

SØKERLYSET

33. årgang - nr. 42 - Desember 2020

- et kritisk blikk på psykiatrien

EVA RAMM:

Hvem er seg selv?

JOAR TRANØY:

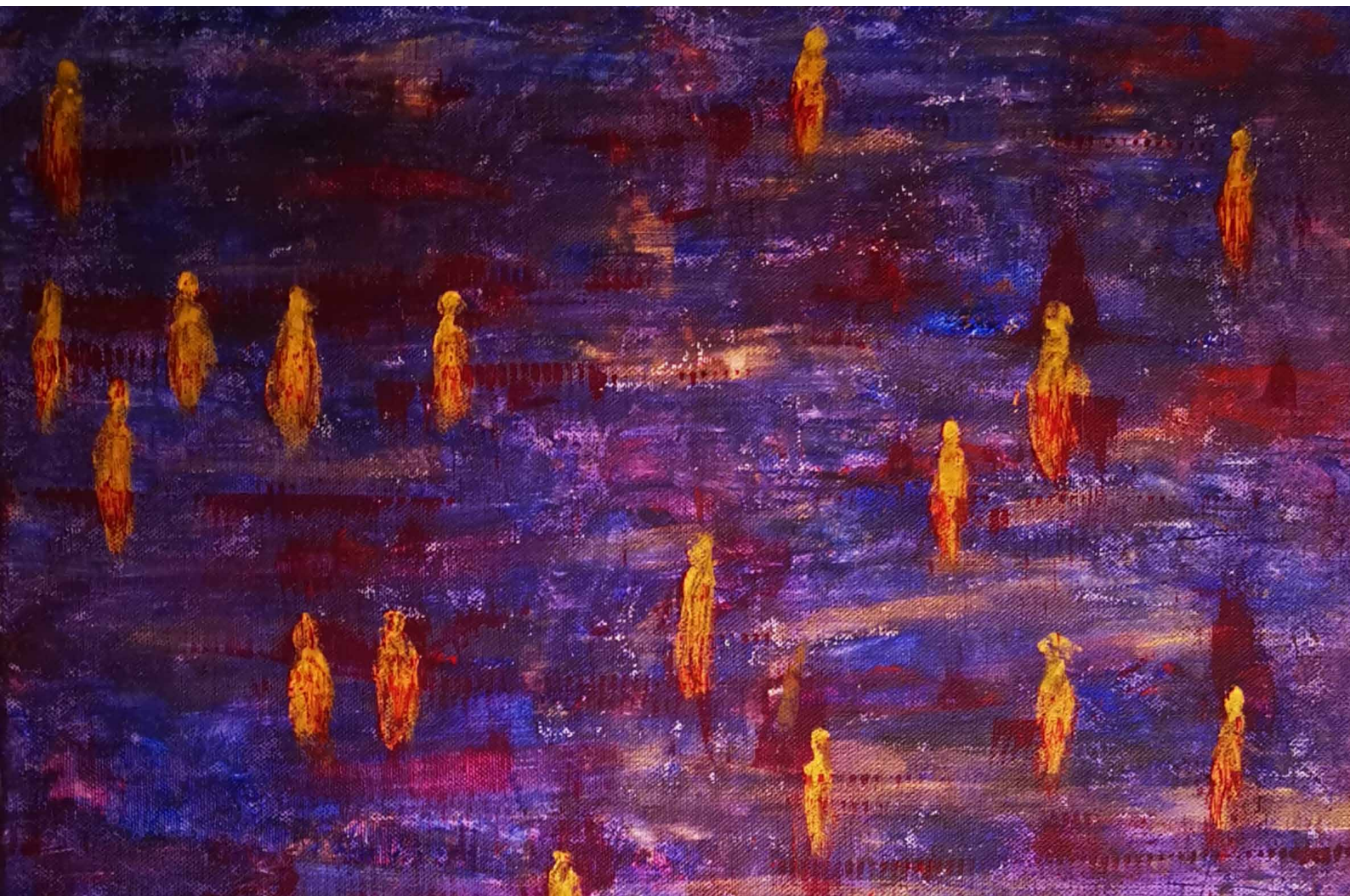
«Psykohysteri» og «Veteraner og pionerer i WSO»

VICKY ROBINSON:

JUSTIS-PSYK, min historie!

INGMUNN B. EIDSKREM:

Fra symptommaskering til søken etter underliggende årsaker i behandlingen av psykiske lidelser?



UTGIVER:

WSO - Landsforeningen We Shall Overcome
<https://wso.no>

ADRESSE:

Søkelyset
C/O WSO - We Shall Overcome
Østerdalsgata 1 I
0658 Oslo

sokelyset@wso.no

ANSVARLIG REDAKTØR:

Joar Tranøy

I REDAKSJONEN:

Dag Erik Tinghaug
Finn Halvorsen

WSO-SIDEN:

Mette Ellingsdalen

ILLUSTRASJON FORSIDE:

Siv Helen Rydheim

LAYOUT:

LFP Design, Lise Faye-Petersen

ABONNEMENT:

Kr 50 per nummer Gratis for medlemmer i WSO

LØSSALG:

KR 50,-

ANNONSER:

Modul 60 x 43 mm
Og fra 1/18 side til 1/1 side
sokelyset@wso.no

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

Trykket hos Nilz & Otto Grafisk AS

Psykohysteri

I følge myndighetene har halvparten av den norske befolkning behov for psykiatrisk hjelp i løpet av livet. Salget av psykofarmaka er nesten tredoblet i løpet av de siste 25 år. På psykiatrifeltet har antall diagnoser økt med 300 % siden midten av 1950-tallet.

Klinisk psykologi og psykiatri opptrer som vitenskaper som er nødvendig for det gode liv. Psykovitenskapene erobrer flere livsområder med fokus på dyrking av perfektjon og prestasjon. Sosialmedisiner Per Fugelli kalte med rette disse tendensene for «psykohysteriet». Han advarte mot disse tendensene for over 15 år siden.

Fugelli mente å se konturer av et psykiatrisk sorteringssamfunn. Han viser til kommersielle krefter i profesjon og livsstilsindustri som gjør mennesker til glansbilder. Negative avvik skal lukes bort eller behandles. Nyttige livsproblemer og eksistensielle spørsmål reduseres til nevrobiologiske avvik. Resultatet kan bli et mer ensrettet konformt «vellykket» samfunn lik Huxleys «Brave New World».

Det er flere årsaker til at psykovitenskapenes ekspansjon. En viktig årsak og virkning er innsnevringen av variasjonen for menneskelig rom. Kravene til prestasjon er blitt mye hardere, samtidig som familiene er gått i oppløsning, autoritetene bygges ned og skolegangen forlenges. Barns aktiviteter skal foregå ut fra selvkontroll – likeså læring – «ansvar for egen læring».

Presset på selvkontroll fører til at flere faller utenfor. Psykologien er med på å skape forestillingen om selvet som alle tings opphav og referansepunkt og den kommersielle forbruker-kulturen som det som lekegrind for «selv-realisering».

I stedet for å ta den politiske og kulturelle utfordringen trer psykovitenskapene inn som problemløser. Baksiden av livsformen som vi har utviklet løses med sykelliggjøring av de som ikke passer inn i mønsteret. Resultatet er diagnoser og medisiner. Psykospråket

erstatte det politiske. Sosiale problem blir forstått som emosjonelle problem. Bak ligger medisinalindustrien som ikke bare produserer medisiner, men konstruerer sykdommene som skal kureres. Konstruksjonene tjener lidendes behov som ønsker en anerkjent diagnose som er inngangsdør til rettigheter i samfunnet. På den måten er også ADHD blitt en attraktiv sykdom, til tross for at denne diagnosen er meget svakt medisinsk fundert. Det er nå helt politisk ukorrekt å kritisere ADHD-diagnosen selv om det ikke er påvist at det er en hjerneorganisk lidelse.

Psykovitenskapene terapeutiske verdier er en nyttig legitimeringskilde for et sekularisert samfunn og stat. Tidligere var det viktig å lese Bibelen og kunne «livets ord». I dag er det viktig for barns læring at de utvikler et sunt selvilde skapt mer eller mindre av psykologisert individualisme. Før var beskjednehet en dyd. I dag er det blitt diagnose som det er medisin for. Den frihet som etterstrebes i dag er en frihet i sjelsekspertenes vold.

*Joar Tranøy
Psykolog og forsker
Redaktør for Søkelyset*



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.

Innhold

- 4 Eva Ramm:
Hvem er seg selv?
- 6 Joar Tranøy:
Pionerer og veteraner i WSO
- 9 Joar Tranøy:
Medisinalindustriens profitt og etikk
- 9 Dag Erik Tinghaug:
Drømmer i søvn og våkenhet
- 10 Odd Volden:
– Nå skjer det!
- 12 Birgit Valla:
Barns egen opplevelse av medikamentbruk bør endre praksis radikalt!
- 14 Vicky Robinson:
Justis-psyk, min historie!
- 18 Annikken O. Skjæran:
Å lage fiskepinner av villaks – betraktninger rundt pasientrollen
- 20 Ingrid Groeggen:
Soria Moria – åpent brev til norske helsemyndigheter
- 22 Anonym:
Om tvang og beltelegging
- 24 WSO sidene – hilsen fra leder i WSO
- 26 Trond Worren:
Side 22 i dagboken
- 26 Dag Erik Tinghaug:
Ugunstig behandling av depresjon
- 27 Dag Erik Tinghaug: Farlig å bli fanget opp
- 28 Ingunn B. Eidskrem:
Fra symptommaskering til søken etter underliggende årsaker i behandlingen av psykiske lidelser?
- 38 Sigrun Tømmerås:
Tilbud for innbyggere med lesevansker
- 39 Joar Tranøy: Bokanmeldelse:
Sinnssykt – tekster fra et brukerperspektiv
- 40 Annonse fra Universitetsforlaget
- 42 Anbefalte bøker og hvor de kan kjøpes
- 47 Annonse fra Mad in Norway



KRONIKK

Av **Eva Ramm**, psykolog og forfatter.

Hvem er

Er det sant at personer med psykiske problemer kan bli «seg selv» igjen, hvis de får psykiatrisk behandling? I virkeligheten er nok «seg selv» et falsum. Vi skapes til stadighet av alt omkring oss og alle vi møter, likesom vi selv skaper andre og annet. Dermed blir også vårt jeg foranderlig.

Teorien om det flertydige jeg innebærer at alle ikke bare har en identitet, en offentlig «jeg-person», men faktisk flere jeg-varianter eller jeg-muligheter. Jo nærmere vi kommer det jeget som føler seg vel i vårt hode, og hjelper oss til å oppføre oss som hyggelige og nyttige medmennesker, jo lettere vil vi selv og andre godta at dette jeget er «oss selv». Medisiner kan ikke alene oppnå dette. Heller ikke tvang og straff.

Mye har skjedd siden jeg selv grodde opp. I min barndom løp forstyrrede mennesker omkring i gatene og skremte folk. Så kom medisinene. De dempet den psykiske uroen, og ga plagete mennesker mulighet til å unngå angst og depresjon. Men etter en stund svulmet både tablett- og diagnosebruken opp til det helt uhenksmessige, ofte med ødeleggende effekt.

Det ble etter hvert ganske lett å få en evigvarende psykosed diagnose klistret på seg. Hvem definerte den rette virkelighetsoppfatningen? Var psykiaterens virkelighet den eneste rette?

Det viste seg at mange pasienter ville anerkjennes for den de mente de var, med en livsoppfatning som også kunne omfatte paranormale egenskaper. På dette området har dagens psykiatere – og mange psykologer – mindre forståelse.

Mennesker med paranormale opplevelser burde slett ikke bedømmes som psykotiske, men heller som utstyrt med uvanlige evner, selv om slike naturligvis kan misforstås med uheldige konsekvenser. Korreksjon kan derfor

seg selv?

være nødvendig. Men til det kreves behandlere som har satt seg inn i emnet, og har tilgang til adekvat forskning. I dag skjemmes feltet blant andre av de som utnytter vår paranormale psyke kommersielt, som TV2-prosjektet «Åndenes makt». Troen på spøkelser har mer enn mye annet bremsset menneskets utvikling som fornuftsvesen.

Oppfatningen av at psyken har flere jeg-varianter, angriper blant annet sjelebegrepet som er basert på teorien om det entydige jeg, og derved diverse religiøs moral. Den har også betydning på felter som rettsfilosofi og oppdragelse. Men dagens psykiatere fortsetter å tenke på mennesket som en slags enhet fra fødsel til død, som trenger medisin eller operasjon for å fungere som «seg selv» igjen. Og muligheten for å bli et friskere menneske ved å forstå sin egen underbevissthets mangslungne veier, blir mindre.

I mine bøker har jeg også tatt opp emnet «mirakler», og påvist hvordan vår hjerne selvstendig kan opptre som hjelper ved å la et mer hensiktsmessig jeg ta seg av den situasjonen «man» måtte være havnet i. Mitt håndfaste bevis på at mennesket har flere fungerende jeger, er blant annet følgende:

I 1970-årene tegnet jeg automatisk direkte på A-3 ark store detaljerte tegninger med tusj, uten å vite hva det skulle bli, uten hjelpemidler, uten rettelser, og uten i det hele tatt å gjøre en feil. Beruset var jeg heller ikke. Det ble tegninger fulle av henvisninger og budskap ang. det jeg var opptatt av – livssyn og religion. Hele tiden kommuniserte jeg med en svært kompetent «indre person».

Denne tegneren viste en sterk, men vennlig personlighet, en intelligens langt høyere enn «min egen», og hadde en vilje og evne til å opplyse meg som den beste professors. Stilen var en tanke overbærende. Alle tegningene må ha foreligget som utkast i min hjerne før «jeg

selv» bestemte meg for å tegne, og uten at «jeg selv» bevisst hadde medvirket til deres belærende, filosofiske utforming.

I min hjerne har jeg altså både parapsykologiske evner og humoristisk sans, sikkert en mistenkelig blanding for mange. For meg har imidlertid disse evnene vært til stor nytte og glede. Kontakt med underbevisstheten behøver ikke hindre en god funksjon som menneske og fagperson, hvis man i tillegg bruker sin fornuft.

Parapsykologiske evner er i hvert fall noe som bør utforskes, forklares og gjerne brukes, ikke mistenkeliggjøres, diagnostiseres, medisineres - eller for den saks skyld - spøkes bort. For psykologer burde det være en oppgave å ta menneskets underbevissthet opp til fornyet diskusjon med psykiaterstanden, og prøve å hindre at flere personer med anlegg for å søke dypere i seg selv, havner som psykotisk diagnostiserte pasienter. Tiden kan være kommet for en tilnæringsmåte som i langt større grad tar i bruk kjennskapet til menneskets underbevisste krefter i arbeidet for en bedre psykisk helse.





Pionerer og veteraner i WSO

Harald Støren

Harald Støren ble medlem i WSO 1972 bare 16 år gammel. Han hadde erfaring fra tvangsinnleggelse i psykiatrien. Støren deltok 8. november 1972 i et møte om tvangsinnleggelse og rettssikkerhet der WSO og KROM (*Norsk forening for kriminalreform*) var arrangører. Støren var modig. Han stod fram i NRK-film som ble sendt i programposten «Vindu mot vår tid» i 1975. Støren vitnet om psykiatriske overgrep og delte sine erfaringer på åpne møter. Harald Støren var styremedlem i WSO. Han hadde god kontakt med Vera Grønlund. Støren skrev flere meget kritiske artikler om psykiatrisk tvang og undertrykking som kom på trykk i dagspressen.

Harald Støren samarbeidet med KROM som ville påvirke myndighetene til radikale endringer. Tema var

tvang og overgrep i psykiatriske institusjoner. Eksempler var blant annet fastbinding til seng (grunnet motstand fra den innlagte), bruk av isolat, tvangsinnleggelse uten å vite hvem som stod bak tvangsinnleggelsen (hva som ble sagt om en). Støren deltok i debattprogram om psykiatrisk tvang i NRKfjernsyn 1975 der han spilte sin egen tvangsinnleggelse og ble intervjuet i sammenheng med det. Harald Støren har fortsatt med sin systemkritikk av psykiatrien, og er i dag styremedlem i WSO Oslo/-Viken.

Petter Norløff

Petter Norløff ble medlem i WSO 1972. Han var i en periode redaktør i WSO-posten. Norløff var Vera Grønlunds venstre hånd som rettspolitisk konsulent på 1970- og 1980-tallet.

I WSOs medlemsblad «Menneskerett» (tidligere WSO-posten) nr. 3 1987: «Skal vi få feire WSOs 20-års-jubileum?» forteller Norløff om sitt engasjement og bakgrunn for å bli med i WSO : «Selv ble jeg med i foreningen i 1972 etter å ha blitt innbudt til å holde foredrag om rettspsykiatrien generelt og Reitgjerdet spesielt. Som kriminologistudent hadde jeg fått tillatelse til å besøke sykehuset i desember 1971. Det jeg så og hørte sjokkerte meg, og jeg følte trang til å meddele utenverden om de forferdelige forholdene. Jeg skrev flere artikler, og foredraget ble oversatt til nynorsk og trykket i ukeavisa Dag og Tid nr. 5 1972.»

Kritikken til Norløff var skarp og saklig. Kritikken av psykiatrien var direkte og konkret. Om forholdet mellom psykiateren og kontrollkommisjonen het det: «Forbrytaren får oppnevnt ein offentleg forsvarar. Det får ikkje den sjuke, istaden blir han stilt overfor ein inkvisitorisk lækjar. For å skape inntrykk av at det finst høve til å protestere, har lova, fastsett at kvart sjukhus skal vera underlagt ein kontrollkommisjon.»

I følge Norløff så var det ingen realitetsprøving der. «Men så lenge kontrollkommisjonen ikkje har noko avgjerdsrett, kan han ikkje gjera noko realitetsprøving av avgjerdene til sjukehusleiinga. Han blir derfor ingen reell kontrollinstans. No operar han som sandpåstrøyar og den beste støttespelaren for overlækjaren. Det utviklar seg gjerne til å bli eit godt tilhøve mellom kommisjonsformann og overlækjaren, og kommisjonene blir såleis integrert med sjukhuset.» Norløff mente psykiateren var inkompetent til å hjelpe personer med psykiske lidelser: «Psykiatrien burde som profesjon stille langt større krav til seg sjølv. Ein psykiater må bli noko meir enn ein medisinar som først har pugga latin og lært om somatiske sjukdomstilfelle i 6 - 7 år, og deretter rått slukar Langfeldts lærebok i klinisk psykiatri. Så får han trua på elektroshokk og hjerneoperasjonar spedd opp litt med moderne terapeutisk miljø. Nei, dette er gale. Den som skal stelle med kjensle- og viljeslivet til andre menneske og freiste å setje seg inn i deira livssituasjon, må få langt meir samfunnsvitskapeleg og filosofisk skoloring enn det som er tilfellet no.» Norløff la fram statistikk som ble rapportert til departementet. 35 av 228 pasienter var registrert til sammen 9023 dager med enten belte, sengebelt, håndreimer, fotreimer eller spesialtrøye. Gjennomsnittlig liggetid for året 1971 var 14 år. I følge Norløff representerte bare halvparten av de innlagte slike problemer for andre som kunne gjøre det berettiget med frihetsberøvelse. Halvparten burde ha vært utskrevet. Disse overgrepene ble året etter omtalt i Norløffs mellomfagsoppgave i kriminologi om retts- sikkerhet og kontrollkommisjoner (Norløff 1973).

