning når det gjelder medisiner og muligheten for nedtrapping. Kravet om medisinfrihet før innleggelse er for eksempel i Tromsø frafalt, nå gis det nedtrapping etter innleggelse. Det kan og se ut som at noen satser på fortsatt medisinering.

Innholdsmessig er det svært mange og varierte tilbud. Det kan inneholde fysisk trening og friluftsliv, musikkterapi, kosthold og ernæring, kortidsterapi, gruppeterapi, jobbveiledning m.m.

Noen av tilbudene er i tråd med Fellesaksjonens målsetting, andre fraviker på en del punkter. Det gjelder særlig målgruppe og spørsmålet om egne enheter eller integrerte enheter. Integrerte enheter innebærer at **dvs** at plassene fins på «vanlige» avdelinger.

### 4. Hva kan medisinfrie tilbud bety for pårørende?

I Grunndokumentet pekes det på to faktorer som er særlig relevante for pårørende; tillit som forutsetning for gode resultater og at påtvingen bruk av medikamenter er konfliktskapende:

#### Tillit en forutsetning for gode resultater

*Forskning viser at pasienten må ha tillit til behandler for å bli bedre. For mange kan psykiske helsetjenester bli det motsatte. Mange forteller at de ikke tør å oppsøke hjelp, fordi tvang og tvangsmedisinering har gjort at de har mistet tillit til hjelpeapparatet. De har opplevd å få en behandling med medikamenter*



*som ikke har hjulpet. Et medisinfritt tilbud som er tilgjengelig for dem som ønsker det vil kunne gjenopprette tilliten og føre til at flere søker hjelp i tide.*

### **Påtvunget bruk av medikamenter er konfliktfylt mellom pasient, behandler og familie.**

*Bruk av psykofarmaka er for mange et konfliktfylt tema, ikke bare mellom pasient og behandler men også mellom pasient og pårørende. En del pårørende opplever å bli stående i skvis mellom en nærstående som ikke ønsker å bruke medikamenter og behandlingsapparat som krever dette, noe som kan føre til tillitsbrudd. Fordi det ikke finnes annen tilgjengelig behandling hvis kriser oppstår, vil også pårørende kunne føle seg presset til å godta eller presse på for medikamentbruk til tross for at de selv har store betenkeligheter i forhold til medikamentene, og ønsker å støtte pasienten i hans eller hennes ønsker. Dette beskrives som en svært vanskelig situasjon, som kan føre til splittelse og tillitsbrudd. Ved tilgjengelige medisinfrie behandlingstilbud vil også pårørendes situasjon kunne bedres og konflikter dempes, ved at man får den hjelpen man trenger og ønsker*

Å legge til rette for involvering av pårørende er viktig generelt, og ikke minst når det gjelder medisinfrie tilbud. I en kronikk i Dagens medisin (Røssberg og Terjesen, november 2017) pekes det på at bortsett fra noen få steder prioriteres ikke familiearbeid av dem som leder avdelingene, og at entusiastiske tiltak har en tendens til å dø ut etter kort tid.

De slår fast følgende fakta som jeg oppfordrer pårørende til aktivt å vise til og bruke:

*Familiearbeid er et viktig element i alle internasjonale behandlingsretningslinjer som fagfolk er forpliktet til å følge. Det skulle ikke være mulig å velge bort en slik behandlingsform som er så godt beskrevet i nasjonale og internasjonale retningslinjer.*

## **5. Hvordan gå fram for å få plass i et medisinfritt tilbud?**

*Fra helseforetakenes websider:*

*Fastlegen kan henvise deg til den lokale spesialisthelsetjenesten med informasjon om at du ønsker et medisinfritt tilbud. Den lokale spesialisthelsetjenesten vil sammen med deg vurdere om dette er et egnet tilbud for deg. Henvisninger må komme fra spesialisthelsetjenesten.*

De som har en behandler i spesialisthelsetjenesten, må altså be sin behandler henvise til medikamentfritt tilbud. De som ikke har en behandler må be sin fastlege henvise til den lokale spesialisthelsetjenesten som henviser videre. Ingen god løsning for dem som har tvangserfaringer og ikke har tillit til sin lokale DPS.

Det har og vist seg at en søknad kan stoppes i helseforetaket av psykiatere som mener at medisinfritt tilbud ikke egner seg. Ut fra de nåværende retningslinjer, kan det heller ikke søkes hvis man er tvangsinnlagt. Det betyr altså at de som er underlagt tvang ikke har mulighet til å søke om medisinfri behandlingstilbud.