Norløff påpekte at Reitgjerdet skilte seg ut blant psykiatriske institusjoner når det gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon. I tillegg brukte sykehuset mak-

simaldoser på nevroleptika som Nozinan og Hibanil. I Dag og Tid- artikkelen påstod Norløff at det var praksis ved Reitgjerdet at pasienter bygget hytte for avdelingsleder. Det provoserte personalforeningen på Reitgjerdet. De brøt myndighetenes (overlegen og Helsedirektoratet) taushetsstrategi. Personalforeningen tok til motmæle med et tilsvar i Dag og Tid på dette ene punkt. Norløffs påvisning av langvarig innsperring og utstrakt bruk av tvang ble ikke i møtegått, men personalforeningen advarte Norløff på følgende måte: «I det hele tatt er artikkelens omtale av Reitgjerdet sykehus og forholdene der, av en slik art at Personalforeningen vil ta opp spørsmålet om eventuell forføyning mot forfatteren.»

WSO-posten belyste situasjonen til de innlagte på Reitgjerdet. En av de innlagte beskrev sykehusets «lufteområde» slik: «Kalkungårder er det navn som jeg mener passer best på luftegårdene. Dette anlegg består vesentlig av to blokker med to etasjer. Fra disse løper det ti meter lange «tiger»-ganger slik som man ser på sirkus, til luftegårdene.

Disse fem luftegårdene er omtrent 20 meter i diameter. Da de er for store til hønsegårder og for små til å gi mosjon for mennesker, kunne kalkungårder være et dekkende uttrykk. Rundt kalkungårdene løper flere meter høye gjerder, som på toppen vender innover. De er forsynt med rikelig, kraftig piggråd. Det er vel overflødig å nevne at det er umulig å forsere slike sperringer. Der inne foregikk all luftingen av pasientene. En time om formiddagen, en time om ettermiddagen. «(WSO-posten nr. 3, 1975).

WSO satte søkelys på Reitgjerdepasientene lenge før denne institusjonens ofre ble gjenstand for omfattende mediedekning mot slutten av 1970-årene og deretter offentlig gransking. Petter Norløff døde 1. mars 1988 bare 41 år gammel.

Ruth Nykrem

Ruth Nykrem var WSOs første leder. Hun var sykepleier med erfaring fra psykiatri med blant fra privatpleie i Lierområdet. Nykrem forsvant plutselig som leder av WSO høsten 1970.

Annie Schmidt

Annie Schmidt var WSOs første sekretær. Hennes yrkesbakgrunn var gartner. Hun var pensjonist og pleiet sin gamle mor. Annie Schmidt var dyktig til å arrangere sosiale aktiviteter – som bussturer til Sverige, hyggelkvelder og julebord. Hun var en utadvendt person med stort kontaktnett. Det er verdt å nevne at Annie Schmidt engasjerte på begynnelsen av 1970-årene et radarpar fra NRK-TV Odd Grythe og Ivar Ruste til å underholde på WSO-møte på avholdsrestauranten Stratos på Youngstorget. Annie Schmidt døde i 1995. Hun var jevngammel med Vera Grønlund. ►

Inger Søderberg

◀ Inger Søderberg fra Skarnes ble med i WSO fra midten av 1970-tallet. Fra slutten av 1970-årene arbeidet hun i både Norsk forening for Mental helse og WSO. Mot slutten av 1970-årene ble hun representant i kontroll-kommisjonen.

Fra midten av 1970-tallet til begynnelsen av 1980-årene hjalp Inger Søderberg pasienter som var på rømmen (i Oppland) og Dikemark (i Asker). Hun skjulte dem i Odalens skoger til psykiatrien ikke lenger gjorde krav på dem. Inger husker spesielt to kvinner som hun hjalp å rømme. De kom fra Presteseter – begge kvinnene var uten medisiner. De fikk husly i en hytte i Odalen. Den ene kvinnen var antatt farlig. Hun hadde sagt til Inger: «Hvis jeg blir sint må 8 mann holde meg. Og jeg kan slå hytta til pinneved.»

Inger Søderberg ble forsøkt psykiatrisk stemplet fordi hun varslet om trakasseringen av «svake» ansatte og skadelig arbeidsmiljø på en vernet bedrift NIPRO på Skarnes. En ung mann med utviklingshemning. Han ble mobbet av arbeidsleder. Tre ansatte døde av løsemiddel-skader mens Inger Søderberg jobbet der. Søderberg fikk støtte fra psykiaterne Freddy Reddy og Reidar Larsen. Denne varsler og mobbesak ble også en sak for WSO i 1984 og 1985.

Inger Søderberg var blant stifterne av Arbeidsmiljø-skaddes Landsforening (ALF), som var Norges Handikapforbunds første landsforening. Landsforeningen for Løsemiddelskadde (LFFL), som foreningen den gang het, ble dannet på et møte på Skarnes 15. februar 1986. Det første interimstyret bestod av Anne Lundhagen, Åge Kultom, Oddvar Petersen og Inger Søderberg.

ALFs innsats har gjort det lettere for løsemiddel-skadde å vinne fram i rettsvesenet ved å synliggjøre arbeidsmiljørelaterte skader og skape holdninger til dette i arbeidslivet. Mange løsemiddelskadde og andre arbeidsmiljøskadde har fått et langt bedre rettslig utgangspunkt enn hva det var før foreningen ble dannet. Inger Søderberg døde i 2019.

Kari Sæthre

Kari Sæthre var mangeårig styremedlem i WSO fra begynnelsen av 1970-årene. Sæthre var særdeles aktiv i Reitgjerdetsaken mot slutten av 1970-årene der hun samarbeidet med Petter Norløff. På midten av 1980-tallet flyttet Kari Sæthre til Gøteborg og stiftet foreningen «Pasienters Rett i Skandinavia.»

Edel Sæther

Edel R. Sæther bor i Nord-Odal. Hun ble en varsler på sin arbeidsplass for psykisk utviklingshemmede. Varslingen gjaldt tøffe metoder brukt mot personer med utviklingshemning. Kommunen søkte bistand hos et habiliterings-team (ekspertise). Det ble iverksatt drastiske tiltak mot en beboer. Det var et påbud alle måtte følge. Edel protesterte, men ble ikke hørt. Det endte med at Edel stod uten rettigheter. Hun ble sykemeldt og endte opp med uførhetstrygd.

Boka «Gjør som jeg sier, ellers!!» ble sendt til toppene i daværende regjering og LO. Edel var venninne med Inger Søderberg.

Kai Blixt

Kai Blixt ble medlem fra starten i 1968. Han hadde pleiererfaring fra sykehusene Gaustad og Dikemark. Kai Blixt syntes forholdene var bedre på Dikemark enn på Gaustad der han blant annet var vitne til lobotomi. Han har hatt ulike roller og oppgaver i foreningen. Kai Blixt døde i 2016.

Ytringskamp og pressen

Dagspressen og NRK var lite åpen for stemmene til utstøtte i psykiatrien. Det var vanskelig å komme til orde for nåværende eller tidligere innlagte i psykiatrien. Aftenposten var svært lukket. Flere WSO-medlemmer hadde negative erfaringer med Aftenposten. Et av medlemmene uttalte det slik «Man måtte ha høy akademisk stilling. Men akademikere kritiserte sjelden psykiatriske sykehus, siden det kunne svekke deres sosiale posisjon. Innlegg fra en psykiatrisk pasient, eller tidligere psykiatriske pasienter ble avvist av grunner som at artikkelen var for lang, ensidig, urimelig. Det ble uttalt at vi ikke var sakkyndig. Fagpersoner ble foretrukket.»

Flere av de intervjuede WSO-veteraner har framhevet WSO-postens betydning. Bladet var et opplysningsforum for vanlige mennesker om forholdene i psykiatrien. Flere artikler i WSO-posten var tidligere refusert av pressen. WSO-posten tok opp tema som seinere kom på politisk dagsorden i Stortinget slik som spørsmål om kontroll-kommisjoner, rettssikkerhet og Reitgjerdetsaken. Det var kanskje ikke rart at Vera Grønlund sendte en skriftlig oppfordring til redaktører i hovedstadens dagspresse i 1974: «Herr Redaktør. Vi tillater oss å sende Dem siste nummer av WSO-posten og vårt brev til Stortinget, dat. 16.11.74, i håp om at De vil ta opp våre medlemmers og andre psykiatriske klienters sak i Deres spalter.»

Joar Tranøy

Medisinalindustriens profitt og etikk

70% av den norske befolkning finner ett eller flere reseptbelagte legemidler til en verdi av nærmere 30 milliarder kroner. På verdensbasis omsettes cirka 3000 milliarder kroner. Legemiddelindustrien er større enn krigsindustrien. Det er ingen industri som har så stor profitt som legemiddelindustrien. Legestanden er i stor grad involvert i legemiddelindustrien. I USA ble det overført mer en 9 milliarder dollar til legestanden i USA fra legemiddelindustrien. Statistikken viser klare forbindelser mellom overføringer til aggressiv markedsføring og dyre patenterte medikamenter som utskrives på markedet i Norge.

Den danske medisinprofessoren Peter C. Gøtzsche har gått hardt ut mot psykiatriens «medisinske paradisi» der forbindelsen mellom diagnosetystemet og medikamentenes effekt er en gullgrube for medisinalindustrien. I USA er over 2 millioner amerikanere mellom 18 og 65 år uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser. En tredjedel av de som ble uføretrygdet i Norge hadde psykiske lidelser.

Det er godt kjent at det er tette bånd mellom legemiddelindustrien og diagnosetystemet. 78% av rådgivergruppa som utformet diagnosetystemet for ADHD hadde finansielle bånd til legemiddelindustrien. Av stor betydning var den amerikanske psykiaterforbundets (APA) innføring av en ny samlekategori «atferdsforstyrrelser i barndom og oppvekst». Denne nye kategorien utvidet begrepet funksjonshemming til å omfatte mentale forstyrrelser. Det skapte et gjennombrudd for bruk av

medisin (Ritalin) overfor skolebarn. Diagnosen ble uten en faglig debatt og drøfting i 1989 vedtatt gjennom en enkel votering (håndsopprekning) i APA-American Psychiatric Association. Et nyhetsbrev fra legemiddelindustrien meddelte i 2016 at omsetningen av «ADHD-medisiner» var på 14 milliarder dollar. Markedsprognosen var satt til 24 milliarder innen 2020.

Legemiddelindustrien bruker dobbelt så mye på markedsføring som på forskning. Utviklingen av nye legemidler synker når overskuddet stiger. Forskning er gjenstand for utstrakt manipulering. Eksempler er bivirkninger som hemmeligholdes og myndigheter som industriens forsøk på å få godkjenning.

Forskere som protesterer ties i hjel. Bøter har liten virkning ettersom profitten er svært så høy. Forskning skyves foran for å imøtegå kritikk av medisinalindustriens høye profitt. Et av flere skrekkeeksempler er legemiddelet VIOXX, der det ble anslått at cirka 50 tusen mennesker døde i USA før det ble trukket tilbake i 2004. I Norge er det antatt at 400 nordmenn døde etter bruk av leddgiktmedisinen VIOXX.

Antidepressiva gir høy profitt. Barn og ungdom er en viktig målgruppe for legemiddelprodusenter. Vage diagnoser er tilpasset utsatte målgrupper. Et eksempel er diagnoser der grunnlaget er «frykt for å snakke i sosiale sammenhenger» som indikasjon for utskriving av resept. Dette kan i flere tilfeller ende med dødelig utgang.

Joar Tranøy

Drømmer i søvn og våkenhet

Likheten mellom våkne og sovende drømmer er at de framstår som levende sanseopplevelser.

Likevel er en av forskjellene mellom søvndrømmene våre og psykose, som er en slags våkne drømmer, at vi aldri blir bedt om å skru av søvndrømmene.

Psykosedrømmene i våken tilstand blir vi nesten alltid bedt om å skru av, fjerne eller bedøve dem.

Begge hører til livet, og må derfor ha naturlige årsaker og virkemåter.

Livets reaksjonsmåter kroppslig og psykisk kan

forstås og møtes.

Drømmer har bilder og inspirasjoner vi kan bruke for å komme videre, og de kan utformes i f.eks. skrivning, maling, tegning, dikt, musikk, dans og samtaler med oss selv og andre.

Akutt og videre behandling må foregå med vennlighet, åpenhet og interesse for den enkelte drømmerens person, ressurser og uttrykte behov i livet nå.

Dag Erik Tinghaug

-Nå skjer det!

For oss som av natur er utålmodige, er det ekstra hyggelig når vi en sjelden gang får oppleve ketchup-effekten andre steder enn ved middagsbordet eller utenfor pøsekiosken. Først kommer det ingenting, så kommer det ingenting, og så kommer alt, slik vi var vitne til i løpet av en drøy uke på ettersommeren i år.

Antidiskriminering, universell utforming og forbrukers interesser

Først ut av flaska (publisert 28. august) ploppet et langt intervju med fungerende daglig leder i Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Eskil Skjeldal, der han redegjør for en plan senteret har om å sette søkelyset på diskriminering i høst. Her er noen smakebiter:

– Enhver forskjellsbehandling, utelukkelse eller innskrenkning som har som formål eller virkning å begrense eller oppheve anerkjennelsen, nytelsen eller utøvelsen av alle menneskerettigheter eller grunnleggende friheter, er diskriminerende.

– Diskriminering er en handling der noen egenskaper ved deg blir vektlagt av andre parter, når disse samme egenskapene ikke har noen som helst relevans i den saken der den andre parten forsøker å gjøre nettopp disse egenskapene relevante. Din eventuelle annerledeshet blir av andre gjort til en ulempe. Det er diskriminering.

– Konseptet «diskriminering» er ikke åpent for fortolkning. Tanken om et grunnleggende likeverd mellom mennesker ligger i bunn. Tjenestene må derfor være brukervennlige. Systemet skal være innrettet mot forbrukers interesser, noe som betyr at tilgjengelighet på tjenestene, universell utforming, tilrettelegging og frivillighet i valg av behandling må holdes høyt.

– Det er forbudt ved lov å diskriminere på grunn av funksjonsnedsettelse. Vi hadde ikke hatt en norsk lov dersom diskriminering var en følelse. Og en slik strikt juridisk definisjon er viktig to veier: Det er viktig fordi ingen mennesker kan få gjennom en juridisk dom basert på at følelsen av å være diskriminert er det samme som å være diskriminert. Det er også viktig fordi den som diskriminerer heller ikke kan påstå at diskriminering kun er en følelse i den som er diskriminert, at diskriminering ikke er noe objektivt og målbart.

– Jeg tror de fleste som diskriminerer mennesker med psykisk uhelse eller rusavhengighet ikke gjør det med vilje, eller så arbeider de i et system som diskriminerer uten selv å være klar over det.

– Men det spiller ingen rolle om du gjør det med vilje eller ikke: Diskriminering ubevisst eller bevisst er juridisk sett helt likeverdig. Diskriminering pakket inn i omsorg, eller å innbille seg at man handler i beste mening, hjelper ikke.

Du verden! Så mye klar tale på så liten flate, for å parafrasere en tittel jeg ikke husker hvor jeg har fra. Personlig blir jeg spesielt opprømt av at Skjeldal nevner såvel «forbrukers interesser» som «tilgjengelighet», «tilrettelegging» og «universell utforming» i intervjuet – slikt har definitivt ikke vært hverdagskost på det norske feltet for psykososial helse.

Og dette: «Diskriminering pakket inn i omsorg» og «å innbille seg at man handler i beste mening» – gigaformuleringer!

Den kontekstuelle modellen – på vei mot hegemoni

Fire dager senere – 1. september – publiseres artikkelen Mot eit nytt paradigme i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Artikkelen, som er et tilsvaret til et fagessay fra psykiater Alv A. Dahl i juliutgaven av samme tidsskrift, er skrevet av psykiater og forfatter Trond Fjetland Aarre, og viser hvilken tyngde den kontekstuelle modellen er i ferd med å få.

– Nå skjer det, utbrøt en rutinert pasientaktivist i en Facebook-kommentar da artikkelen ble delt. Nå tror jeg vel ikke akkurat at det psykiatriske paradigmet faller på denne siden av nyttår, men jeg tror jeg skjønner hva hun mener: -Kan den medisinske subspecialiteten psykiatri etter dette tas på alvor i sin kamp for å fortsette som hovedpremissleverandør for tjenestene på feltet for psykososial helse? Forfatteren svarer slik: «Den videre utviklinga av fagfeltet vårt vil neppe byggje på ei medisinsk forståing av psykiske vanskar og rusproblem.» Trond F. Aarre har vært en av en håndfull sentrale analytikere på det norske feltet for psykososial helse det siste tiåret. Aarre har gjort stor del av den grundige jobben som politikere, byråkrater, journalister og kommentatorer rutinemessig gjør på andre felt, ved å søke svar på en rekke sentrale spørsmål: -Hva er egentlig utfordringene? Hva skal vi kalle dem? Hvor og hvordan kan vi løse dem?

Har vi forstått dem og forsøkt å løse dem på beste vis historisk? Gjør vi det vi skal gjøre i dag?

Jeg anbefaler alle å lese Aarres tekst i Tidsskrift for Norsk psykologforening i sin helhet. Det kommer ikke vettugere ord fra bygdene nå til dags. Men siden jeg indirekte lot Aarre stille noen spørsmål i forrige avsnitt, skal jeg la ham få komme til orde med et innledende svar allerede her:

«Utgangspunktet mitt er at det finst ein del heilt reelle problem i psykisk helsevern.... Sivilombodsmannen dokumenterer lovbrøt, pasientorganisasjonar er kritiske, og resultatene av innsatsen er ikkje så gode som me skulle ynskje.

Me opplever fagleg stagnasjon, til dømes i psyko-farmakologien, der det er langt mellom nyvinningane og nye medikament ikkje er stort meir effektive enn dei gamle. Eg trur ikkje at me kjem oss vidare med dei same tankane og handlingane som har styrt fram til no. Me lyt tenkje annleis om dei me skal hjelpe, og dei tenestene me gir. Eg meiner at ei kontekstuell forståing av psykiske vanskar og rusproblem er meir fruktbar.»

Farvel til psykoterapi og metode

Den siste slanten i ketchupflaska kommer fra Mad in Norways redaktør Birgit Valla, som sammen med Scott Miller og Mark Hubble har skrevet artikkelen *Braving the Unknown. The Search for New Solutions*. Her får vi et nytt angrep på den medisinske modellen og de store helseforetakene, understøttet av internasjonale data. Innledningen til denne artikkelen bør leses av alle som ønsker en kjapp og poengtert oversikt over krisa i det internasjonale feltet for psykososial helse.

Hoveddelen av artikkelen beskriver og teoretiserer rundt Stangehjelpa, som settes opp som et vellykket kontekstuellt motstykke til den sviktende medisinsk-industrielle modellen. Noe av det mest interessante i denne delen av artikkelen er knyttet til forfatterens relatering av Stangehjelpa til andre felt. Hvis jeg skal våge

meg på en fri oversettelse av en sentral passasje, kan den se slik ut:

– Vi er ikke i terapibransjen. Våre klienter bryr seg ikke om psykoterapi i det hele tatt. De vil ha det de vil ha. Først finner vi ut hva det er, så arbeider vi oss bakover fra målet til vi finner virkemidlene, koste hva det koste vil. Dette er ikke bare musikk i mine ører; det er en hel symfonil Engasjementet mitt på feltet for psykososial helse gjennom tjue år hviler primært på det faktum at jeg etter femten år med trøstesløse «psykoterapier» opplevde at gode og upretensiøse kommunale tjenester på kort tid ga meg et liv jeg ikke engang hadde hatt fantasi til å forestille meg. Det å lese at en rutinert psykolog, forfatter og tjenesteutvikler tør å stå opp mot «psykoterapibransjen» på denne måten, er som å komme hjem, også på et teoretisk og ideologisk nivå.