Dagens regelverk og søknadsprosedyre for medisinfri behandlingstilbud er tungvint og byråkratisk. Videre er det også et problem at søknadens utfall kan gjøres avhengig av holdningene til medisinfrihet hos den psykiater som behandler søknaden. Dagens søknadsprosedyre innebærer med andre ord at behandleres skepsis til medisinfrie tiltak kan bli et hinder for motiverte og egnede pasienters rett til å velge behandlingsform.

En endring som vil forenkle søknadsprosedyren vil være å gi fastlegen rett til å søke direkte til den medisinfrie enheten. Videre bør retten til medisinfritt behandlingstilbud utvides slik at også de som er underlagt tvang gis mulighet til å velge et medisinfritt tilbud, som for øvrig også skal innebære nedtrapping av medisiner. Og endelig bør en innarbeidet tro på medisiner kombinert med skepsis til medisinfrie tilbud ikke hindre pasienters rett til å velge behandlingsform.

Det er meldt om enkelte problemer med å få nok søkere. Dette kan skyldes manglende informasjon om tilbudet, men også den tungvinte søknadsprosedyren, og skepsis hos den instans som behandler søknadene

## **6. Noen utfordringer**

Medisinfrie behandlingstilbud er i sin oppstartsfase. Det skal gås opp nye veier; noe som vil innebære utfordringer

### **Egne enheter for medisinfrihet**

Egne enheter for medisinfrie plasser er et viktig krav fra Fellesaksjonen, framfor integrerte enheter hvor medisinfrie plasser inngår i en ordinær avdeling. Felles-

aksjonen begrunner dette med at egne enheter gir de beste mulighetene til å utvikle en kultur der ansatte har interesse av og tro på at det er mulig å mestre alvorlige psykiske lidelser uten bruk av antipsykotiske medikamenter. Å være omgitt av en kultur hvor medisinerer er en etablert praksis, kan gjøre et slikt utviklingsarbeid vanskeligere. Det er likevel så langt opprettet flest plasser i integrerte enheter.

### **Psykoselidelser som målgruppe**

At medisinfrie tilbud skal rettes inn mot psykoselidelser (jfr. grunndokumentet) og ikke dreie over mot «lettere» lidelser er en annen viktig utfordring. I tilknytning til dette blir det viktig å øke toleransen for «ufarlig galskap», som innebærer at en verken vil være til fare for seg selv eller andre.

### **Reelt fokus på medisinfrihet**

Fortsatt fokus på medisinerer, og manglende eller sviktende planer for nedtrapping er et problem og en utfordring. Overmedisinerer, flere medikamenter sam-

tidig, og langvarig/livslang medisinerer er solid etablert som praksis i psykisk helsevern. Vi må derfor være på vakt, slik at medisineringsstenkingen ikke blir med under merkelappen «medisinfritt» og dermed svekker intensjonen bak Fellesaksjonens forslag om medisinfrie enheter.

### **Ukjent terreng krever vilje til nytenkning**

Engstelse hos både fagfolk og fotfolk for å gå inn i ukjent terreng er en mulig utfordring. På den ene siden mangler både erfaringer og kunnskap om alternativer til dagens medisineringspregede psykiatri. På den andre siden fins det erfaringsbasert kunnskap; både klinisk empiri og brukererfaringer om vellykket medisinfri behandling. Men dette er i liten grad gjort kjent på systematisk vis; det vil si at kjennskapet til disse erfaringene trolig er spredt og tilfeldig. Kunnskapsgrunnlaget i mange behandlingsmiljøer rommer med andre ord ikke den erfaring, kunnskap og forskning som fins. Eller som vi også har innsett; denne kunnskapen og disse erfaringene tas ikke på alvor, avvises. Når det er sagt, i Fellesaksjonen ser vi samtidig en økende interesse og engasjement for medisinfrie tilbud hos fagfolk.

### **Se muligheter. Ikke forsvarlighetstenkning som begrenser**

Tradisjonell forsvarlighetstenkning kan fungere som et hinder for fag- og kunnskapsutvikling. Fra psykiaterhold møter vi ofte argumenter om at medisinfrie tilbud er uforsvarlig. Etter vårt syn er det tvert i mot de skadene medisineringen påfører pasientene som er uforsvarlig. Og; Å ikke ta pasientens dårlige erfaringer på alvor; DET er uforsvarlig.