– Catch up, ketchup

Antidiskriminering, tilgjengelighet, tilrettelegging, forbrukerens interesser, avsverving av den medisinske modellen og av psykoterapibransjen – det er mye å svelge unna på en gang, om det smaker aldri så godt. Jeg skulle sikkert hatt med noe om veien videre, om strategier, om mulige bakholdsangrep fra motkreftene med mere, men det får ligge til en annen gang. Det vi kan ta med oss, er den klassiske vitsen om de to tomatene som skulle over en vei. Noen av oss kommer nok fortsatt tidvis til å føle oss overkjørt av de sterke kreftene bak den medisinske modellen, men da er det forhåpentligvis mange som vil se seg tilbake over skulderen og komme med de evig forløsende ord:

– Catch up, ketchup!

Vi er mange, vi blir flere, og vi gir oss aldri!

Odd Volden.

Publisert på Mad in Norway

1. oktober 2020



Rettelse

I min artikkel «Referat fra ROP-dagen 2018 – Et ROP om bedre helse!» på side 26 i Søkelyset nr. 40 Juni 2018 er det en navnefeil. I avsnittet «9. innslag» fjerde linje skal det istedenfor «Flemmen» stå «Hoelstad».

Dag Erik Tinghaug

bør endre praksis radikalt!

Mandag 12. oktober lanserte Forandringsfabrikken rapporten *Vi skulle få det bedre. Medisinering av barn hos BUP og fastlegen*. Funnene burde endre selve grunnlaget for hvordan psykiske helsetjenester til barn og unge utføres i dag. Greier myndighetene å levere noe mer enn festtaler om at rapporten er «tankevekkende» og «vi skal ta den med i videre arbeid», eller vil den føre til faktisk endring i feltet?

Undersøkelsen som danner grunnlag for rapporten, har samlet kunnskap direkte fra 100 barn og unge i alderen 15-20 år. Deltakerne hadde erfaring med bruk av medikamenter fra sju års alder. Under lanseringen ble rapporten overrakt både Helsedepartementet, Helse-tilsynet og Folkehelseinstituttet, og Forandringsfabrikken hadde invitert en lang rekke fagfolk som holdt korte innlegg.

Om rapporten

Ungdommene i undersøkelsen kommer fra hele landet, og alle bestemte selv om de ville delta. Av de 100 hadde 85 fått sovemedisiner, 65 fikk antidepressiva, 21 fikk ADHD-medisin, 38 fikk nevroleptika, 33 fikk beroligende og sju fikk såkalt stemningsstabiliserende legemidler. 46 av de 100 hadde stått på 3-5 av de ulike type medikamentene samtidig.

Rapporten kan lastes ned her: <https://forandringsfabrikken.no/rapport-vi-skulle-fa-det-bedre-2020> Jeg anbefaler alle å lese hele rapporten. Spesielt anbefaler jeg leger som skriver ut medisiner til barn, å lese rapporten og ta innover seg det som står der. Det er antageligvis det viktigste man kan lese om barn og medikamentbruk som er gitt ut i Norge i dag (om ikke i hele verden). Jeg gjengir noen hovedtemaer under, men har kortet ned teksten. Les hele teksten i rapporten. Rapporten tar også for seg opptrapping og nedtrapping, rus og avhengighet, barns rettigheter og råd. En del opplevde for eksempel at medikamentene gjorde veien kortere til å misbruke alkohol eller rus. Følelsen av å være avhengig eller å få abstinenser gjorde det vanskelig å slutte på legemidlene.

Mangel på informasjon

Mange av barna og ungdommene (60 % eller flere) svarte at de ikke fikk nok informasjon om medikamentene.

Sitater:

- *Jeg leste på pakken, der stod det at folk under 18 ikke skal ta det. Jeg er under 18. Det er skummelt.*
- *Fikk mange bivirkninger. Jeg hintet litt til dem om at jeg tror det er medisiner som gjorde meg dårlig, men de vil ikke innrømme det. Jeg turte ikke si det direkte til dem, for det er ganske skummelt.*
- *Jeg fikk ikke vite noe om bivirkninger. I stedet fikk jeg vite at medisiner ville gjøre livet mitt mye bedre. Det stemte ikke. Selv om det er små bivirkninger, må jeg få vite om dem.*

Mangel på valgfrihet

Mange av barna og ungdommene (60 % eller flere) opplevde det som at de ikke hadde noe valg når det kom til om de skulle ta legemidlene.

- *Når psykiateren gir et forslag om medisin, så sier jeg nei, så sier han jeg tror vi prøver likevel jeg. Det føltes som press.*
- *Jeg følte egentlig ikke at det var et valg. Det var bare sånn det skulle være. Følte ikke at det var et spørsmål liksom. De sa, – nå skriver vi det ut. Jeg fikk det rett i fleisen.*
- *Jeg sa nei. De tok meg ikke seriøst. Jeg kjente på pillepresset. De ville at jeg skulle gi opp målet mitt. Jeg ville leve et liv med glede. Pillepresset gjorde at det kjentes ut som de ga meg opp.*

Bivirkninger

De fleste av barna og ungdommene (80 % eller flere) kjente at de følte seg fysisk dårligere av medikamentbruken. De ble sløve. De hadde lite energi til å være med venner, gå på skolen eller holde seg våken i timene. De kunne kjenne seg fjerne og annerledes. De vanlige hverdagslige tingene ble vanskeligere for mange.

- *Jeg husker nesten ingenting fra den perioden jeg gikk på medisiner, bare noen glimt. Hukommelsen ble mye dårligere.*
- *Medisinerne gjorde at jeg ble dårlig, likegyldig og veldig impulsiv. Det funka ikke. Til slutt ble det selv-mordsforsøk og innleggelse.*
- *Jeg ble dårligere av medisinerne og lå ved doen mye av dagen. Jeg ble kjempekvalm og hadde vondt i hodet.*

Under lanseringen forteller ungdommene på scenen at



de ofte ikke visste at det de opplevde var bivirkninger, men at de trodde at det var noe galt med dem. Hvis de tenkte at det var bivirkninger, turte de ikke ta det opp med behandler. De kunne også oppleve å bli satt på flere medikamenter hvis de fortalte om bivirkningene.

Flere funn

De fleste barna og ungdommene (80 % eller mer) hadde ikke fortalt om det mest stressende eller vonde før de fikk medikamenter. Det ble enda vanskeligere å fortelle etter at de begynte på legemidlene.

Bare 5 % opplevde at de fikk det bedre etter at de begynte på medikamenter.

De fleste av barna og ungdommene (80 % eller mer) ønsket å slutte med medikamenter, og lurte på hvorfor fagfolk ikke stilte spørsmål om dette. De fleste som sluttet, gjorde det uten av fastlegen eller BUP fikk vite det. De fleste fikk det etter hvert bedre etter at de hadde sluttet. De kunne kjenne på følelser som glede og tristhet, og familie og venner kommenterte at barna og ungdommene var mer seg selv. For mange ble det lettere å snakke om følelser.

Hvilke konsekvenser bør denne rapporten få? Selv om representantene fra myndighetene var positive i sine ordelag om rapporten, og takket for kunnskapen, er det en overhengende fare for at de går tilbake til sitt og fortsetter med det samme som før. Fra Helsedepartementet ble ordet pakkeforløp brukt så mange ganger i takketalen at man undret seg på om innholdet i rapporten egentlig var forstått. Representanten fra Norsk forening fra barne- og ungdomspsykiatrisk forening

kjente seg ikke igjen i funnene, og mente utvalget var for lite. Dette møtte imidlertid store protester fra senere talere som påpekte at dette er et stort utvalg i en slik sammenheng. Psykiater Trond Aarre var klar i sin tale, der han påpekte at de aller fleste av disse medikamentene ikke er godkjent for barn.

Mad in Norway mener

Funnene i rapporten er alarmerende, og en katastrofe for norsk barne- og ungdomspsykiatri. Både funnene fra denne rapporten og Forandringsfabrikkens tidligere rapport «Psykisk helsevern fra oss som kjenner det» er så tydelig i sin tale at det burde være nok til å legge om hele systemet. Funnene bekrefter det vi som har jobbet i feltet en stund, vet fra før. BUP og den diagnosebaserte modellen er rett og slett ikke egnet til å hjelpe barn og unge, og det burde man erkjenne og gjøre noe med. Pakkeforløp er det siste barn og unge trenger; det har vært et stort steg i feil retning, og bør avvikles.

Man bør i stedet utvikle tjenestene basert på hva barn og unge selv sier er viktig for dem, på hvilken måte og fra hvem de ønsker å motta hjelp. Dette er det mulig å få til, hvis politikere tør å sette barn og unges psykiske helse fremfor profesjoners egeninteresser. Vi trenger ikke mer forskning, vi trenger handling!

Under den to timer lange lanseringen, slo det meg at innenfor dette feltet fremstår ungdommene som langt klokere enn de voksne. Det er noe å ta innover seg.

Birgit Valla, redaktør for Mad in Norway
Publisert på Mad in Norway 21. oktober 2020

JUSTIS-PSYK, min historie!

Reisen min starter ved første innleggelse!

Hvor jeg kommer inn under psykiatrien etter at jeg hadde klaget over smerter i ulike kroppsdelene.

Jeg står uten det å kunne det Norske språket. Det er min store bror som står sentralt for all kommunikasjon med helsevesenet.

Jeg blir plassert ut i korridoren mens broren min har samtale med helsepersonell. Da han omsider kommer ut igjen får jeg overlevert en kort beskjed om at jeg skulle bli igjen. Min bror forlater meg alt jeg ser er døren som åpner og lukker seg igjen.

Gjentatte ganger klager jeg over smertene og uforklarlige symptomer.

Helt ifra starten blir jeg tungt medisinert med ulike piller og blir sammen med psykiatrisk sykepleier sendt videre i neddopet tilstand for diagnostikk og vurdering av det somatiske!

Jeg får feil somatisk diagnose.

Tilbake i psykiatrien og fra nå av blir de kroppslige symptomene oversett og smertene blir noe jeg selv må håndtere.

Med feildiagnose ble jeg fratatt all mulighet for riktig medisinering, lindring og forebyggende behandling og å bremse utviklingen videre.

Kroppen min følte ut som en stor verkebyll, men desto mer jeg klaget over smerter blir helsepersonell bare mer irriterte.

Og frustrasjonen over at jeg klagde utspilte seg ofte med å ignorere, overse eller å kommentere at jeg burde tenke på dem som har det 10 ganger verre.

Smertene mine ble betraktet for å være innbilt og opp i hodet mitt, Fantomsmerter. Jo mer jeg klagde desto mer psykisk syk ble jeg gjort om til.

Jeg får tildelt flere tunge psykiatriske sinnslidelser.

Medikamentene gir seg utslag i ulike bivirkninger som igjen blir tolket av psykiatere for å være symptomer på sinnslidelser.

Bivirkningene kommer i en uhyggelig forkledning som er svært lik de mangfoldige symptomer som finnes i de ulike psykiatriske sinnslidelser.

Av disse medisinene ble diabetes trigget frem.

Medikamenter gjorde at jeg ble fratatt evnen til å eie



egne tanker og følelser, hele følelsesregisteret mitt kom i ulage.

Aggresjonen i meg bygde seg opp fra smertene som ble usynliggjort og dømt bort.

Jeg blir i fra første innleggelse kjent med tvangen, medisinerer, regler og lover innenfor psykiatriens 4 vegger.

Min bror som lovte foreldrene våre å ta vare på meg til jeg hadde etablert meg i Norge, men som valgte meg bort, ser jeg ikke igjen før mange år senere.

En storesøster som er samboer med en psykiatrisk sykepleier på avdelingen gjør ikke hverdagen eller tilværelsen enklere, det blir et brudd mellom dem etter hvert og de valgte å holde forholdet mellom dem hemmelig mens jeg var innlagt.

Det er flere episoder der helsepersonell er nære på med oppklaring siden det ble tatt blodprøver som stadig vekk viste at kroppen min var i en betennelsestilstand men ble bagatellisert bort som alt annet av smerter i kroppen ble. Jeg er utskrevet innimellom men blir raskt innhentet og satt på tvang igjen.

På en av mine utskrivninger reiser jeg vekk.

Jeg havner i Trøndelag. Fra nå av eskaleres smertene. Tvang blir omgjort til tvangsovergrep. Flere tunge psykiatriske diagnoser blir til, enda mer usynliggjort til det verre og jeg blir også sannsynligvis til den verst tenkelige selvskader mens jeg blir enda mer neddopet.

Nå eier jeg ikke meg selv lenger.

Helsepersonell er de som godkjenner alle innleggelser på tvang i psykiatrien. Ingen fra min familie er involvert eller blir vitende om hva som skjer!

Blodprøver fortsetter å vise tegn på at kroppen slet med betennelsestilstander.

Jeg blir tvunget til å gjennomføre diverse mentale tester. Det blir brukt verbale trusler og innskrenking på min frihet for å få det slik de ville.

Jeg husker spesielt hvordan helsepersonell dro meg ut av sengen fordi ofrene skal ikke sove på dagtid. Jeg var neddopet og hadde ekstreme smerter som gjorde at det tok tid før kroppen var klar til å bevege seg.

Jeg fant egne metoder for å bestikke andre pasienter med tobakk i utbytte mot annen pasients seng, bare for å hvile kroppen min.

Når det igjen ble oppdaget ble det straffet på min frihet, jeg mistet tilgang til å bevege meg fritt og ble fotfulgt av helsepersonell.

Jeg holder smertene jeg opplever for meg selv.

Den frustrasjonen gjorde at jeg ble til tidens verste selvskader.

Konsekvensene var fatale hvis selvskading ble oppdaget, selvskading var min flukt fra det helvete jeg måtte tåle i psykiatrien.

Frustrasjonen som stadig bygget seg opp av å ikke bli tatt på alvor, tok jeg ut over meg selv.

Da selvskading ble oppdaget var straffen innskrenkninger.

Jeg blir ført inn til syng av sår men da jeg ble møtt av lege som valgte å sy sår uten bedøvelse bestemte jeg at det skulle bli første og siste gang.

Inne på eget rom på avdeling syr jeg mine egne sår i all hemmelighet med vanlig nål og trå.

I ren frykt for å bli oppdaget, kjørte jeg nålen rett igjennom armen for å skjule spor.

Det utløste ofte betennelse og nålen måtte fjernes, det gjentok seg.

I sykejournalen min står det loggført at legen syns jeg hadde sydd pent!

Det blir i all hast bestemt at hjernen min skulle undersøkes nærmere. Det blir gjennomført test hvor jeg skulle svare på spørsmål, testene blir gjort i neddopet tilstand og med en ikke fungerende kropp, det går ikke så bra, jeg svarer i all hast for å bli fortest mulig ferdig.

Det blir bestilt hjerneundersøkelse.

Jeg står i korridoren på avdeling og får svar på prøvene at jeg har en hjerneskade, helsepersonell og lege på avdeling forklarer mens jeg fortviler over svaret som jeg prøver å ta innover meg.

Jeg har nå fått flere psykiatriske diagnoser, ikke bare schizofren, men paranoid schizofren, alvorlig depresjon, personlighetsforstyrrelse, suicidal.

Overmedisinering blir oppdaget, noe som vises på blodprøver og står i sykejournalen min.

De ansatte mistenkte misbruk av rusmidler, det blir gjen-tatte ganger tatt blodprøver som beviser imot. I realiteten var jeg neddopet på psykiatriske piller gitt under tvang.

Jeg får beskjed om at jeg skal overføres til institusjon,

der kunne de ansatte trene opp den delen av hjernen som de mente var skadet.

Overføringene blir gjort internt.

(NB! Overføringen ble ulovlig gjennomført og gjort uten vedtak og dermed frihetsberøvelse!)

På institusjonen opplever jeg at tvang blir omgjort til frihetsberøvelse og omsorgssvikt blir til tvangsovergrep. Hverdagen blir preget at aggresjon som bygger seg frem fra tvangsmedisinering og beroligende medisin, Sobril. Jeg blir tvangsmedisinert med Sobril som også er ulovlig.

Institusjonens regler for dårlig oppførsel var å bli slengt ned i bakken og holdt fast av de ansatte.

En ved nedre del av kroppen, en midt på kroppen, og som regel to ved hodet som holdt armene og hodet limt mot gulvet, regelen var at jeg ikke skulle bevege kroppen min mens de holdt meg fast, dersom en kroppsdel ble beveget på ble tiden omgjort til nye 20 sekunder.

En ansatt stod med stoppeklokke og tok tiden.

Det var ekstremt vanskelig å holde kroppen i ro. Jeg ble av den grunn ofte liggende i lang tid mens de ansatte tok tiden. Jeg prøvde å finne et punkt i tankene mine for å overleve overtrampet.

(NB! Denne tvangsmetoden er ulovlig!)

Vi var fem pasienter, en pasient var kronisk innbilsk gravid lettere psykisk utviklingshemmet, en var notorisk onanist, en av beboeren var fullstendig uten språk Downs syndrom, en hadde klynkelyder som sitt språk, mens en var mer autist med et normalt utseende, så var det meg som kom først innom psykiatrien med utbrudd av smerter og gjort om til psykiatrisk pasient og sendt videre til institusjonen for psykisk utviklingshemmede. Hverdagen gikk ut på å følge regler. Husarbeid, noe som kunne bli vanskelig å gjennomføre for min del, kroppen tålte ikke den belastningen. Opplevde det som tortur og slavearbeid, men om jeg ikke adlød ble det til å bli slengt i bakken og holdt fast ofte til jeg nesten svimte av smerte.

Jeg blir utsatt for sexpress av en mannlig ansatt under en biltur.

I sykejournalen står det at jeg var med på mange bilturer men selv kan jeg ikke huske noen av bilturene bortsett fra den ene bilturen hvor jeg blir befølt av mannlig ansatt. Jeg husker sexpress i perioden mot slutten av oppholdet ved institusjonen.

Jeg varslet de andre ansatte men varslingen min ble ikke trodd .

Det førte bare til at det ble skrevet i sykejournalen min at jeg hadde tilnærmet meg på en ansatt på en seksuell måte.

I den kommunalboligen underlagt psykiatrien.

Kropp og sinn er nå så mørbanket over å ha vært i institusjonen i nærmere ett år og nærmere syv år er allerede gjennomført under et tvangsregime.

Med trusler om tvangsinnleggelse på nytt ved institusjonen hvis jeg rømte, tok ikke medisinene eller holdt meg til reglene de hadde.

Her ble det brukt trusler at politiet ville bli kontaktet dersom jeg ikke adlød.

Det er på dette tidspunktet hvor overgangen fra institusjonen til den kommunale boligen hvor truslene eskalerer seg.

Jeg planlegger den dramatiske flukten hvor jeg blir på rømmen i mitt eget land.

Reglene for å være på utsiden av psykiatrien gikk ut på at hjemmesykepleier kom for å kontrollere og passe på at medisineren fortsatte og at de kom innom den kommunale boligen flere ganger i løpet av døgnet. Jeg måtte da åpne døren hver gang det banket på. Konsekvensene ville blitt fatale dersom jeg unnlot å åpne min egen dør.

Like før jeg reiser ut av institusjonen reduseres medisinmengden min. Det gjør meg muligens en smule mer attraktiv i en liten bygd utenfor Trondheim.

Det gjør at jeg får uventet besøk av ukjente menn.

Jeg blir seksuelt utnyttet utallige ganger og rykte sprer seg fort i bygda. Så det kommer flere ukjente over en periode frem til jeg rømmer.

Jeg følte at jeg satt igjen med to valg og hvor jeg kunne varsle om voldtekt, men samtidig havne tilbake på institusjonen.

Jeg valgte gjentatte voldtekter og fortsette planlegging om flukten min.

Det var nå eller aldri.

Så planleggingen gikk ut på å ta imot medisineren men spytte ut i skjul og slik holdt jeg på frem til jeg begynte å kjenne på mine egne følelser. Jeg begynte å spire igjen, jeg fikk tilbake egne tanker og med mitt eget følelsesregister hvor jeg klarte å tenke klart.

Jeg legger siste finpuss på fluktplanen.

Tidlig en morgen stikker jeg, på rømmen setter jeg meg på toget, har med kun det mest nødvendige mens alt annet ligger igjen. Jeg blir uvel på toget av alle tankene på truslene som jeg hadde blitt truet med fra psykiatrien. Sjansen for å bli tatt til fange igjen var til å ta og føle på.

Uten psykiatriens medisin i kroppen opplever jeg nå abstinenser fra de ulike psykofarmaka medikamenter. Feilmedisinering igjennom åtte år skulle ut av kroppen min. Jeg opplevde abstinensene som en ren tortur. Jeg havner innom psykiatrisk avdeling igjen men jeg er mentalt mye sterkere nå.

Jeg faller ned på kne og bønnfaller dem om å ta nye bilder av hjernen min, noe som blir gjennomført ved siste

opphold. Det var ingen hjerneskode synlig.

Det er her jeg møter mannen jeg senere gifter meg med og får tre friske barn sammen.

Jeg så og hørte en mann som satt i korridoren slik jeg selv gjorde for åtte år siden.

Jeg overhører helsepersonell hvordan de mobber og gjør narr.

Det gjør at jeg minnes tilbake til den tid hvor jeg selv kom inn under psykiatrien for første gang og ikke ble trodd.

Jeg griper tak i denne ukjente pasienten mens jeg tenker at jeg tar han med ut fra dette helvete her. Det var ikke kjærlighet ved første blick.

Vi er nå to som har gått under jord. Jeg har mye som skal tas igjen etter åtte års bortgang.

Vi bygger broer og kjærligheten vokser seg frem.

Jeg tar aldri mer kontakt med helsevesenet før vi venter vårt første barn.

Det blir aldri mer et gjensyn innom psykiatrien.

Jeg eier mitt eget liv og mitt eget følelsesregister den dag i dag.

Vi bygger vårt hjem sammen med barna, fortiden min blir aldri tørket støv av før nå..

Jeg får et siste møte med min bror som lovt å ta vare på meg da jeg kom hjem som ung forventningsfull og skulle etablere meg i mitt eget land.

Gjensynet etter mange år blir på et kjølerom der min bror ligger død i en altfor tidlig alder. I nederste bunke på kjølerommet drar jeg og min mann frem kroppen hans og legger han på båren hvor jeg steller min bror til hans siste hvilested. Jeg kler på han likskjorten og plastrer igjen et åpent sår på halsen.

Pulsåren som legene hadde i håp å kunne åpne opp for å redde livet hans etter et kraftig hjerteinfarkt.

Jeg og min mann har tatt en del oppdrag sammen og har jobbet for et begravellesbyrå, så selve døden er en del av min hverdag.

Jeg legger en singel Rød rose mellom hendene hans og skrur igjen kistelokket.

Dette oppdraget ble personlig samtidig skulle jeg så inderlig skulle ønske at min bror hadde visst om den uverdige reisen jeg ble tvunget inn i men at jeg klarte det utenkelige med et mål for øyet å overleve. Jeg hadde en overlevelsesmekanisme i meg og klarte å komme meg videre!

NBIJUSTIS-PSYK.

Mvh
Vicky Robinson

Om jeg kunne

*Om jeg kunne
forhindre selvmord.
Om jeg kunne hekte ned
alle kroker
og klippe opp alle tau.
Om jeg kunne avskaffe
farlige giftstoffer.
Om jeg kunne
hulle deg inn,
beskytte deg
for alltid
og stoppe alle
selvmordstanker.
Med godt skal
ondt fordrives.*

Av May Bente Lie

Å lage fiskepinner av villaks

- betraktninger rundt pasientrollen

Mine år som mottaker av hjelp fra psykisk helsevern og da spesielt fra diverse sengeposter har gitt meg en rik samling av erfaringer og observasjoner som jeg ønsker å reflektere rundt.

Når jeg tar utgangspunkt i egne erfaringer er jeg også helt åpen for at andres oppfatninger rundt disse temaer er annerledes.

Jeg er helt klart opptatt av de soleklare urettene som utøves mot mange i den gruppen jeg tilhører. For mange som ikke befatter seg med psykisk helsevern er det som kan fortelles fra mennesker som mottar behandling noe som man tror tilhører en svunnen tid. Slik er det ikke. Men det er ikke de store, tydelige diskriminerende sakene jeg først og fremst ønsker å ta fatt i med denne teksten. Mitt inntrykk er at bak avgjørelser og systemer som staker ut gal kurs for mennesker som har behov for hjelp ligger det gode intensjoner til grunn. Så hvordan kan det likevel noen ganger gå galt? Hva er det som forsterker opplevelsen av dehumanisering og maktesløshet?

Jeg tror at uheldig påvirkning av pasientrollen er et resultat av at det har vært lite selvbevissthet i hjelperens rolle. Da særlig i forhold til hvilken betydning det skjeve maktforholdet har for hvordan opptreden og språk mottas av pasienten. Jeg er av den oppfatning at den urett det er vanskeligst å få bukt med, er den som utøveren selv ikke er klar over. Dermed verner hen om den i den tro at det handles i beste hensikt og at andre alternativer ikke finnes. Og en av de giftigste former for urett er dehumanisering i omsorgens navn. Hvor den som blir utsatt for urett også er avhengig av og skal være takknemlig for en hjelp som reduserer menneskeverdet.

Myten om at tid, trygghet, trivsel og gode relasjoner skaper avhengighet og institusjonalisering lever i beste velgående, om enn ikke så rigid som tidligere. Det jeg ser på som en mye større trussel for muligheten til vokst og autonomi er det jeg kaller for pasientifisering. Og synes du det klinger likt passivisering kan jeg legge til at også betydningen klinger likt. Dette er den tilstanden man kommer i når man er fratatt eierskap til seg selv, sine problemer og sine løsninger og muligheter. Og denne tilstanden kan man komme i ved mer dramatiske møter med tvangsbruk, men for det meste er

dette noe som utvikles og opprettholdes av mer subtile holdninger som det er vanskeligere å sette fingeren på og kan fint forekomme ved frivillig behandling innen psykisk helsevern. Det er de stadige bekreftelsene på at andre vet best om hva som er best for deg. Det er de små kommentarene man samler på over år som former din oppfatning av deg selv og reduserer identiteten til kun å være pasient. Pasientifisering styrkes av at du gjerne skal passe i en mal designet for å passe «såne som deg». Pasientifisering kommer av en ubalanse i forventninger. Det legges opp til en høy forventning om at du skal ta ansvar og handle ut ifra at du erfarer verden som alle andre, selv om du har en diagnose som tilsier noe annet. Men det legges ikke nødvendigvis opp til en forventning om å benytte de resurser du har. Dette blir en uheldig kombinasjon av fordreide forventninger. En urealistisk høy forventning om funksjon og håndtering av symptomer som kan dominere i hverdagen. Og samtidig en tilsvarende nedvurdering av de iboende menneskelige ressurser og kvalifikasjoner vedkommende har. Dette skaper pasientifisering.

Jeg er av den tro at å forvente noe av et menneske er å vise respekt. Å sette krav er respekt når kravene er basert på god kjennskap til det mennesket du setter krav til. Når man sitter uten selvrespekt og tro på seg selv, hvordan skal man kunne gjenopprette dette om omgivelsene har tilsvarende lave forventninger og heller ikke respekterer dine behov, eller din forståelse av situasjonen. Lettvinte forståelser og tolkninger basert på flyktige observasjoner i travle arbeidshverdager, formidlet som sannheter til den som sitter på førstehåndserfaring uten å virkelig møte og virkelig lytte. Det skaper pasientifisering.

Som pasientifisert kan man ikke gjøre annet enn å overlate skjebnen til andre, som pasientifisert har du

ingen tro på makt over eget liv. Noen kjemper stritt imot, andre føyer seg i rollen. Med senket blikk innretter man seg etter omgivelsenes og egne stadig reduserte forventninger. Dette er også noe som gir symptomene fritt spillerom da alt virker å være utenfor ens egen kontroll. Som ung kom jeg inn i psykiatrien i den tro at jeg kunne «fikses». Fremtidsutsiktene ble raskt slukket, jeg godtok min skjebne. Mine ambisjoner ble å være en god pasient. Jeg lot meg villig forme av reduserende behandling. Min egen vurdering av meg selv var at jeg heller ikke fortjente eller var god nok for noe annet. Jeg kom meg delvis tilbake til livet og livet var generøst, men da jeg på ny fikk behov for hjelp lot jeg mine resurser og nyvunne selvinn-sikt vike og jeg lot meg pasientifisere. Når jeg nå ser tilbake kan jeg ikke unngå å reflektere over hvilke sterke mekanismer som trer inn. Denne pasientifiseringen skjer ikke av vond vilje med overlegg. Den skjer i en toveis dynamikk som stadig forsterkes når reel kommunikasjon feiler og grunnleggende respekt ikke er tilstede, annet enn på overflaten.

Når man skal tres inn i en forutinntatt forståelse av både problem og løsning og passe inn i en mal i effektiviseringens navn ligger det til rette for produksjon av fiskepinner. Fiskepinner er føyelige, lette å stable mange i en boks, livløse.

Heldigvis har jeg vært vitne til mye god utvikling de tyve årene jeg har sett psykiatrien fra innsiden, og selv om man fortsatt kan være avhengig av enkeltpersoner for å virkelig bli hørt, ser jeg også at det gjøres mye bra i forhold til å møte individuelle behov. Men ønsket om at

ansatte og innlagte er likeverdige er fortsatt et ønske og mer en illusjon enn en realitet. Derfor har jeg et ønske om at bevisstgjøringen av de formidlede holdninger styrkes, da de ikke alltid er i tråd med de ønskede holdningene man tror man har. Strukturene det jobbes i må ristes i slik at gamle vaner og holdninger som ligger til hinder for å bevare menneskeverdet kan bli noe som hørte fortiden til. Jeg har en visjon om at man i psykisk helsevern kan lære å leve et liv fremfor å lære hvordan man best kan være syk.

Jeg er så heldig at jeg har noen i behandlingsapparatet som virkelig lytter og forstår mitt språk og erfarer at mine meninger og behov blir tatt på alvor på en ny måte. Dermed kan jeg la paneringen krakelere og begynne å være den villaksen jeg var ment å være, klar for å forsere stryk oppstrøms og nedstrøms og hvile i kulper når jeg har behov for det. Når ikke forventningen til meg lenger er å være en fiskepinne kan jeg ta den aktive rollen og det ansvaret som behøves for å komme videre i livet. For jeg trenger hjelp, men uten å mobilisere egne krefter kommer jeg ingen vei. Det er fortsatt ikke et enkelt liv, men du verden så mye rikere. Når jeg vet jeg har noen som står i kampen med meg og som vet hvilken kamp jeg kjemper, kan jeg selv også stå oppreist i kampen. Og jeg er klar for å bruke min stemme og erfaringer for å endre forutsetningene for å lykkes, for meg, for mine og ikke minst for de generasjoner villaks som kommer etter.

Annikken O. Skjæran.



Soria Moria

– åpent brev til norske helsemyndigheter

Orkanger 04.03.2020

I 2014 står jeg ved vinduet på skjermet avdeling på Østmarka sykehus i den litt mørknende sommerkvelden. Det må være slutten av juli. Langt der borte blinker det i en mengde lys, og jeg innbiller meg at det er lysene fra rullebanen på Værnes. Jeg skjønner nok innerst inne at man ikke kan se så langt fra der jeg står, men at det er lysene fra motorveien på Ranheim.

Det blinker så forlokkende. Den som bare hadde hatt passet sitt og kunne reist til Værnes og satt seg på et fly og forlatt landet. Forlatt elendigheten med skjerming og total, absolutt total, mangel på rettssikkerhet. Noen ganger er det tilløp til uprovosert mobbing fra personalet, vi slår i hjel tida med å spille idiot mens jeg vet at mitt mindreårige barn sitter forlatt hjemme. Det hjelper ikke hva jeg sier, de hører ikke på meg. De har ikke hørt på meg på de sju ukene jeg har vært her.

Nå skriver vi 2020 og snart kommer saken min tilbake fra NPE sin klageinstans Helseklage. Det skal et under til for å få medhold der, og jeg er 98 % bestemt på å ta saken til retten. Det jeg har opplevd i akuttpsykiatrien kan rett og slett ikke få passere!

Jeg har tenkt på at jeg burde ta forholdet at de brukte skjerming som behandling til retten også som en prinsipiell sak. Det har vært vanvittig tungt å bære skadevirkningene etter denne behandlingen. Vi snakker om en behandlingsmetode som mangler kunnskapsgrunnlag (Sivilombudsmannens rapport om skjerming fra 2018 <https://www.sivilombudsmannen.no/aktuelt/tortur-forebygging/skjerming-i-psykisk-helsevern-skaper-riisiko-for-umenneskelig-behandling/> og NOU Tvangsbegrensingsloven) og som bryter menneskerettighetene (Marius Storvik sin doktorgrad fra 2017).

Denne tanken er tung og jeg har i det store og hele forkastet den. For da snakker vi om en sak det er sannsynlig går helt til topps i rettssystemet. Til hvilken nytte? I beste fall blir det slutt på å kunne bruke skjerming som behandlingstiltak. Men hva skjer så? Kommer det nye og kanskje verre metoder? Hvorfor var Norge det landet i verden som lobotomerte nest flest etter folketall? Hvorfor bruker Norge skjerming som behandlingstiltak?

I Danmark er dette ikke lov (Sivilombudsmannen 2018). I Norge øker bruken markant (Helsedirektoratets statistikker over tvang i psykiatrien 2015-2018 <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne>) og har gjort det i over 20 år (Sivilombudsmannen 2018).

Hvorfor er det slik?

Fordi at i Norge er man ingenting verdt hvis man blir tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus. I akuttpsykiatrien var de meget nidkjære. Det som kalles kontrollkommissjonen fungerte ikke på noen måte da jeg var innlagt og kunne ikke beskytte meg og familien mot de feilene og lovbruddene vi ble utsatt for. Sykehuset prøvde også så godt de kunne å holde meg unna kontakt med dem. Både pasient, pårørende og andre involverte ble totalt hjelpeløse i møtet med denne katastrofale makta. For når noen kan ta full kontroll over deg uten motkrefter, så oppstår rommet for lovbrudd og overgrep nesten som en naturlov.

Jeg har vært på Værnes mange ganger etter innleggelsen, både med og uten pass. For hver gang jeg letter derifra er det som jeg reiser et stykke lenger unna den forferdelige og ødeleggende opplevelsen innleggelsen i akuttpsykiatrien var. Hvor er Soria Moria? Finnes det i utlandet? For meg er det nok sannsynlig at det gjør det. Jeg har ingen tillit lengre. Og har heller ingen grunn til å ha det.

Dette brevet/innlegget får være mitt bidrag til å oppfordre politikerne om å kraftig øke rettssikkerheten og pasientsikkerheten i psykiatrien. En human og trygg akuttpsykiatri bør være mer enn bare en hildring i horisonten.

*Ingrid Groeggen
Berger og pasient*



Om tvang og beltelegging

«Jeg har vært innlagt flere ganger de siste 20 årene. For det meste på tvang, men også frivillig. En gang fikk jeg tilbud om frivillig innleggelse, men hvis ikke skulle jeg bli tvangsinnlagt. Jeg valgte det første alternativet, men det ble jo omgjort til tvang etter kort tid. Nok om det.

Mine innleggelser bunner i en bipolar lidelse type 1. Mine psykoser har vært relativt sterke. Hatt fem innleggelser pga dette. To i Oslo (Lovisenberg) og tre i Asker (Blakstad).

Jeg har ikke hatt sykdomsinnsikt og de har vært basert på tvang, mer eller mindre frivillig. Jeg har blitt hentet av politi (ville ikke være med ambulanse) en gang. Har også blitt kjørt til Blakstad av sivilpoliti. Jeg trodde de skulle kjøre meg hjem og at de var mine privatsjåfører. Følte meg helt konge jeg da. Overraskelsen var stor da bilen svingte inn til sykehusområdet. DIT ville jeg jo ikke.

Jeg ba om pause for å kunne ta en røyk utenfor, det fikk jeg. Men så var tålmodigheten slutt og jeg ble halt inn til akuttavdelingen. Jeg forsøkte å gjøre motstand og mane fram de krefter jeg hadde tilgjengelig, men de var for sterke. Så var jeg inne. På gangen som det vel kaltes.

Ting roet seg deretter litt ned og jeg ble tatt godt imot. Det var en fem-seks rom på den gangen og jeg fikk ett av dem. En seng, en vask, klesskap og et skrivebord hvis jeg husker rett.

Jeg fikk bragt nødvendige artikler dit av min kone. Skift, toalettartikler og det viktigste – en musikkspiller. Når jeg er manisk er musikken min venn. Det er sterkt å høre på for meg (sikkert irriterende også for de ansatte da jeg hadde noen favoritter jeg spilte mye – som Bob Marleys «Sun is shining»).

Mine psykoser har vært av religiøs karakter. Jeg er til vanlig en ganske «vanlig» troende mann. Men i psykose forsterkes dette mye, ja så mye at man sikkert kan kalle det «religiøs psykose». Kors rundt halsen (for beskyttelse) og gjerne en bibel blir standard. På Blakstad var/er det også en hyggelig sykehussprest, noe jeg hadde mye utbytte av. Fikk etter hvert faste timer hos ham hvor vi diskuterte. Men det var på et senere tidspunkt, nå var jeg på «gangen». For de «dårligste».

Det var på tide med et måltid. Mine psykoser har tidsmessig vært rundt påsketider. Så det var egg på bordet. Ute skinte sola – det var vår. På akutten er det ikke stålkniiver av sikkerhetshensyn, så vi spiste av plastikkbestikk. Greit nok det, men etter en stund savner

man ordentlig bestikk. Til å være akuttavdeling er ofte måltidene stille og rolige – folk har vel nok med seg selv og tankene.