### **7. Medisinfrie tilbud reduserer tvang**

Medisinfrie behandlingstilbud er et frivillig og tvangsreducerende tiltak. Blant pårørende i og utenfor LPP er det ulikt syn på tvang. Noen pårørende er imot tvang fordi de er opptatt av skadevirkningene. Andre opplever tvangsbruk og tvangsinnleggelse som den eneste veien til en levelig hverdag, fordi en da kan slippe unna daglige påkjenninger. Dermed kan tvangsreducerende tiltak oppleves som økt belastning, og som en trussel. For sterkt belastede og utslitte pårørende er dette ikke vanskelig å forstå. Det er også slik at noen pasienter uttrykker at tvangen har vært bra og nødvendig. Dermed kan pårørende og pasienter bli talspersoner for tvang og for mer tvang. Nå som kunnskaper om skader på grunn av tvang og medisinerer blir bedre kjent, vil trolig flere pårørende støtte medisinfrihet og økt frivillighet.

Medisinfrie tilbud, sammen med lovendringen om samtykkekompetanse som trådte i kraft 1. september 2017, har både sterke tilhengere og motstandere blant psykiatere. Fra motstanderne framstilles det som ufor-



Gustav Vigeland's skulpturer i Vigelandsparken, foto: May-Syvi Nilsen.

svarlig, som ansvarsfraskrivelse, som et svik mot de pårørende. MEN: Sviket mot de pårørende er ikke økt frivillighet og tvangsreducerende tiltak som medisinfrie enheter. Sviket mot de pårørende, og «deres» pasienter er derimot at det nesten ikke er utviklet alternativer til tvang. Til tross for dokumentasjon på skader av tvang, til tross for bestemmelsen i Lov om psykisk helsevern om at frivillighet skal prøves først. Og til tross for at dette også understrekes i Opptrappingsplanen for psykisk helse, er det med få unntak ikke fulgt opp med virkemidler.

Pårørende kan tvinges til tvang for å holde ut, fordi alternativene ikke fins eller ikke synes. Dette blir et paradoks og et stort dilemma i forhold til dokumenterte skadevirkninger av tvangsbruk. For forskningsbasert dokumentasjon av skadevirkninger ved tvangsbruk og frihetsberøvelse, vises det til Paulsrudutvalget; «NOU 2011:9. Balansegang mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet». På oppdrag fra utvalget foretok seniorforsker Reidun Norvoll en gjennomgang av litteratur om skader som kan oppstå ved tvang. Skadene kan være både emosjonelle, kognitive eller fysiske. Det beskrives ti ulike former for skade som kan oppstå i psykisk helsevern:

- Fysisk skade og død
- Vold og overgrep
- Traume (i diagnostisk forstand), retraumatisering og Posttraumatisk stressyndrom (PTSD)
- Krenkelse av autonomi og fysisk og psykisk integritet, samt begrensninger i bevegelsesfriheten (frihetsberøvelse)
- Krenkelser, tap av verdighet og opplevelser av straff
- Psykisk ubehag i form av skam, angst, sinne, avmakt, depresjon og fall i selvtillit
- Sosiale belastninger, skade av sosial identitet og redusert mulighet for senere deltakelse i vanlig sosialt liv
- Tap av tilgang til egne mestringsressurser og selvutviklingsmuligheter
- Skade på behandlingsrelasjon og mistillit til psykiske helsetjenester. NOU 2011:9: Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet.

Samtidig som pårørende kan bli talspersoner for mer bruk av tvang, i Norge som i andre land, er dette i strid med myndighetenes og politikernes uttalte målsetting om reduksjon av tvang.

Det trengs mot og kraft til å gå nye veier. Dette er særlig viktig i et felt hvor verdighet, integritet, selvbestemmelse og menneskerettigheter står på spill. Økende interesse og støtte blant fagfolk for medisinfrie enheter er et godt tegn.

Det er på tide med en sterk satsing som kan gi håp om endring – ikke minst for «de dårligste». Pårørende



oppfordres til å bli aktive medspillere i utviklingen av medisinfrie tilbud, både når det gjelder å etterspørre plasser, som samarbeidspartnere og som vaktbikkjer.