Alle de fem gangene jeg har vært på tvang har det endt i belter. Det skal overraskende lite til før det skjer, men denne var nok berettiget. Jeg ble gradvis mer urolig utover dagen, følte meg innestengt på ubestemt tid og paranoiaen klaustrofobien gjorde seg gjeldende. Fikk sikkert noe sobril eller lignende men det hjalp ikke. Jeg ville ut i det fri. På toalettet var det et vindu, og jeg slo alt jeg kunne i det. Synes å huske at det ble en sprekk i det men det knuste ikke. Alarmen ble utløst av en pleier og det kom flere pleiere som overmannet meg. Kan ikke huske jeg gjorde særlig motstand, skjønnte vel at det var nytteløst. De bar meg inn på rommet og fikserte meg i belter.

NEI, tenkte jeg, ikke nå igjen. Ubevist visste jeg hva dette betød. Jeg fikk remmer rundt anklene og armene. Det kjennes ganske stramt ut men må kanskje være såpass. Jeg har en gang klart å lure en arm ut av det. Nå kommer smerten. En ubeskrivelig psykisk smerte. Denne situasjonen hvor jeg ikke kan bevege meg fritt setter i gang en prosess hvor smerten kommer ikke i bølger men som et vedvarende press. Hallusinasjoner kan sette inn. En gang var pleierne som spøkelses. Blodfattige, bleke. Jeg kan ikke beskrive med ord smerten jeg følte og har følt ved beltelegging.

Jeg kunne høre håndverkere reparere vinduet. Banking. Vet ikke hvor lenge jeg ble liggende der. Ble undersøkt av lege, men jeg lå med lukkede øyne. Jeg overlevde. Det er ubeskrivelig deilig å høre beltenøklene låse opp og presset over ankler og ben gir seg. FRI igjen. Å kunne bevege seg da er en befrielse, selv om jeg var på lukket avdeling. Pleierne hadde gitt meg en sprøyte i baken – sisordinol tror jeg. Den fikk meg lavere. Får litt «restless legs» av den men det er til å leve med.

Men energien var der fortsatt. Tankene går på høygir, man resonerer og kan prate folk i senk. Man går på høygir på alle måter.

Dagene gikk og jeg fikk et innblikk i avdelingens

rytme. Relativt tidlig opp, lite å finne på ved en akuttavdeling og ganske tidlig i seng. Noen oppvåkninger av pasienter som ble lagt inn i løpet av natten. Litt skriking og gråting.

Kontakt med de andre pasientene viser at det stort sett er oppegående mennesker som man ikke med en gang kan plassere som psykiatriske pasienter. Røykerommet ble brukt mye. Sigarettene gir en viss ro og man innbiller seg at det hjelper. Jeg får familien til å kjøpe en kartong som jeg senere deler ut til de rundt meg. Ingenting er umulig og penger er det nok av. Psykosen sitter i.

Har fått god kontakt med en iraner som er på samme avdeling. Han er høyt oppe i noe tegneserie greier. Vi kommuniserer og har det ganske hyggelig. Etter hvert mener pleierne at det er usunt at vi «koker» så mye sammen. Vi blir ilagt «skjerming» dvs en halv time på rommet og en halv time på gangen, annenhver gang. Jeg synes dette er urettmessig og barnslig. Vi er jo voksne mennesker og bør behandles deretter.

Etter hvert får jeg utgang i det fri med følge. Vi går en tur på sykehusområdet og jeg tar en røyk og prater. Utrolig befriende å komme ut i fri luft etter å ha tilbragt mange dager innestengt.

Jeg vil etter hvert prøve min sak for Kontrollkomisjonen. Får tak i en advokat og melder meg til neste møte. Det er omtrent som en rettsal hvor man skal bevise sin egen normalitet eller tilregnelighet. Jeg har tidligere vært på sånne møter så jeg vet hva jeg går til. Etter en halvtime eller så blir det bestemt at jeg har fått min klage gjennom,- jeg er igjen en fri mann.

Glad og lettet drar jeg tilbake til rommet mitt og pakker sakene. En av pleierne spør hva jeg driver med og jeg sier som sant er at jeg vant gehør i kommisjonen og skal hjem.

Det blir en del uro på avdelingen, alt er ikke i orden. Etter en stund kommer det to uniformerte politimenn inn å rommet. Jeg får beskjed om at jeg skal fremstilles for lege. Jeg blir påsatt håndjern og turen går til legevakten. Her får jeg snakke med lege og han reinnlegger meg. Så lenge var Adam i paradiset. Så mye for kontrollkomisjonen.

Tilbake på avdelingen er det å pakke ut tøyene igjen. Jeg er tilbake fra en merkelig hendelse. Kafka-aktig kanskje. Hvem anklager meg og hva er jeg anklaget for? Jeg kan tydeligvis ikke være helt i vater, men hvor lenge skal dette pågå? Håpløsheten stiger i meg og jeg føler meg utsatt for et maktovergrep. Jeg er på tvangsparagraf både med tanke på opphold og medisiner. Jeg har sikkert ikke kommet helt ned fra manien ennå, men det betyr ikke at jeg må være innelåst. Jeg er verken til fare for meg selv eller andre.

Jeg blir på akuttavdelingen en liten stund til, så blir

jeg flytte over på stueavdelingen. Her er det langt triveligere, med planter, farger, skikkelig bestikk og noen bilder på veggene. Som en stue rett og slett. Det er fremdeles låste dører, men de slipper oss ut for å gå tur eller slikt. Det er også et aktivitetssenter med biljardbord, andre spill, musikkavdeling hvor det arrangeres dans av og til og så er det et bibliotek i nærheten. Jeg blir kjent med andre innlagte og vi har det ganske hyggelig sammen. Spiller et hav av yatzy med en ung dame, og blir fasinert av henne. Det var hyggelig og vi holdt kontakten en stund også etter oppholdet. Jeg var gift ennå da men ekteskapet gikk på stumpene pga at jeg hadde vært mye dårlig i forkant av innleggelsen. Lang depresjon kan tære på de mest solide forhold.

Men jeg er takknemlig for tiden jeg hadde på en institusjon med en flott dame. Gjorde dagene lysere.

Etter å ha vært på stueavdelingen en stund, noen uker, ble jeg overført til et annet sted. Et flott sted, nyoppusset med eget bad på rommene. Det ble noen uker der også. Depresjonen satte inn etter denne heseblesende manien jeg hadde vært gjennom. Denne sykdommen kan være en sann lidelse, og slik følte det. Utfordringene var ikke over enda, min kone ville skille seg. Så der var jeg, dypt deprimert og innlagt til rekonvalesens og skulle skille meg i tillegg. Jeg ble det og flyttet etter hvert til en annen by. Hvordan jeg har overlevd alt dette er en gåte i ettertid. Så har det også vært på håret. Men det er en annen historie.»

Anonym

Min venn

*- det er som om du er borte for alltid,
nesten som om du har «gått bort»
Men jeg vet at du lever,
et sted jeg ikke når deg...*

Av May-Sylvi Nilsen



WSO-SIDEN · LEDEREN HAR ORDET!

Mette Ellingsdalen

Styreleder, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome

Når ropet om mer tvang blir overdøvende

I media det siste året har det vært en rekke artikler hvor det fremstilles som at mindre tvang i psykiatrien fører til mer vold og drap, og at mennesker går til grunne. Et grovt nylig eksempel er en lengre artikkelserie i Bergensavisen nå i høst, der man i første artikkel leverer premisset at lovendringen i psykisk helsevernloven fra 2017 kan være en av grunnene til at samfunnet vårt har blitt et farligere sted å være, og bruker de neste syv artiklene til å begrunne hvorfor dette er riktig. En hovedargumentasjon fra psykiatri og politi er at det har blitt for vanskelig å tvangsinnlegge folk som vurderes til å ha samtykke-kompetanse. Det fremstår som en form for kampanje-journalistikk, det fremsettes en rekke feil/udokumenterte påstander fra både psykiatri og politi som får stå uimotsagt, og det stilles ikke kritiske spørsmål til årsakssammenheng eller andre mulige forklaringer. Dessverre har denne artikkelserien ledet til en representantforslag fra Senterpartiet om å evaluere lovendringen. En evaluering og kunnskapsinnhenting er ikke i utgangspunktet negativt, og det er et faktum at lovendringen ikke har ført til nedgang i tvangstallene, men bakgrunnen som er oppgitt for forslaget gir stor grunn til bekymring. Kjersti Toppe (SP) uttaler blant annet at «denne lovendringen har fått for store konsekvenser for samfunnet» og tar til orde for mer bruk av tvang.

Lovendringen i 2017 innførte krav om manglende samtykkekompetanse for frihetsberøvelse og tvangsbehandling ved det såkalte behandlingskriteriet. Farekriteriet, der begrunnelsen for tvang er enten fare for andre eller fare for eget liv, står uendret, men allikevel er det nettopp fare for andre som ofte er hovedtema når lovendringen kritiseres. Det er svært stigmatiserende og gir grobunn for ubegrunnet frykt når noen svært sjeldne, tragiske hendelser brukes som argument for å bruke mer tvang mot en hel gruppe.

Sannheten er at det er svært vanskelig å forutse farlighet på enkeltpersonnivå, og forskningen viser at når man prøver på det ender man med et høyt antall såkalte «falske positive», (altså folk som vurderes til å være farlige men ikke er det). Psykiatrien er ikke bedre til å forutse dette enn folk flest, heller litt dårligere. Det

er grunnleggende at man ikke skal frihetsberøves eller straffes på grunn av gruppetilhørighet, men det er allikevel det som skjer i psykiatrien. Det er diskriminerende og en rettsikkerhetskatastrofe.

At denne lovendringen blir brukt av psykiatrien for å unnskyldes seg selv når de svikter grovt, er ikke noe nytt. I debatten i kjølevannet av Siw-saken som ble avdekket i Stavanger Aftenblad i 2019, ble innføringen av samtykkekompetanse i 2017 brukt av flere fagfolk som begrunnelse for hvorfor Siw ikke hadde mottatt nødvendig oppfølging. Budskapet var at «hvis vi bare kunne brukt mer tvang, ville vi kunne hjulpet Siw». Det er en stråmannsargumentasjon, siden Siw døde i allerede i 2015, og lovendringen med innføring av samtykkekompetanse ble innført først i september 2017.

Psykiatrien vil alltid bruke argumentet «hvis vi bare kunne brukt ubegrenset tvang, ville vi hjulpet denne pasienten» til å forsvare seg når tragediene blir synlige, selv når det er åpenbart at behandlingen i psykisk helsevern gjorde vondt verre.

Når ropet om mer tvang blir overdøvende, med begrunnelse at folk må få «riktig behandling», er det på sin plass å se på hva slags «hjelp» det er folk tvinges til. Å tro at problemer som har oppstått mye som et resultat av tvang, nedverdiggende behandling og mishandling som oppleves som straff, kan løses ved mer bruk av tvang er feilslått og vil gjøre vondt verre.

Når behandling blir mishandling

I Bergensavisa (31.10.20) ble det beskrevet to historier av pårørende, ingen pasienter var intervjuet. Begge historiene beskriver ganske unge menn som helt klart ikke har fått god oppfølging av helsevesenet, og begge har vært utsatt for tvang og tvangsbehandling. De har også det til felles at de er redde for Sandviken sykehus.

Den ene moren uttaler «For min sønn er Sandviken en straff. Han vil ikke dit.» Den andre historien handler om en gutt som ble innlagt for reaksjoner etter mobbing, og hvor innleggelsen ble starten på et helvete. «Inne på det psykiatriske sykehuset ble tilstanden hans verre. Hverdagen på avdelingen var skremmende for ham, og

etter noen måneder utviklet han en psykose som endte i vold mot en person inne på avdelingen. (ingen kom fysisk til skade) Mens min sønn satt isolert på skjermet rom, kom en ansatt fra sykehuset inn til ham og overrakte et papir og gikk. Det var en politianmeldelse. Tilbake satt han alene og leste dette.» De skriver også at sønnen ikke vil stille til intervju fordi han etter flere perioder på Sandviken psykiatriske sykehus er så utslitt at han ikke orker å fortelle noe som helst om det som har hendt ham.

Så hvordan ser det egentlig ut bak de lukkede dørene når pasientene skal få «behandling som kan gjøre dem bedre» ved Sandviken sykehus? Sivilombudsmannens torturforebyggende enhet besøkte Sandviken i 2018, og kom med kraftig kritikk av forholdene. De avdekket inngripende og uverdige behandling av pasienter og Sivilombudsmann Aage Thor Falkanger uttalte –Det er uakseptabelt at sårbare pasienter som plasseres på skjerming skal måtte oppleve slike uverdige forhold»

Kritikken fra Sivilombudsmannen gjaldt blant annet følgende; skjerming under uverdige forhold som ble gjennomført på en isolasjonspreget måte, en tilnærming til pasientene som var preget av grensesetting og atferdskorreksjon, begrensede muligheter til å oppholde seg i friluft, et høyt antall vedtak om isolering og at mange av skjermingsvedtakene ble gjennomført på isolat slik at skillet mellom tvangsmidler og skjerming ble visket ut. Det var utbredt praksis for å benytte transportbelter som et mekanisk tvangsmiddel, noe som skapte risiko for normalisering av bruk av mekanisk tvang og lengre belteforløp. Det var bruk av spytte-hetter som kan være ydmykende og fremkalle angst spesielt der pasienten samtidig er fastspent i belteseng. Noen hadde opplevd tvangsmedisinering med høye doser av antipsykotiske legemidler over lange tidsrom, og uttrykte dyp fortvilelse og uro over den pågående tvangen og helsetilstanden sin. Det var mangel på informasjon om rettigheter til pasientene.

Samtidig fremkom få refleksjoner omkring mulige årsaker til høye og økende tall for bruk av tvangsmidler. Funnene tydet på lav vilje til å se kritisk på egen praksis, særlig i hvilken grad egen atferd, holdninger og praksiser virker inn på tvangsbruken.

Det er kanskje ikke så rart at man ikke klarer å få til et samarbeid med pasientene uten å bruke tvang, når man behandler de du skal hjelpe på denne måten. Det fremstår som ganske naturlig at de som har blitt behandlet sånn er redde, og opplever det som en straff. Man behøver ikke ha noen «virkelighetsbrist» eller mangle «sykdomsinnsikt» for å ikke oppsøke dette frivillig.

Mye av problemene kommer nettopp av at helsevesenet har gjort sine egne pasienter til fiender, ved å utsette dem for nedverdiggende behandling og mishandling som oppleves som straff, ikke hjelp.

Hvorfor forsvare lovendringen om samtykkekompetanse når vi egentlig ønsker noe helt annet?

Endringen med innføring av samtykkekompetanse var en

liten endring i en lov som burde oppheves, og ikke noe WSO mente ville få stor betydning. Vi uttalte bla. dette i forbindelse med lovendringen: Det er fortsatt diskriminerende og vi har ingen tro på at dette i praksis vil gjøre noen stor forskjell. Det er fortsatt helsepersonell som skal foreta denne vurderingen, og den definisjonsmakt som ligger innbakt i systemet rokkes i liten grad ved. Kort sagt, det spiller i praksis ikke så stor rolle om psykiatere/ psykolog sier du har en alvorlig sinnslidelse og derfor ikke vet ditt eget beste, eller om samme psykiater sier at du har en alvorlig sinnslidelse og mangler beslutningskompetanse, og derfor ikke vet ditt eget beste.

Og ganske riktig, tvangstallene har ikke gått ned og det viser seg at vurderingene om samtykkekompetanse er akkurat like skjønsmessige, tilfeldige og avhengige av synet til psykiateren som vurderer som før. Men, å vurdere denne lovendringen med spørsmål om «det har fått for store konsekvenser» og at det brukes for lite tvang, blir helt feil, når virkeligheten er at den ikke har gitt oss selvbestemmelse på lik linje med andre og at mennesker fortsatt tvangsbehandles i stor grad.

WSO vil svare til Helse og omsorgskomiteen, det legges ikke opp til muntlig høring av forslaget og frist for skriftlige innspill er 19. januar 2021.

Det er et lite lyspunkt at Helsedepartementet ved statssekretær Maria Jahrmann Bjerke ga Toppe motstand i Bergensavisen, hun svarte «Tvang er ikke løsningen, det blir bakvendt å gå tilbake til tvang», og videre at norsk lovverk var vanskelig å forsvare i forhold til grunnleggende menneskerettigheter, og at det er viktigere å fokusere på å forbedre tilbudet før og etter behandling, med samhandling som et nøkkelord.

Det er åpenbart at mange ikke får den hjelpen de trenger og blir kasteballer i et feilslått system, og det er bra at historiene kommer frem. Men løsningen handler ikke om hverken samtykkekompetanse eller tvang, og så lenge det er der man leter etter svar vil psykiatrien fortsette å skade pasientene for så å forsvare mer bruk av tvang når de protesterer på mishandlingen, og sånn fortsetter runddans.

Hjelp uten tvang og omsorg uten krenkelser, Stopp menneskerettighetsbrudd i psykiatrien! stod det på t-skjorter WSO trykket opp i 2009, kanskje på tide å finne de frem igjen?

Kilder:

Artikkelserie i Bergensavisen okt-nov 2020: Har vi fått et farligere samfunn?

Besøksrapport Psykiatrisk klinikk Helse Bergen HF (Sandviken), 14-16 august 2018. Sivilombudsmannen. Representantforslag 48 S (20-21) fra stortingsrepresentantene Jenny Klinge, Geir Adelsten Iversen, Emilie Enger Mehl og Kjersti Toppe om å evaluere endringen i psykisk helsevernloven fra 2017 om innføring av samtykkekompetanse for innleggelse i tvunget psykisk helsevern.

Side 22 i dagboken

Idag skjedde et stort mirakel i Hønefoss
3 jenter på 12 år ble idag frelst etter at jeg forkynte om Guds sønn Jesus Kristus til dem på gata
Guds sønn Jesus Kristus har sagt til meg
3 personer ble idag frelst
Du får møte dem i Guds rike
Jeg gav de tre jentene min bok 43 bud
Idag ringte jeg sjef redaktør Finn Jarle Sæle
Jeg sa til han at 312 personer har blitt frelst i Asker og i Hønefoss
Etter at jeg har forkynt om Guds sønn Jesus Kristus til dem på gata
Jeg sa til finn Jarle Sæle at jeg har forkynt om Guds sønn Jesus Kristus til 146000 personer på gata i Oslo og i Asker og i Hønefoss
Kristne støtt meg i dette viktige arbeid og sett 1000 kroner i uka Til konto nr 50241089344 Skriv til meg idag hvor mye penger dere vil gi meg i uka
Idag forkynte jeg om Guds sønn Jesus Kristus til 43 personer på gata og jeg bad til Gud store deler av dagen
Jeg tigga 4 timer og jeg fikk ikke Noe penger
Idag stod 6 bøker 43 bud utstilt på gata og i løpet av 4 timer så 3 jenter på bøkene
Idag står det på tigger plakaten
Jeg sov utenfor norsk Luther misjonssamband i Oslo
Guds sønn Jesus Kristus har sagt til meg
Du sov utenfor norsk Luther misjonssamband ved SAS hotellet i Oslo
I løpet av 4 timer leste 3 personer tigger plakaten
Idag plaga satan meg store deler av dagen
Jeg er ikke sterk nok psykisk til lange samtaler
Jeg er ikke sterk nok psykisk til å bli intervjuet av redaktør Øyvind Lien i Ringerikes blad
Jeg er nå så dårlig psykisk at jeg må få medisinen zyprexa av pleierne
Så de passer på at jeg tar medisinen
Jeg er ikke sterk nok psykisk til å reise til Oslo Der det er stress og stress og stress Jeg er redd for at jeg blir plaga av nerve sammen brudd hvis jeg reiser til Oslo

Ugunstig behandling av depresjon

131 personer over 60 år fullførte en studie der de ble fulgt i tre år.