## 8. Tvang, frihetsberøvelse og medisinfrie tilbud i et menneskerettighetsperspektiv

Medisinfrie enheter er tiltak som også kan begrunnes i lys av menneskerettighetene, FNs spesialrapportør for tortur og FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD 2008). Psykiatrisk tvangsbehandling og frihetsberøvelse er i strid med CRPDs prinsipp om ikkediskriminering. Det betyr at det er diskriminering å tvangsbehandle og frihetsberøve et menneske på grunn av en fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse.

I rapport til FNs generalforsamling i 2008 uttaler spesialrapportøren for tortur at beskyttelsen etter torturkonvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne vil bli skjerpet som følge av den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I avsnittene 40 og 41 heter det:

*Mennesker med nedsatt funksjonsevne utsettes for medisinsk eksperimentering og inngripende og irreversible medisinske behandlinger uten å ha gitt sitt samtykke (for eksempel sterilisering, abort og intervensjon med sikte på å korrigere eller lindre en funksjonsnedsettelse, deriblant elektroshokkbehandling og bruk av psykoaktive stoffer som nevroleptika). FNs spesialrapportør er bekymret for at slike handlinger, når de begås mot mennesker med nedsatt funksjonsevne, i mange tilfeller ikke blir synliggjort eller at de rettfærdiggjøres, og ikke anerkjennes som tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. (Sitert etter NOU 2011:9: Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, s. 69)*

# Til debatt

## Åpner medikamentfritt behandlingstilbud på sikt et paradigmeskifte som realiserer recovery slik at schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom/uføretrygd reduseres til en tredjedel og recovery mer enn firedobler?

Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp har jobbet siden 2011 for medisinfrie tilbud. I et brev til de regionale helseforetakene (RHF) den 26. november 2015 ga Helse- og omsorgsdepartementet frist til 1. juni 2016 med å etablere medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Ingen av helseforetakene klarte det innen fristen. Men nå i 2018 har det i alle helseregioner kommet tilbud på plass som for eksempel Tromsø, Ahus, Lovisenberg DPS, Vestre Viken, Bergen, Telemark, Vestfold, Østfold, Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Det har fra flere blitt stilt spørsmål om medisinfrie avdelinger er faglig forsvarlig. Jeg har tatt opp med både Røssberg og Larsen spørsmålet om faglig forsvarlighet og tilføyet pasientperspektivet i bidragene til Dagens medisin «Realitetsfjernt om medikamentfri behandling», «Langvarig bruk av antipsykotika reduserer tilfriskning for mange» (dvs. ca. 40 %) og i Legetidsskriftet om: «Effekten av vedlikeholdsmedisinering» i et langtidsperspektiv. Debatten var til dels ideologisk preget. Medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening Kjetil Slagstad «Diskusjonen om medisinfrie tilbud innen psykisk helsevern handler om hva psykiatri er – og hva det bør være», professor Sami Timimi og professor Peter Gøtzsche (Aftenposten 27. juni 2016) pekte på evidens for medisinfri behandling.

Open dialogue behandler 83 prosent av pasientene medisinfri i et langtidsperspektiv og oppnår at pasienter med diagnose schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom uføretrygd reduseres til en tredjedel og recovery mer firedobles fra mindre enn 20 til 80 prosent. Åpner det døren til et paradigmeskifte? Derfor ble NPF, TIPS, NORMENT UiO oppfordret å forske på disse gode behandlingresultatene.

Hvorfor er motstanderne av medisinfri behandling så lite interessert i gode behandlingresultater og mottagelig for ny informasjon og fremskritt? Jeg setter pris på at det følger forskning og evaluering med opprettelse av medikamentfritt behandlingstilbud. Ifølge Leucht et al 2009 oppnåes 50 prosent reduksjon eller mer av psykotiske symptomer for 41 prosent minus 24 prosent for placebo lik 18 prosent dvs. et for et lite mindretall (1

av 6 pasienter) i begynnelsen av psykosen. Det er verd å legge merke til at placebo, pasientens iboende evne for tilfriskning er mer effektiv dvs. nesten hver fjerde pasient oppnår bedring. Allikevel blir nesten alle med schizofreni-diagnose medisinerert ifølge Standardbehandling ifølge retningslinjene derimot fører til overmedisinering: TIPS medisinerer alle, Svedberg et al. 2001 93 %, i Australia mer enn 90 % brukte psykotrope medisiner (Waterreus et al., 2012).

Det er etterhvert mange forskere som peker på lavere doser og medisinering («Rethinking Antipsychotics»: Recovery Rates and Long-term Outcomes for Unmedicated Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders) av færre pasienter med schizofreni diagnose som et forbedringspotensial. Spørsmål er da hvilket nivå er optimal og for å sette saken på spissen: hva skjer uten å gi medisiner?

Dessverre er evidensgrunnlaget av medisinfri behandling liten kjent. Nylig har det blitt vist at medisinfri behandling dvs. recovery orientert kognitiv terapi på gruppenivå gir bedre behandlingresultater enn medisinering. Paul M. Grant et al 2017 viser i «Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R) for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia» i en randomisert studie at sammenlikningen var i favør av CT-R «significant benefits for individuals assigned to CT-R compared with standard treatment»...«CT-R produced durable effects that were present even among individuals with the most chronic illness.»

Effekten av fysisk aktivitet er dokumentert å være bedre (Gorczynski P, Faulkner, G 2010: Exercise therapy for schizophrenia) sammenliknet med standard behandling med medisiner. «Two trials compared exercise to standard care and both found exercise to significantly improve negative symptoms of mental state (Mental Health Inventory Depression: 1RCT (randomised controlled trial), n=10, MD (medium difference) 17.50, PANSS negative (symptoms): 1RCT, n=10, MD -8.50).»

Det finnes mange studier om effekt av medisinfri behandling. Fra et pasientperspektiv stilles følgende spørsmål om grunnene til Open dialogues gode behandlingresultater, dvs. at recovery firedobles, schizofreni





per år reduseres til en tiendedel og uføretrygd/sykdom reduseres til en tredjedel.

Kan disse spektakulært gode behandlingresultatene forklares med?:

- 24-timers responstid i akutte kriser?
- Betingelsesløst aksept av pasientens ressurser og person som apriori ekskluderer tvang og skaper et tillitsforhold bygget på respekt?
- at 83 prosent behandles medisinfritt i et langtidsperspektiv sammenliknet med mer enn 2/3 del medisinert med antipsykostika ifølge standard behandling (ca. 70 % TIPS, 75 % Svedberg et al 2001)?
- alle blir hørt og avgjørelser gjøres transparent og i fellesskap?
- eller andre prinsipper Open dialogue bruker?

Opprettelsen av medikamentfritt tilbud ønskes velkommen. Det åpner nye behandlingsmuligheter med bedre helbredelse.

Med vennlig hilsen

Walter Keim

Netizen: <http://walter.keim.googlepages.com>

#### Referanser:

- Medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening Kjetil Slagstad: Diskusjonen om medisinfrie tilbud innen psykisk helsevern handler om hva psykiatri er – og hva det bør være
- Walter Keim. 7.12.2017. Paradigmeskifte: Open dialogue firedobler recovery, reduserer schizofreni per år til en tiendedel og uføretrygd/sykdom reduseres til en tredjedel
- The Door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open. A MIA Report: Norway's Health Ministry Orders Medication-Free Treatment. By Robert Whitaker - March 25, 2017
- Walter Keim. 26.1.2018. Evidens for nevroleptika og medisinfri behandling og negativ evidens for langtidsmedisinering

**Walter Keim**, pensjonert høyskolelærer, 13. februar 2018  
Tlf.: 454 35 004. Albergskleiva 64, 6657 Rindal

# Anbefalte bøker og hvor de kan kjøpes

## Bøker til salgs på WSO-kontoret:

Bøkene kan kjøpes fra WSO ved personlig fram møte, på telefon 22 41 35 90 eller e-post til post@wso.no.

Ved sending i post kommer porto i tillegg (45,- kroner ved sending av en bok).

Betaling til kto. nummer: 0539.66.72792 (WSO OA).

Meld fra til kontoret når beløpet er betalt og boka blir sendt. Postlegging innen en uke etter betaling.