De ble innlagt og behandlet i spesialisthelsetjenesten for depresjon.

Bare 24 var uten symptomer tre år etter behandlingen, som foregikk i Innlandet og Vestfold. De øvrige 107 hadde symptomer, alvorlige tilbakefall eller økt demensrisiko. Konklusjonen ifølge legene er «at eldre som

behandles for depresjon i spesialisthelsetjenesten, har det som de kaller «en ugunstig prognose», skriver Totens Blad 13. november 2019, med henvisning til en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeförening.

Dag Erik Tinghaug

Trond Worren - en forfulgt psykisk syk disippel og profet og tigger og tidligere uteligger
i desember 2016 i Oslo og dikter og Norge idag journalist
Og tidligere Aftenposten journalist og tidligere lege student Borbergård Borbergata 30
Hønefoss

Jeg er bare sterk nok psykisk til å være i Hønefoss sentrum 4 timer Og det er tøft og slitsomt
Satan plager meg i Hønefoss sentrum
Jeg ble tvangsmedisinert på psyk avd på Ullevål Sykehus
Jeg ble lagt i belte på psyk avd på Ullevål Sykehus
Jeg var innlagt 8 måneder på lukka psyk avd på Dagali Dikemark
Og der redda sykepleier claus meg
Søk på nettet Trond Worren dagbok sykepleier claus redda meg
Jeg har skjev rygg og nakke
Jeg tar zyprexa mot angst
Jeg ser dårlig på venstre øye Hornhinne sykdom
Jeg er plaga av hudsykdom
Kristne kontakt mange kristne og be til Gud at Gud må helbrede meg og mor Randi og Bjørn og Unni og Elias og
Ramona og rebecca og alle personer på borbergård og finn Jarle Sæle og Anita apeltun sæle og Bjarte og Øyvind
Lien og Joar Tranøy og Odd Helge Ringdal
Kristne kontakt mange kristne og be til Gud for Joar Tranøy leder i wso Som setter på trykk i søkelyset i november
43 bud som jeg har fått fra Guds sønn Jesus Kristus
Kristne kontakt mange kristne og be til Gud for Bjarte leder på skjønnlitteratur I Norli bokhandel universitetsgata 22
til 24 i Oslo
Bjarte selger mine bøker bok 43 bud Og boken den lille nye bibel
Og dikt og innlegg og diktsamling brita
Kristne kontakt mange kristne og be til Gud for finn Jarle Sæle og Anita apeltun sæle som kanskje til neste fredag
setter på trykk saken min 5 på gata om hva de vil takke sin lege for
Kristne kontakt mange kristne og be til Gud for de som jobber på Norlis antikvariat i Universitetsgata 18 I Oslo De
har mine bøker utstilt ved kassa
Det er bok 43 bud Og boken den lille nye bibel og diktsamling med bilde av meg på gyngestol
De fleste bispedømme kontor i Norge Deler gratis ut mine bøker i resepsjonen
Kristne skriv til meg Idag om dere forkynner fra boken 43 bud Og bøkene den lille nye bibel

Farlig å bli fanget opp

En NRK-sak 27. januar 2020 skriver at psykisk syke som var fanget opp av helsevesenet, sto for 17 av 50 drap i Norge i 2018 og 2019. Det gjaldt riktignok både rettskraftige dommer og pågående saker.

NRK mente at mindre tvangsbehandling på grunn av endringen i loven fra 2017 kunne være risikabelt. Ifølge logikken må disse 17 altså ha vært frivillig fanget opp og behandlet?

Helseminister Bent Høie svarte ihvertfall på NRKs kritikk av lovendringen:

«...den internasjonale forskningen viser at økt tvangsbehandling innenfor psykisk helse ikke reduserer risikoen for at personene skader seg selv eller andre. Det er viktig å se på hvilket kunnskapsgrunnlag som er på dette området...»

Dag Erik Tinghaug



Ingmann B. Eidskrem, Dr. polit. (PhD)

Fra symptommaskering til søken etter underliggende årsaker i behandlingen av psykiske lidelser?

Jeg har en sykdom som heter perifer nevropati, og legene har sagt til meg at de ikke kan gjøre mer for meg. Akkurat dette er ikke noe hovedpoeng i denne artikkelen, så jeg går ikke nærmere inn på dette. Det eneste alternativet jeg da hadde etter at jeg fikk den beskjeden, var å forsøke å finne ut hva jeg selv kunne gjøre. I løpet av denne søkeprosessen har jeg funnet ut en del ting om psykiske lidelser som jeg aldri har hørt om før og aldri hadde forestilt meg som en mulighet! Som medlem av WSO synes jeg dette var så sensasjonelt at jeg følte at jeg måtte fortelle om det i dette forumet, siden WSO er en brukerorganisasjon som i høyeste grad kan være interessert i denne informasjonen. I bestselgerboken til den amerikanske legen (naturopat), dr. Peter Osborne, med tittelen «No Grain, no Pain» viser han hvordan konsumet av karbohydrater/ sukker/stivelse, og sist, men ikke minst gluten i hvetemel og andre kornsorter pluss kasein i kumelk ser ut til å bidra til at folk utvikler kroniske sykdommer som bl. a. autoimmune sykdommer som f.eks. nevropati, Multippel sklerose, Parkinsons, Bechterevs sykdom, Crohn's sykdom – det finnes over 100 av dem. Boken inneholdt mange pasienthistorier der pasientene hadde en eller flere autoimmune sykdommer, og det som *forbauset meg absolutt mest*, var at flere av symptomene på disse sykdommene var depresjon og angst, ADHD og andre typer psykiatriske symptomer. Disse sykdommene ble faktisk helbredet når pasienten gikk over til en lavkarbo /glutenfri diett. I praksis innebærer det at depresjon og angst og andre symptomer kan utgjøre en del av sykdombildet ved en rekke autoimmune, men også andre kroniske sykdommer og kan faktisk i stor grad helbredes ved hjelp av mat som medisin!

Dette er en meget omfattende problematikk, og her begrenser jeg meg strikt til det som er av spesifikk interesse og mulig å formulere kort i artikkels form. En vesentlig del av dette problemet skyldes høyst sann-

synlig psykiaternes ensidige symptomfokus: Når de ser depresjonssymptomer skriver de ut antidepressiva, når de ser ADHD-symptomer skriver de ut ADHD-medikamenter, når de ser symptomer på schizofreni/psykose skriver de ut antipsykotiske medikamenter osv. Antidepressiva kan de til og med potensielt også skrives ut for personer med Irritabel Tarmsyndrom (IBS), men også selv om en person har en begynnende Alzheimers sykdom fordi personer i disse to kategoriene ofte er depressive!

Noen får faktisk psykose-schizofrenisymptomer ved å drikke ekstremt mye vann (W. J. Walsh PhD i boken «Nutrient Power», 2012). Psykiaterne skriver ut antipsykotika. Når det gjelder schizofreni er det dessuten flere tilstander og situasjoner som likner på de symptomene som forbindes med det som i dag kalles schizofreni uten at det har noe med det å gjøre. Dette er meget godt beskrevet i boken til Stephanie Marohn: «The Natural Medicine Guide to Schizophrenia» For å unngå feildiagnostisering er det derfor viktig at det foretas grundige undersøkelser og prøver for å eliminere at det konkluderes på feilaktig grunnlag. Jeg kommer tilbake til dette på slutten av artikkelen. Når det gjelder vannedrikingen ville legen sannsynligvis (forhåpentligvis) ha funnet ut at den mest nærliggende og effektive løsningen var å redusere vanninntaket i stedet for å pøse på med antipsykotika. Det er dessverre mange eksempler på akkurat dette. Når psykiaternes medikamentløsning vinner, kan det forverres og symptomperspektivet framtrer enda tydeligere i sin absurditet.

Selv om det er et poeng at sannhet, sannhetslikhet, sannhetsnærhet i betydningen praktisk adekvathet på mange måter er et problematisk begrep i vitenskapelig sammenheng, har sannhet i nevnte betydning likevel sin plass der, og det ikke bare fordi det i utgangspunktet er langt mer problematisk å kutte den ut. Hva med psykiatri og sannhet?

Når psykiatere i tillegg til sitt symptomfokus, unnlater å undersøke om det kan være – og eventuelt hvilke – underliggende årsaker som gir opphav til de ulike symptombildene. Det man står igjen med er symptomene som eneste holdepunkter. Saken er dessuten at mange av de samme symptomene som inngår som kriterier i flere ulike psykiatrisk definerte diagnoser (DSM, ICD), overlapper hverandre. Dette bidrar til at diagnosene blir mindre distinkte, samtidig som de ofte har et spinkelt vitenskapelig grunnlag. Spørsmålet blir da om de i det hele tatt er egnet til diagnostiske formål? I tillegg kan det nevnes at eksistensen av psykiatriske lidelser ikke har noen objektive indikatorer som kan bekreftes eller avkreftes ved hjelp av tester. Med ett unntak oppfyller ingen av de psykiatriske diagnosene de vanlige vitenskapelige kravene som stilles til en medisinsk diagnose. Dette gir et rimelig grunnlag for å betegne psykiatri som pseudovitenskap.

Når psykiaterne i tillegg til ovennevnte faktisk også unnlater å undersøke hvilke mulige sykdommer, vitamin- eller mineralmangler mm. som kan antas å være underliggende årsaker til lidelsene, forsvinner vesentlige sannhetsindikatorer fra diagnostiseringen. Kan dette bety noe annet enn at diagnostiseringen på grunnlag av (instruert) symptomtolkning av psykiske lidelser kun blir en ren gjettelek, basert på forutinntatte oppfatninger? Neppel! I partiprogrammet til et herværende nytt politisk parti skrives det at 60% av psykiatriske pasienter dør med ubehandlede sykdommer!

Likevel hevder psykiaterne i fullt alvor at de kan behandle symptomene med psykiatriske medikamenter! Det er ikke lett å skjønne denne type logikk. Resultatet av dette kan ha alvorlige konsekvenser fordi det øker sjansen både for feildiagnostisering og underdiagnostisering. Det innebærer at pasientene kan ha sykdommer som verken blir diagnostisert eller behandlet, og dermed forblir ubehandlet, slik som i Elizabeth Dixons historien som det er link til nedenfor. Hennes eksempel er neppe noe unikt enkelttilfelle, mye tyder på at det heller kan være regelen, noe som dokumenteres i praksisen til leger innen funksjonell medisin.

Det tragiske ved dette er de feildiagnostiserte tragiske skjebner og ikke minst det at mange psykiatriske pasienter faktisk kan dø på grunn av at underliggende sykdommer forblir udiagnostisert og ubehandlet. I et intervju med den amerikanske psykiatrforskeren dr. Chris Palmer (Publisert 30. aug, 2019, Metabolic Health Summit) hevder han at personer med bipolar lidelse og schizofreni og andre i gjennomsnitt mister mellom 10 til 25 år av sin levetid, og mange kan også dø av flere ulike udiagnostiserte sykdommer, men også sykdommer som de har pådratt seg pga. medikamentene.

I tillegg kommer livskrisene – de eksistensielle krisene som for noen psykiatriske pasienter kan oppleves

som så totale og overveldende at det å ta sitt eget liv framstår som den eneste relevante utveien. Jeg vet hva dette dreier seg om fordi jeg selv har opplevd dette mer enn en gang, og er meget glad for at jeg tross alt har fått leve videre! Fordelt på årets uker begår over fem nordmenn i gjennomsnitt selvmord hver uke i året. Dette er meget tragisk, og spørsmålet er om noe av dette kunne ha vært unngått med bedre diagnostiske undersøkelser?

Det ovenstående understreker med all tydelighet at psykiske lidelser ikke bare kan betraktes som sykdommer som bare opptrer i ett enkelt av kroppens organer, nemlig hjernen, men dreier seg mer grunnleggende om hele personens helsetilstand og ikke minst kostholdet. Hvis alt dette stemmer, er det meget alvorlig!

Det samme fenomenet som er beskrevet av dr. Osborne, er også godt beskrevet på norsk i boken til legeparet Sofie og Erik Hexeberg: «Nytt blikk på autoimmun sykdom». Søliaki er for eksempel en slik autoimmun sykdom, og betraktes som en type modellsykdom som utvikles av personen som ikke tåler gluten og miljøgifter, mm. Dette er en sykdom som er genetisk betinget, men kan holdes i sjakk med en glutenfri diett. Kombinasjonen søliaki og schizofreni er f.eks. ikke uvanlig. I tillegg til dette finnes det en annen type glutenintoleranse som formelt benevnes som ikke-søliaki glutenintoleranse (Marshall). Den er i seg selv ikke en sykdom, men heller en type genetisk disposisjon, også omtalt som glutensensitivitet. Dr. Osborne hevder på grunn av egne erfaringer som lege at alle med en autoimmun sykdom, er også glutensensitive. Det vil ta for langt å forklare den medisinske bakgrunnen for det jeg påstår her, men for dem som er interessert i å sjekke dette nærmere anbefaler jeg boken til Sofie & Erik Hexeberg hvor dette er relativt grundig forklart på et språk som er forståelig for de fleste. *Men karbohydrater (+ sukker og stivelse,) inkludert gluten ser ut til å ha alvorlige helsemessige skadevirkninger med senvirkninger som bl.a. er knyttet til tilstander som lekk tarm (tarmpermeabilitet) og altså autoimmune sykdommer mm.* Legene Sofie og Erik Hexeberg antar at omfanget av denne typen kroniske sykdommer kommer til å øke kraftig både i Norge og verden som helhet i årene framover. Dette bekreftes også i flere andre kilder. Legeparet Hexeberg bruker mat som medisin for å behandle disse sykdommene, og om man skal tro pasienthistoriene i bøkene deres, så har de hatt betydelig suksess med denne tilnærmingen.

Autoimmune sykdommer, glutensensitivitet og psykiske lidelser

Det viktige i denne sammenheng er at inntak av *karbohydrater, sukker og stivelse og ikke minst gluten* kan føre til tilstander som igjen for mange kan føre til flere ulike nevrologiske og psykiatriske symptomer. Foruten schizofreni peker dr. Peter Osborne på at skadene forårsaket

av gluten, også kan skape andre mentale symptomer som vi kjenner som depresjon, bipolar lidelse, epilepsi, ADD/ADHD, autisme og flere andre. Dersom en person har noen av disse lidelsene, er det også en betydelig sjans for at han/hun kan være glutensensitiv. Av den grunn burde det alltid testes om pasientene ved diagnostisering er glutensensitive. Dette har store konsekvenser for hvordan lidelsen kan behandles. Dette er også en av konklusjonene i flere av artiklene som er publisert i psykiatriske tidsskrift om temaet. For hvert av de nevnte psykiske lidelsene Osborne nevner, gav han referanser til en eller flere vitenskapelige artikler i et psykiatrisk forskningstidsskrift. Noen av disse tidsskriftene er tatt med i litteraturlisten nedenfor. Jeg har sett i referanselistene på disse artiklene, funnet og lest mange flere artikler om dette temaet, men begrenser meg i litteraturlisten til disse pluss noen få til.

Jeg må innrømme at jeg ble meget forbauset da jeg leste dette! Den norske forskeren K. Reichelt har aktivt vært bidragsyter i denne debatten og har også forsket mye på dette, og han har kommet med bidrag til en ny forståelse av psykiske lidelser. Han skrev sin doktoravhandling om temaet. Jeg hadde tidligere ikke hørt snakk om at gluteninntak og inntak av melkeprotein kasein kunne føre til psykiske lidelser verken fra leger eller andre. Det har imidlertid vært publisert vitenskapelige artikler om dette lenge, spesielt fra midten av 1970-tallet og særlig i forbindelse med schizofreni som i 1953 i en tidsskriftartikkel ganske slående ble omtalt som «breadmadness».

I flere av de vitenskapelige artiklene kunne jeg bl.a. lese at de ovennevnte psykiatriske lidelsene ofte gikk sammen med sykdommen søliaki og sammen med glutensensitivitet, men også med en eller flere andre autoimmune sykdommer. Siden jeg selv har en schizofrenidiagnose, men nå er symptomfri og medisinfri, har jeg vært særlig opptatt av schizofreni i denne sammenhengen, men det jeg skriver har også relevans for de andre psykiske lidelsene som er nevnt ovenfor. Et par av artiklene i de ovennevnte tidsskriftene beskrev kliniske forsøk der personer med schizofrenidiagnose ble satt på en glutenfri diett med en kontrollgruppe (dvs. en gruppe som ikke fikk en slik diett), med det høyst overraskende resultatet at symptomene for dem som var på diett forsvant etter ganske kort tid, noe som igjen førte til at de som var på lukket avdeling ble overført til åpen avdeling. De som var på diett ble også skrevet ut mye raskere enn dem i kontrollgruppen!

I et klinisk forsøk med et mindre antall sterkt belastede personer i et fengsel som var glutensensitive, viste samme resultat for noen av dem som var på diett, og i tillegg at når dietten ble avsluttet, kom symptomene tilbake! Dette tyder på at det foreligger en årsakssammenheng! Som vist i den vedlagte historien om Elizabeth

Dixon nedenfor har leger i funksjonell medisin allerede tatt i bruk denne innsikten med stort hell. Flere av artiklene jeg har gjennomgått pekte på behov for videre forskning. Forfatterne ser ut til å mene at det til nå ikke er et tilstrekkelig grunnlag i forskningen til å gjøre bruk av disse forskningsresultatene. Men kan det være riktig?

Det vil alltid være behov for mer forskning, men på grunnlag av den eksisterende forskningen er det min oppfatning at vi vet tilstrekkelig til å ta i bruk innsikten om gluten og glutenfrie dietter. Derfor er jeg også enig med dr. Osborne i at den eksisterende forskningen viser at det foreligger en årsakssammenheng mellom inntak av gluten og flere psykiatriske lidelser dersom personen i utgangspunktet enten har søliaki eller er glutensensitiv. Flere av artiklene tar til orde for at det er nødvendig å undersøke alle psykiatriske pasienter for søliaki og glutensensitivitet ved diagnostiseringen. Dette skjer ikke så vidt jeg vet. Dette kan ha store konsekvenser for behandlingen, og er en viktig årsak til den feilbehandlingen som skjer i dagens psykiatri. Tradisjonelle psykiatere har som leger nesten ingen opplæring i ernæring og ser i praksis helt bort fra de betydelige negative langtidsvirkningene av den maten som anbefales i myndighetenes kostholdsråd på folks helsetilstand. Dr. Osborne peker imidlertid på at en overgang til glutenfritt lavkarbo kosthold vil kunne bidra til å redusere og stabilisere schizofrene pasienters symptomer, og i mange tilfeller kan de også bli helt friske (remisjon)!

Det er dermed rimelig å anta at det er en årsakssammenheng mellom inntak av gluten og de ovennevnte psykiatriske lidelsene, dersom personen samtidig har søliaki eller er glutensensitiv. Dette gjør gluten til en viktig faktor i forståelsen av psykiske lidelser, men det kan også være andre. I en av de nevnte artiklene kunne jeg også lese at personer med autoimmune sykdommer har 45 % økning i risikoen for å utvikle schizofreni. Dette kan også innebære at det er en betydelig sjans for personer med schizofreni også kan ha en eller flere andre autoimmune sykdommer samtidig. Jeg selv er med min perifere nevropati et eksempel på det, og i tillegg har jeg hatt høyt blodtrykk, overvekt. Dermed var jeg derfor tidligere «kvalifisert» for diagnosen metabolsk syndrom, men den diagnosen er ikke lenger relevant for meg nå. Det jeg fremdeles har igjen er nevropatien. Det er i slike tilfeller som dette at spørsmålet om underdiagnostisering/feildiagnostisering av den typen som jeg har nevnt ovenfor melder seg. Med psykiaternes primære blikk rettet mot symptomer blir de blinde for at det kan være andre sykdommer som forårsaker de psykiatriske symptomene. Praktiserende psykiater og forsker Chris Palmer opplyser f.eks. at de fleste som er nydiagnostisert med psykose/schizofreni lider av insulinresistens. I tillegg hevder prof. Bikman på grunnlag av forskning at inntak antipsykotika også fører til insulinresistens! Sistnevnte er særlig



skremmende, tatt i betraktning den relativt omfattende bruken av tvangsmedisiner i norsk psykiatri, og ikke minst det at mange går årevis på antipsykotika på anbefaling fra psykiatere!! Denne tilstanden, insulinresistens, innebærer at overføringen av sukker (glukose) til cellene ved hjelp av insulin er nedsatt. Det betyr at dersom en normal mengde insulin gir en mindre (biologisk) effekt enn det som forventes, antas personen per definisjon å ha insulinresistens. Jeg kan ikke gå mer i detalj om dette, men vil derimot pekte på at dette er forstadiet til en rekke sykdommer og komplikasjoner som overvekt, diabetes 2, hjertekarsykdommer, kreft, Alzheimer, autoimmune sykdommer mm. For en nærmere dokumentasjon av hva insulinresistens kan føre til av sykdommer, se den oppsiktsvekkende boken til prof. Benjamin Bikman: «Why We get Sick», 2020. Jeg har aldri hørt om psykiatripasienter som blir sjekket for insulinresistens, og det er en meget alvorlig unnlattelse!

Grunnen til at forskerne jeg har lest, ser ut til å mene at resultatene av kliniske forsøk med glutenfrie dietter er for mangelfulle til å at de kan omsettes i praksis, kan ha å gjøre med 1) at de glutenfrie diettene i forsøkene ikke kan ha vært reelt glutenfrie, og 2) at testene for å måle gluten var for utilstrekkelige. På tross av dette kan det likevel fastslås at forskerne fikk resultater i form av en klar symptomdemping med dietter som bare delvis var glutenfrie. Dette betyr at dietten tross alt har virket! *Dette må sies å være et svært viktig resultat i denne sammenhengen, og intet mindre enn sensasjonelt.* Det har imidlertid blitt forsket på denne problematikken i flere tiår uten at det har hatt noen som helst synlige konse-

kvenser for den praktiske psykiatriske behandlingen mht. bruk av en glutenfri diett.

I en artikkel jeg nettopp kom over skriver forfatteren, en tidligere psykiatrisk pasient, at det første legen hennes innen funksjonell medisin gjorde var å sette henne på en glutenfri diett. Dette er dermed en artikkel som demonstrerer forskjellen mellom en psykiatrisk og en funksjonellmedisinsk tilnærming i behandlingen av psykiske lidelser, men også litt om hvordan de eventuelt kan samarbeide. ***Elizabeths artikkelunderstreker i praksis de viktigste poengene i denne artikkelen. Les den og vurder selv!*** Elizabeth Dixons: «Funcional Medicine: My Path out of Psychiatry» i nyhetsbrev 06.10.19 på nettstedet Mad in America (MIA): <https://www.madinamerica.com/2019/10/functional-medicine-path-out-psychiatry/>.

Hvorfor kan ikke diettene ha vært reelt glutenfrie? Forklaringen er at gluten er en blanding av flere proteiner som finnes i alle kornsorter. Glutenet i andre kornsorter enn hvete (Gliadin) har andre navn. Gluten er dessuten sammensatt av to primære typer – prolaminer og glutener. Prolaminer er mao. også gluten. Derfor inneholder også ris en liten andel gluten (5 %), havre 16% og mais inneholder hele 55 % gluten fra et prolamin som kalles Zien.

Mitt poeng i denne forbindelsen er at dersom forskerne hadde anvendt en mer adekvat definisjon av glutenfrihet som omfattet alle de ovennevnte, pluss hvete, bygg og rug mm. så ville det høyst sannsynlig innebåret en vesentlig sterkere eliminering av gluteninntaket hos forsøkspersonen. Dette ville sannsynligvis også ført til



at forskerne da fikk enda mer distinkte og klare utslag i forsøkene sine. Dette kunne ha ført til at pasientene i enda større grad kunne ha fått en symptomreduksjon som gjorde dem medisinfrie!

Behandlingen av schizofreni

Behandlingen av schizofreni innebærer bruk av antipsykotika som er sinnsendrende medikamenter med en suksessrate som vi trygt kan betegne som dårlig (jfr. Robert Whitaker). Praktiserende psykiater og forsker Chris Palmer har uttalt at i USA er det 4 % av pasientene som blir friske, dvs. symptomfrie og medisinfrie. Jeg tviler på at suksessraten i Norge er særlig høyere. Dette må sies å være et særdeles dårlig resultat! Med en mer adekvat behandling av den typen jeg har antydnet ovenfor og delvis også beskrevet i Elizabeth Dixons artikkel er det rimelig grunn til å anta at en langt større prosentandel kunne ha blitt helt friske. En slik behandling har vi ganske enkelt krav på, og det må vi kreve å få! Kunnskapen finnes og kan ikke bortforklares!

Det mange heller ikke vet, er at mange anti-psykotiske medikamenter inneholder både gluten, melkeprotein kasein, sukker og kjemiske farger som alle er kjent for å påvirke mental adferd. Gluten finnes også i en rekke andre ting som få dessverre er klare over. Personer på antipsykotiske medikamenter som Zyprexa og Seroquel legger ofte kraftig på seg, noe som faktisk også kan føre til insulinresistens som er et «springbrett» til diabetes 2 og en rekke andre alvorlige sykdommer. Samtidig er mange psykiatere ofte svært lite villige til å bistå dersom man ønsker medisinsk støtte for å gå av medisin.

Hvis man forsøker å gå av medisinen på egen hånd og mislykkes, blir man ofte lagt inn igjen, og i flere tilfeller med tvangsvedtak uten å få tilbud om bistand til å gå av medisinen. Jeg har selv opplevd dette mer enn en gang. Jeg har ved en tidligere klage til Kontrollkomisjonen med god grunn hevdet at behandlerne mine på den måten at behandlerne mine på den måten demonstrerte sin flate læringskurve. Dette likte de ikke, og jeg fikk straks tilbud om å gå av medisinen, men det eneste de ventet på var at jeg skulle bli syk igjen. Den gangen fikk de det de ventet på. Hva som har skjedd videre med læringskurven deres vet jeg ikke. Men unntak finnes det overalt – også her!

Schizofreni en autoimmun lidelse?

Schizofreni blir av flere tunge fagfolk (ikke-psykiatere) betraktet som en autoimmun sykdom, og at gluten og melkeprotein kasein må betraktes som en potensiell årsak. Noen vil reagere på påstanden om at schizofreni er en autoimmun sykdom, men ifølge det Osborne hevder, er det i alle fall grunnlag for å kalle det og andre psykiske lidelser betennelsessykdommer. I en artikkel

som jeg kom over av prof. A. Lerner ble den kategorien av autoimmune sykdommer omtalt som ikke-klassiske glutenavhengige lidelser.

En av verdens ledende forskere på glutensensitivitet dr. Alesio Fasano, leder for et forskningssenter om søliaki ved Universitetet i Maryland (USA), og dessuten kjent for å ha oppdaget forbindelsen mellom gluten og lekk tarm (tarmpermeabilitet), har lenge argumentert sterkt mot å betegne schizofreni som en autoimmun sykdom, men han har snudd i dette spørsmålet og *anser schizofreni nå for å være en autoimmun sykdom!*

Flere forskningsstudier har også koblet melkeprotein, kasein, til progresjon i symptomutviklingen ved schizofreni. Basert på den eksisterende vitenskapelige litteraturen fastslår dr. Osborne at ikke-klassiske glutenavhengige lidelser som schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, ADD/ADHD og autisme mm. kan behandles med en glutenfri diett, dersom pasientene er gluten-sensitive. I en lederartikkel i tidsskriftet Expert Review of Clinical Immunology, Volume 14 (2018), Issue 11, oppgitt i litteraturlisten nedenfor, med prof. Aron Lerner som førsteforfatter, en anerkjent faglig autoritet på autoimmune sykdommer, hevdes det at det er blitt rapportert at omkring 150 autoimmune sykdommer helt eller delvis kan kureres med en glutenfri diett! I disse 150 inngår også de lidelsene som ovenfor betegnes som ikke-klassiske glutenavhengige lidelser inngår. Om dette stemmer, må det betegnes som ganske sensasjonelt! Ifølge dr. Osborne er det imidlertid også på sin plass å være litt kritisk til alt det som framstilles som glutenfritt av den enkle grunn at det faktisk ofte ikke er det.

Den ortomolekylære tilnærmingen til schizofreni

Psykiateren dr. Abram Hoffer med kolleger brukte fra 50-årene og utover hele livet sitt på å undersøke sammenhengen mellom schizofreni og ernæring / vitaminer og er kjent for den såkalte ortomolekylære medisinen som den dobbelte nobelprisvinneren Linus Pauling utarbeidet det teoretiske grunnlaget for. Dr. Hoffer og kolleger hadde med sin megavita-minterapi en svært høy suksessrate (90% av førstegangsdagnostiserte) med å behandle schizofreni til remisjon, (dvs. at de ble friske), og den var mange ganger høyere enn den som de tradisjonelle psykiatere hadde. Hoffer og kolleger brukte høye doser av vitamin B3 (Niacin) og C-vitamin pluss diett, men tradisjonell psykiatri har sett helt bort fra denne måten å behandle schizofreni på, og vil knapt nok høre om det *til tross for at Hoffer og kollegers gode resultater!* Kan tradisjonell psykiatri i dag vise til slike resultater? NEI, dessverre!

Det ser i det hele tatt ut til å være liten aksept for bruk av diett/kosthold i behandlingen av psykiske sykdommer i Norge. Det er flere groteske eksempler på det. En slik politikk kan representere en direkte trussel mot helsen

vår siden autoimmune sykdommer antas å komme til å øke kraftig i fremtiden! I USA er tallet på personer med autoimmune sykdommer 25 millioner, det er mer enn tallet på personer med hjertekarsykdommer og kreft. Skolemedisinen står i dag ganske hjelpeløse/rådløse når det gjelder denne typen kroniske sykdommer.

Norske glutentester

Norske tester for å teste glutensensitivitet på nåværende tidspunkt er utilstrekkelige fordi de måler bare en type gluten, nemlig Gliadin i hvete, men i de andre kornsortene bygg (Hordein) og rug (Secalinin) pluss havre (Avenin) ris (Orzenin) og mais (Zien) og andre er det også gluten, nemlig prolaminer som ikke fanges opp i testen, - noe som nødvendigvis vil måtte føre til negative testresultater. Den innebærer derfor en drastisk underdiagnostisering av eksistensen av glutensensitivitet i befolkningen. En genetisk testing av forekomsten av genet HLA-DQ ansees av noen som det beste alternativet. For dem som har dette genet og jevnlig eksponeres for gluten over tid, slik det vanligvis skjer i det norske kostholdet, vil dette genet med betydelig sannsynlighet kunne «slås på». Jeg kjenner ikke til i hvilken grad slike genetiske tester er tilgjengelige i Norge. Innholdet i dette avsnittet er basert på sidene til dr. Osborne på nettstedet «Glutenfree Society»

Den amerikanske nevrologen dr. David Perlmutter antar i sin bok «The Grain Brain» at de som er blitt diagnostisert med glutensensitivitet utgjør bare en brøkdel av de som faktiske kan antas å ha en slik diagnose, han anslår at det kan utgjøre mellom 30 – 40 % av den amerikanske befolkningen, men mange forblir likevel udiagnostisert på grunn av at dagens tester for glutensensitivitet er så utilstrekkelige. Jeg har ikke fått tak i noen oversikter over hvor omfattende utbredelsen av glutensensitivitet er i Norge. Det er rimelig grunn til å anta at den også i Norge er betydelig underdiagnostisert. Når det gjelder søliaki så hevdes det at den omfatter 1% av befolkningen som har den diagnosen, det samme som for schizofreni, men det antas at å være en betydelig underdiagnostisering også når det gjelder søliaki. Det er noe som kalles latent søliaki som folk kan gå med i årevis uten å være klar over før man plutselig føler seg veldig dårlig. Før jeg går videre med å drøfte litt om hvordan vi, dvs. WSO som brukerorganisasjon bør forholde seg til dette, har jeg lyst å nevne noe annet som jeg også synes er ganske interessant.

Lavkarbo/ketogent kosthold for psykiske lidelser?

Den amerikanske psykiateren dr. Georgia Ede, utdannet fra Harvard University imøtekommer langt på vei det jeg har påpekt ovenfor mht. sitt syn på bruk av mat som medisin i behandlingen og helbredelsen av psykiske lidelser. Jeg lar henne selv komme til orde:

«For personer med depresjon, angst, bipolar lidelse, ADHD, psykotiske lidelser, PTSD, autisme og andre psykiatriske lidelser som ikke foretrekker å ta medisiner, som ikke blir bedre av medisiner, som ikke tåler eller har råd til medisiner, som bare delvis har noen fordel av medisiner, eller som har plagsomme bivirkninger, bør prøve en lavkarbodiett (eller til og med et strengere ketogent kosthold) Når det gjelder personer med mer alvorlige eller kroniske symptomer, er det med få unntak vel verdt å prøve en slik diett. Denne uttalelsen er basert på mine studier av den vitenskapelige litteraturen om temaet i kombinasjon med mine egne kliniske erfaringer med pasienter i den virkelige verden».

Dr. Ede peker på at det er foreløpig få studier som er gjennomført mht. å undersøke hvordan bruk av lavkarbo/ketogen diett påvirker i behandlingen av psykiske lidelser, og noen av disse er heller ikke særlig godt gjennomført. Dette er helt klart en svakhet med denne tilnærmingen så langt. På den andre siden finnes det en del gode case-studier – eksempelstudier gjennomført av bl.a. psykiatrforskeren dr. Chris Palmer som er publisert i det medisinske tidsskriftet *Schizofrenia Research*. Han viser bl.a. hvordan personer med kroniske psykiske lidelser som man ikke har kunnet hjelpe med den tradisjonelle behandlingen, dvs. personer med kroniske psykiske lidelser. Disse betegnes med den nedlatende og lite smigrende tittelen behandlingsresistente. *Også disse er blitt hjulpet til remisjon (blitt frisk) med en ketogen diett.* I litteraturlisten nedenfor har jeg kopiert noen linker til artikler som tar opp disse temaene.

Til tross for mangelen på vitenskapelig dokumentasjon, tyder den kliniske praksisen til de som bruker denne tilnærmingen på overraskende gode resultater. Dr. Ede og dr. Palmer og en del andre har derfor et rimelig godt grunnlag for å uttale seg og behandle psykiske lidelser på basert på sine studier av den eksisterende vitenskapelige litteraturen, sine egne gjennomførte eksempelstudier og ikke minst egne erfaringer i sin praksis som behandlende leger. *Slik sett er det heller ingen god grunn til å avstå fra å bruke denne tilnærmingen i behandlingen.* Ketodietten kan i en medisinsk sammenheng forstås som en type metabolsk intervensjon og er en bestemt variant av ketodietten. Den endrer måten kroppen vår produserer energi på, men også hvordan hjernen vår produserer energi, og følgelig endrer den også hjernens biokjemi, og på den måten ser det ut som de mekanismer som bidrar til tilfriskning aktiveres. Til nå kjenner man til omkring 40 slike mekanismer (dr. Palmer). Det pågår imidlertid forskning om og kliniske forsøk med ketodietten og psykisk lidelser ved 17 ulike topp anerkjente vitenskapelige institusjoner/ universiteter i USA, og det samme skjer visstnok også flere andre steder i verden.



Dette er derfor tross alt et langt bedre utgangspunkt enn de subtile hypotesene (bl.a dopaminhypotesen, serotoninhypotesen mm.) tradisjonelle psykiatere har utviklet om psykiske lidelser, og som ganske enkelt må betegnes som dårlig teori, dvs. teori som i liten grad ser ut til å være praktisk adekvat – noe ikke minst resultatene dokumenterer!

Ketodietten har vært aktivt brukt i behandlingen av epilepsi i nesten 100 år og er som sådan både forskningsmessig og vitenskapelig vel etablert. Noe ikke alle vet, er at mange av psykiatriens medikamenter faktisk også brukes av epileptikere! At det er en sammenheng mellom metabolske lidelser (f.eks. diabetes, hjerte- karsykdommer mm.!) og psykiske lidelser er langt fra noe ukjent fenomen i norsk psykiatri! Det er rimelig å anta at framtidige studier vil klargjøre nærmere om og hvor nyttig en lavkarbodiett/ ketogen diett er i behandlingen av psykiske lidelser. Men la oss slå fast nå at selv om vi ikke vet alt om lavkarbo/ketodiettens virkninger på psykiske lidelser, vet vi i dag likevel tilstrekkelig til å kunne ta i bruk den glutenfrie av lavkarbo-/ketodietten i behandlingen av flere psykiske lidelser! Dr. Ede fortsetter:

«Lavkarbodietten er trygt for nesten alle og kan i mange tilfeller føre til betydelige forbedringer når det gjelder psykiatriske symptomer. Etter min mening som profesjonell behandler oppveier denne diettens mange potensielle fordeler den lave risikoen for bivirkninger. Når bivirkninger forekommer, er de vanligvis ufarlige og midlertidige, selv om det kan finnes klare unntak».

Dette er tatt fra innledningen til dr. Edes artikkel i tidskriftet Psychology today 30. juli 2019: **8 Reasons to Try Low-Carb for Mental Health. Benefits for neurotransmitters, inflammation, and more.** Som det framgår av ovenstående baserer hun uttalelsen på omfattende studier av den vitenskapelige litteraturen på området og sine egne kliniske erfaringer som behandler. Link: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/diagnosis-diet/201906/8-reasons-try-low-carb-mental-health>

Psykiateren dr. Georgia Ede har sitt eget nettsted: Link: <https://www.diagnosisdiet.com/>

Hva kan vi gjøre videre med dette?

Nedenfor følger noen forslag til hva vi som WSO i samarbeide med eventuelt de andre brukerorganisasjonene samt de som arbeider med og for medisinfrie behandlingstilbud og andre.