1. En KAMP for andres beste.  
Joar Tranøy ..... (ny) Kr 295,-
2. DEN STORE LØGNEN  
Bob Foss om elektrosjokk..... (ny) Kr 50,-
3. Psykoseutsatt. Hege Guerch..... (ny) Kr 200,-
4. CATCH 99  
Tormod Bakke, fredsaktivisten..... (ny) Kr 180,-
5. Tid for terapi av psykolog  
Dag Coucheron..... Kr 200,-
6. Hva har jeg vært med på?  
Edel Sæther og Thore Lie..... Kr 100,-
7. Hjernesnekkerne i den moderne psykiatri  
Del 2. Kritikk av den moderne psykiatri  
Åge Seljelid..... Kr 50,-
8. Hjernesnekkerne i den moderne psykiatri  
Del 3. Den psykiatriske pasienten og samfunnet  
Åge Seljelid..... Kr 20,-
9. Der hjertet hvisker. Dikt. Cecilia Høst..... Kr 50,-
10. Bur til en skadet fugl.  
Liv R. Lykkenborg..... Kr 200,-
11. Og psykiatrien skapte mennesket!  
Eva Ramm..... Kr 150,-
12. Psykiatri til å bli gal av. Eva Ramm..... Kr 145,-
13. Til Pasientens Beste. Joar Tranøy..... Kr 100,-
14. Reitgjerdet ødela mitt liv.  
Joar Tranøy..... Kr 100,-
15. Kjære Menneskebarn. Edel R. Sæther..... Kr 50,-
16. Pille. Trille. Karusell. Maja Thune..... Kr 100,-
17. Psykiatriens Houseparty. Vally Vegge..... Kr 50,-
18. Kampen for rettssikkerhet og menneskerettigheter  
– WSO sin historie. Joar Tranøy.....  
Kr 100,-
19. Introduksjon til menneskerettigheter.  
Hefte. Gro H. Thune og Siri Blesvik..... Kr 50,-

20. Tvang i psykisk helsevern.  
Hefte, lover og regler..... Kr 30,-
21. Når myndighetene gir faen.  
Lise Bangsbo..... Kr 150,-
22. Innenfor og utenfor- en sann fortelling  
om psykiatrisk behandling i Norge  
Mads Berge..... kr 150,-

Heftene Alternativer til tvang 1 og 2 fra Erfaringskompetanse. Medlemmer kan få disse gratis ved henvendelse til kontoret.

## Bøker Ark Bokhandel eller nettbutikk ark.no.

De leverer fraktfritt bestillinger over kr 249,- kr 39 i porto under kr 249,-.

- Maja Thune: Jeg har en drøm..... Kr 230,-  
Arnild Lauveng: I morgen var jeg alltid en løve. Kr 169,-  
Gunn Helen Kristiansen, Siv helen Rydheim og Else Merete Thyness: Drøm i våken tilstand.. Kr 260,-  
Robert Whitaker: En psykiatrisk epidemi..... Kr 316,-  
Peter Gøtzsche: Dødelig medisin og organisert kriminalitet, dansk..... Kr 395,-  
Peter Gøtzsche: Dødelig psykiatri og organisert fornektelse , dansk..... Kr 385,-

## Abstrakt Forlag nettbutikk: abstrakt.no

leverer for kr 75,- i porto pr bestilling

Bøkene kan også bestilles i en bokhandel

- Peter Kinderman:  
Fra sykeliggjort til aktiv deltager..... kr 345  
James Davies: Sammenbrudd - hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn..... Kr 345,-  
Joanna Moncrieff: Psykiatriske legemidler. En kritisk introduksjon..... Kr 235,-  
Joel Paris:  
Medisinering av psyken. En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri..... Kr 345,-

De fleste anbefalte bøker (pluss mange andre som ikke lenger er i salg) har vi også til utlån på WSO-kontoret for medlemmer som bor i eller i nærheten av Oslo.

Ellers kan alle bøker også lånes fra Erfaringskompetanse. De har et stort utvalg av fagbøker, skjønnlitteratur og biografier tilknyttet psykisk helse. De sender bøkene gratis i posten og du kan levere bøkene på nærmeste bibliotek. Kontakt nærmeste bibliotek og spør etter bøker eller skriv til dem pr. e-post: bibliotek@erfaringskompetanse.no.

 <p>WSO Landsforeningen We Shall Overcome</p> <p>Tlf. nr: 22 41 35 90 Besøksadresse: Møllergata 12 i Oslo</p> <p><a href="http://www.wso.no">www.wso.no</a></p>	<p><b>Fellesaksjonen</b> for medisinfrie behandlingstilbud</p> <p>Samarbeid mellom WSO, Hvite Ørn, Aurora, LPP og Mental Helse</p>  <p><a href="http://www.medisinfrietilbud.no">www.medisinfrietilbud.no</a></p>	 <p>Nasjonalt senter for <b>erfaringskompetanse</b> innen psykisk helse</p> <p><a href="http://www.erfaringskompetanse.no">www.erfaringskompetanse.no</a></p>
 <p>LFO Landsforeningen for Overvektige</p> <p><a href="mailto:overvektige@hotmail.com">overvektige@hotmail.com</a></p>	 <p>Hvite Ørn Frihet til forvandling</p> <p>Telefon: 481 84 801 eller 22 20 03 90 <a href="mailto:post@hviteorn.no">post@hviteorn.no</a> - <a href="http://www.hviteorn.no">www.hviteorn.no</a></p>	 <p>Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer</p> <p>Tlf. 22 20 99 83 <a href="mailto:post@aurora-stotteforening.no">post@aurora-stotteforening.no</a></p>
<p>Rådgivningstelefonen for pårørende</p> <p><b>22 49 19 22</b></p>  <p>PIO - Pårørendesenteret i Oslo</p> <p><b>Vi tar pårørende på alvor.</b></p> <p><a href="http://www.lpp.no">www.lpp.no</a> - <a href="http://www.piosenteret.no">www.piosenteret.no</a></p>	 <p>Stiftelsen <b>Rettferd</b> for taperne</p> <p>Storgata 26, 2870 Dokka 61 11 89 90 - <a href="mailto:post@taperne.no">post@taperne.no</a> <a href="http://www.taperne.no">www.taperne.no</a></p>	<p><b>Mad in America</b></p> <p>SCIENCE, PSYCHIATRY AND SOCIAL JUSTICE</p> <p><a href="http://www.madinamerica.com">www.madinamerica.com</a></p>
 <p><b>Landsforeningen av tidligere og nåværende brukere av psykiatrien</b></p> <p>Tlf: +45 66 19 45 11 Epost: <a href="mailto:lap@lap.dk">lap@lap.dk</a> - <a href="http://www.lap.dk">www.lap.dk</a></p>	 <p>MENTAL HELSE</p> <p><b>Mental Helse Norge</b></p> <p>Tlf: 09875 - epost: <a href="mailto:post@mentalhelse.no">post@mentalhelse.no</a></p> <p><a href="http://www.mentalhelse.no">www.mentalhelse.no</a></p>	 <p>Tlf. +45 35 35 66 47 <a href="http://galebevaegelsen.dk">http://galebevaegelsen.dk</a></p>

Kirkens SOS - døgnåpen	<a href="mailto:post@kirkens-sos.no">post@kirkens-sos.no</a>	22 40 00 40	<a href="http://www.kirkens-sos.no">www.kirkens-sos.no</a>
Mental Helses hjelpetelefon - døgnåpen	døgnåpen	116 123	<a href="http://www.mentalhelse.no">www.mentalhelse.no</a>
Legevakten i Oslo		116 117	
Voldtekstmottaket		23 48 70 90	
Sosial vaktjeneste		23 48 70 90	
Krisesenteret i Oslo		22 48 03 80	<a href="http://oslokrisesenter.no">oslokrisesenter.no</a>
Krisesenteret i Asker og Bærum	<a href="mailto:abkr@baerum.kommune.no">abkr@baerum.kommune.no</a>	67 50 83 83	
Reform Ressurscenter for menn	<a href="mailto:post@reform.no">post@reform.no</a>	22 34 09 50	<a href="http://www.reform.no">www.reform.no</a>
Støttesenteret mot incest i Oslo		23 31 46 50	<a href="http://sentermotincest.no">sentermotincest.no</a>
Franciskushjelpen - sorgtjenesten		22 70 76 80	<a href="http://fransiskushjelpen.no">fransiskushjelpen.no</a>
Stiftelsen Retretten	<a href="mailto:kontor@retretten.no">kontor@retretten.no</a>	22 20 93 92	<a href="http://www.retretten.no">www.retretten.no</a>
Norsk OCD forening Ananke	<a href="mailto:post@ananke.no">post@ananke.no</a>	40 10 33 66	<a href="http://www.ananke.no">www.ananke.no</a>
Uteseksjonen i Oslo		91 30 39 13	<a href="http://www.uteseksjonen.no">www.uteseksjonen.no</a>
Voksne for barn	<a href="mailto:vfb@vfb.no">vfb@vfb.no</a>	23 10 06 10	<a href="http://www.vfb.no">www.vfb.no</a>
Personlig ombud, Oslo		22 49 19 22	

## Rar

*Du er så  
rar*

*Du er en av  
oss....*

*Du går i  
den rare gaten  
tenkende om rarhet....*

- Trond Worren -