- 1) Sammenhengen autoimmune/betennelsessykdommer og symptomer på depresjon og angst, schizofreni mm. gjør et rent symptomfokus på psykiske lidelser utilstrekkelig, og at det må gjøres noe med det.
- 2) Testing av om pasientene er glutensensitive eller har søliaki, insulinresistens eller andre autoimmune sykdommer er helt nødvendig fordi det har svært viktige konsekvenser for hvordan behandlingen psykiske lidelser bør innrettes som f.eks. bruk av glutenfri, lavkarbo dietter.
- 3) Pasientene bør testes for gluten/ kasein og andre matintoleranser i forbindelse med diagnostiseringen

Disse ovennevnte forholdene har konsekvenser for hvordan diagnostiseringen av psykiske lidelser bør foretas. Det gjentas til det kjedsommelige at det ikke finnes noen objektive tester på eksistensen av psykiatriske lidelser. Dette er likevel et viktig poeng. Den amerikanske psykiateren Carl Pfeiffer var også fullstendig klar over dette, men han brukte en annen tilnæringsmåte for å komme fram til en diagnose, gjennom prøver kunne han på tross av like symptomer unngå å trekke irrelevante konklusjoner om den lidelsen en gitt pasient hadde. Han brukte flere ulike tester for å sjekke/eliminere eksistensen av bl.a. hjerneallergier, vitaminmangel og -avhengighet eller mineralopptaksproblemer som kunne påvirke symptom-bildet. På den måten kunne han undersøke om det var andre sykdoms- eller mangeltilstander som var årsak til symptomene pasienten hadde. Noen ganger kunne det f.eks. være vitamin- eller mineralmangler og andre ganger andre ting som var årsaken til symptomene og hadde således lite eller ingenting å gjøre med noen psykiatrisk diagnose selv om symptomene i stor grad var identiske. Ved bruk av eliminasjonsmetoden fikk han og andre leger innen ortomolekylær medisin svar på om pasienten virkelig hadde noe som kunne betegnes som en psykiatrisk lidelse eller om det var andre sykdommer som bidrog til de tilsynelatende psykiatriske symptomene! Dette er uhyre viktig for oss å få klargjort! Med en slik tilnærming slipper vi at psykiatere basert på sitt ensidige symptomfokus i kombinasjon med forutinntatte oppfatninger driver en ren gjettelek der det eneste perspektivet er å finne den «riktige» pillen. På den måten kan de som nevnt andre sykdommer av vesentlig betydning for sykdoms- og symptom bildet oversees. Poenget er at vi må kreve en mer adekvat diagnostisering som i prinsippet bør inneholde følgende elementer før endelig psykiatrisk diagnose fastsettes:

- 1 Testing av cøliaki eller glutensensitivitet, kasein og andre matintoleranser, allergier, insulinresistens og andre (autoimmune) sykdommer og vitamin- og mineralmangler.
2. Prøver som viser om pasientene har bly, kvikksølv, pesticider og andre miljøgifter i kroppen.
3. Pasienter diagnostisert med søliaki eller glutensensitivitet behandles fortrinnsvis med en glutenfri diett.

Vi må kreve at lavkarbo/ketogent kosthold brukes mer omfattende i behandlingen av psykiske lidelser, og at det er større åpenhet/valgfrihet mht. å bruke lavkarbo i stedet for tradisjonelle psykiatriske medikamenter.

- 1 Kreve at det gjennomføres mer forskning om inntak av gluten og psykiske lidelser, utvikling av mer reliable glutentester, utprøving av ulike glutenfrie dietter, samt videre forskning på lavkarbo/ketodietten som behandlingsform i psykiatrien.
2. Dokumentere nærmere om og evt. hvordan bruk av

lavkarbo/ketogent kosthold kan erstatte og/eller redusere bruken av tradisjonelle psykiatriske medikamenter etter hvert som ny forskning kommer til.

3. Mobilisere de andre brukerorganisasjonene for de skisserte omleggingene av diagnostiseringsprosedyrene og den psykiatriske medikamentbruken til fordel for et lavkarbo/ketogent kosthold.

Jeg foreslår at det nedsettes en arbeidsgruppe i WSO som arbeider videre med å finne relevant dokumentasjon som ytterligere kan støtte opp om omlegginger i diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. En mulig allianse kunne være med dem som arbeider med og for medisinfrie behandlingstilbud. Disse forslagene kan også brukes som argumenter i kampen mot bruk av tvang i psykiatrien! Vi bør også søke allianser med «vennligsinnet» medisinsk kompetente personer/behandlere for å få støtte til å styrke vår egen argumentasjon i forbindelse med initiativ overfor de politiske myndighetene. Minst like viktig er det å få satt en stopper for at den fortsatte feildagnostiseringen som sannsynligvis skjer i psykiatrien. Alle framstøt overfor myndighetene må forberedes godt! Hippokrates, legevitenskapens far, uttrykte; *La din mat være din medisin, og la din medisin være din mat*. Men som jeg så vidt har vært inne på i forbindelse med den sterke økningen av autoimmune og andre kroniske sykdommer kan dessverre maten vår, den såkalte norske dietten, ha senvirkninger som minner om en langsomt virkende gift, men mat kan samtidig også kan ha senvirkninger som i større grad minner om en virkende og helsebringende medisin. Det er den siste varianten vi må velge for å sikre vår psykiske helse! *Dette vet vi nå, og det er vitenskapelig dokumentert!* Men vi vet at leger dessverre bare har noen få timer med opplæring i ernæring, men i kraft av at de som gruppe blir tillagt makt til å bestemme over liv og død, samtidig som de er en høystatusgruppe, utgjør de også en mektig faggruppe med stor makt til å påvirke definisjonen av situasjons- og problemforståelsen i det norske helsevesenet. Helsedirektoratet som i stor grad domineres av skolemedisinere går dessverre heller ikke av veien for å opphøye sin egen manglende kunnskap om ernæring til en dyd og behandlingsnorm. Men jeg tror heller ikke at psykiologer har et så mye bedre utgangspunkt enn legene når det gjelder ernæring. Dette betyr at vi kommer til å møte motstand dersom vi skulle fremme noen av de ovenstående forslagene - begge disse gruppene vil kanskje oppfatte det som et angrep på deres profesjons kunnskap og praksis, men kanskje kan det likevel være et rimelig antall enkeltpersoner og behandlere som vil spille på lag med oss.

Før jeg avslutter: ***Hvis noen tenker at de bare kan slutte med den medisinen de tar på grunnlag av det jeg har skrevet, vil jeg be om at ingen bør gjøre det uten i samråd med kompetent medisinsk personell!***

Jeg har selv mange ganger prøvd å gå av medisinen på egenhånd uten at det har gått så bra; jeg har som regel blitt gjeninnlagt, og i noen tilfeller med tvangsvedtak – og har på den måten kun oppnådd det jeg absolutt aller minst ønsket, nemlig å bli tvangsmedisinert! Men med forberedelser og med bistand fra fastlegen har det gått bra til slutt. Etter at jeg gikk av medisin har det glutenfrie lavkarbokostholdet bidratt til å stabilisere min psykiske situasjon slik at nå er jeg både symptomfri og medisinfri og føler meg vel med det. I denne prosessen har jeg også tatt av et betydelig antall kilo helt smertefritt, og jeg har spist meg mett hver eneste dag! Nå gjenstår det å bli

kvitt min perifere nevropati, også i den prosessen spiller en glutenfri ketodiett en viktig rolle! Jeg får komme tilbake med mer detaljer om lavkarbo/ketodietten, men det er godt dokumentert at personer på slikt kosthold føler seg mer mentalt og kognitivt klare i hodet og at de har mer energi++. Dette kan jeg fullt ut skrive under på! PS. Jeg vil takke Grete Johnsen, nestleder i WSO, for at hun leste gjennom manuskriptet og kom med nyttige kommentarer til innholdet. Jeg er imidlertid selv ansvarlig for eventuelle feilaktigheter som måtte forekomme i artikkelen.

Litteraturliste:

Bøker

Dr. P. Osborne with O. B. Buehl (2016): *No Grain, No Pain. A30-Day Diet for Eliminating the Root Cause of Chronic Pain*. Touchstone. New York, Toronto, Sidney, New Dehli.

S. & E. Hexeberg (2019) *Nytt blikk på autoimmun sykdom*. Cappelen Damm.

Dr. D. Perlmutter with K. Loberg (2014): *Grain Brain: The Surprising Truth about Wheat, Carbs and Sugar – Your Brain's Silent Killer*. Yellow Kite.

Nettet

www.Glutenfreesociety.org

<https://www.chrispalmermd.com/ketogenic-diet-schizophrenia/>

<https://www.chrispalmermd.com/ketogenic-diet-remission-schizophrenia-weight-loss-doris-story/>

<https://www.chrispalmermd.com/ketogenic-diet-bipolar-disorder-schizoaffective/>

Se også Dr. Palmers presentasjon av KETO-dietten til andre psykiatere:

<https://www.youtube.com/watch?v=8ubhikXxj4E&feature=youtu.be>

Dr. Ede: Low-Carbohydrate Diet Superior to Antipsychotic Medications:

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/diagnosis-diet/201709/low-carbohydrate-diet-superior-antipsychotic-medications>

En artikkel som tar opp noen av de samme problemstillingene som jeg gjør i denne artikkelen om forbindelsen mellom gluten og mentale lidelser

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/diagnosis-diet/201909/six-reasons-go-paleo-mental-health>

Artikler

K. L. Reichelt and J. Landmark, «Specific IgA Antibody Increases in Schizophrenia», *Biological Psychiatry* 37 no 6 (1995): 410–13, [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7772650](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7772650). (norske forskere).

F. Dickerson et al., «Markers of Gluten Sensitivity and Celiac Disease in Bipolar Disorder» *Bipolar Disorders* 15, no.1(2011): 52 – 58, [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2130252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2130252).

H. Niederhofer, «Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Celiac Disease: A Brief Report» *Primary Care Companion for CNS Disorders* 13,no. 3 (2011): PCC.10br001104, [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184556).

S. J. Genius and T. P. Bouchard, «Celiac Disease Presenting as Autism», *Journal of Child Neurology* 25, no. 1 (2010): 114 – 19, [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/195646647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/195646647).

L. de Magistris et al., Alterations of the Intestinal Barrier in Patients with Autism Spectrum Disorders and in Their First-Degree Relatives», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 51, no 4 (2010): 418 – 24, [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683204](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683204).

W.W. Eaton et al., «Association of schizophrenia and autoimmune diseases: linkage of Danish national registers» *Am J Psychiatry*, (2006) Mar, 163(3)521 – 8, [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16513876](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16513876).

A. Lerner et al., Editorial «Going gluten free in non-celiac autoimmune diseases: the missing ingredient», *Journal Expert Review of Clinical Immunology* Volume 14 (2018) Issue 11, 873-875, [tsndfonline.com/doi/full/10.1080/174466X.2018.154757](https://doi.org/10.1080/174466X.2018.154757).



Tilbud for innbyggere med lesevansker

HVA

Lydbokbibliotek for personer som har problemer med å lese vanlige trykte bøker

HVEM

Synshemmede og lesehemmede

HVILKE

Funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å lese eller å holde en bok, f.eks. kognitive vansker (hukommelses-/konsentrasjonsproblemer) eller skjelvinger (Lydbokbiblioteket kan be om dokumentasjon fra fagperson.)

HVORFOR

Vanlige bibliotek har et veldig lite utvalg av lydbøker sammenliknet med papirbøker.

HVORDAN

Lydbøkene kan lyttes til i nettleser eller app, lastes ned og høres offline, eller fås tilsendt som CD i posten.

HVOR

Offentlig lydbokbibliotek (alle slags bøker)

<https://www.nlb.no>

Kristelig lydbokbibliotek (bøker med kristent innhold) <https://www.kabb.no>

Spørsmål?

Spør meg på <https://bit.ly/2mA2bQI>

**Sigrun Tømmerås,
lydboklåner og utdannet bibliotekar**

Sinnssykt

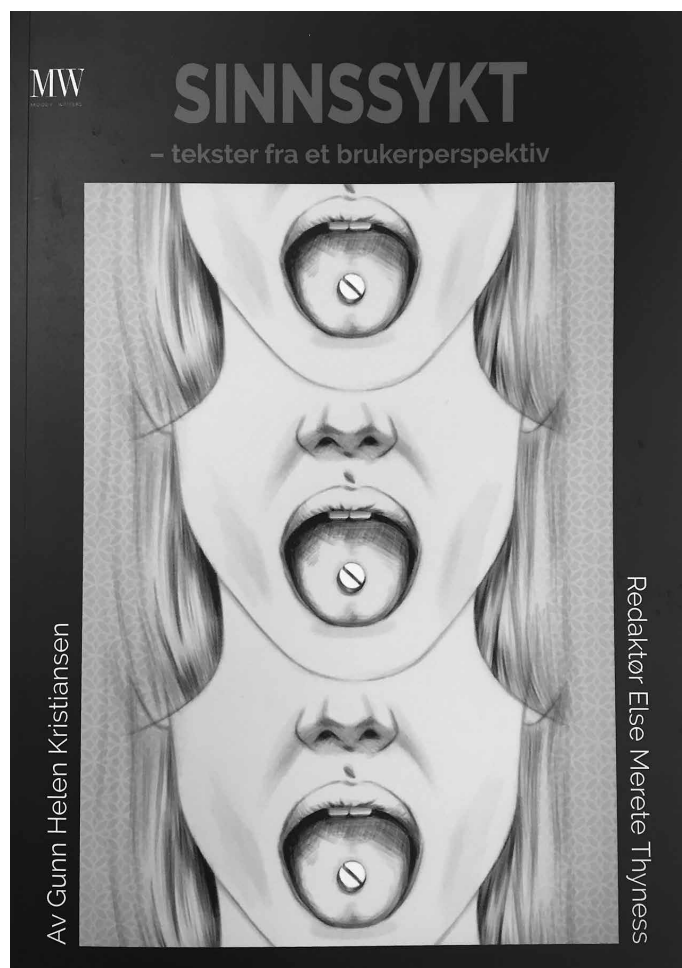
- tekster fra et brukerperspektiv

Forfatteren Gunn Helen Kristiansen er en velskolelt kunnskapsformidler og forsker innen psykiske helsearbeid. Hennes siste bok «Sinnssykt – tekster fra et brukerperspektiv» inneholder et rikt utvalg av fagartikler skrevet av forfatteren. Hun har publisert mange artikler i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Sykepleien, Ergoterapeuten og Søkelyset- og er aktiv deltaker i brukervedvirkning og recoverybevegelsen.

Gunn Helen Kristiansen har forsket på seg selv. Forfatteren har dokumentert hvordan hun ble behandlet og argumentert hvordan hun selv ville bli behandlet.

Forfatteren er en «superbruker» med stor tillit blant brukere av helsetjenester og helsearbeidere. Hun har meget god kompetanse innen erfaring, kunnskap og kreativitet.

Forfatteren ser ikke etter problemer eller hindringer, men muligheter. Hennes utgangspunkt i psykoseforskning er at psykose ikke er skremmende, hemmende og farlig. Vi kan lære av den. Medisiner løser ingen problemer, men kan for noen være å støtte seg på i en vanskelig periode. Forfatter Gunn Helen Kristiansen aviser at «psykisk sykdom ikke alene har en arvelig årsak». Det kan oppfattes som et paradoks når forfatteren selv bruker begrep som «medisin» og «sykdom». Begrepene «medisin» og «sykdom» brukes ikke kategorisk. Hun aviser sykdom-



sperspektiv:» Psykisk sykdom oppstår når normale reaksjoner på overbelastning ikke har blitt korrekt behandlet eller forsøkt behandlet i det hele tatt. Med korrekt behandling mener jeg ikke medisiner, men praktiske tiltak og terapi. De miljømessige årsakene til psykisk sykdom er mye mer omfattende enn en eventuell arvelig sårbarhet.» (Kristiansen, 2020: 117).

Antipsykotisk legemiddel er ofte selve vilkåret for behandling av psykotiske lidelser. Behandling med antipsykotisk legemiddel betraktes som en forutsetning for annen behandling, for eksem-

pel psykososiale tiltak (gjengitt i Kristiansen, 2020:56).

Gunn Helen Kristiansen betrakter blant annet psykosen som et helbredelsestalent som gjør at det kanskje ville være bedre å velge de psykososiale tiltakene først. Forfatteren uttaler videre: I hvert fall de gangene pasienten bare har moderate symptomer. For meg blir det fryktelig feil å bli medisinerert inn i en sløvetstilstand, siden jeg responderer så godt på samtale og egenkraftmobilisering.

Boka er preget av forfatterens dype forståelse for avvik og en sjelden grundighet og nyansert framstilling.

Joar Tranøy

Varsling

Med utgangspunkt i helsetjenesten Målfrid J. Frahm Jensen

Med egen varslingssak fra 2014 som bakteppe belyser Målfrid J. Frahm Jensen varsling i offentlig sektor på prinsipielt grunnlag.

Vi får innblikk i to konkrete pasienthistorier som dannet grunnlaget for Frahm Jensens varslinger til tilsynsmyndighetene. Frahm Jensen beskriver det dilemmaet hun kjente på ved å varsle og de gjengjeldelsene hun ble utsatt for. Hun beskriver også medias rolle underveis.

Målfrid J. Frahm Jensen har fått med seg fem andre fagpersoner som skriver hvert sitt kapittel. Jurist Olav Molven, journalist Ellen Ophaug, organisasjonspsykolog og jurist Jan Gunnar Kaaresen, advokat Kari Breirem og advokat Jon Wessel-Aas skriver om temaet varslingsplikt og pasientsikkerhet, innsynsrett og forvaltning, arbeidsmiljø og -kultur, yringsfrihet og manglende varslervern.

Det er grunn til å tro at prosessen som varslere utsettes for, er ganske lik uansett hvilken sektor varselet kommer i; helse- og omsorgstjenestene, justis- og politietaten, innen utdanning eller i en annen offentlig sektor.

Boken er aktuell som utgangspunkt for undervisning ved helse- og sosialutdanningene. Boken egner seg også for ledere på ulike nivåer.

«Denne boken bør alle som er opptatt av yringsfrihet, varsling og varslervern lese.»

Rolf Magnus Grung, vernepleier.no

«Ytterst velskrevet og engasjerende bok om hva som kan skje hvis du varsler i psykisk helsevern.»

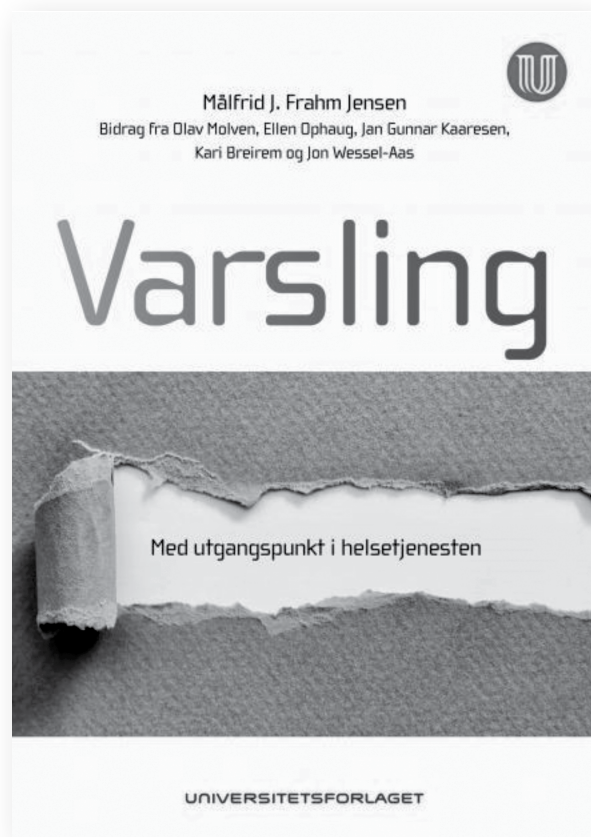
Odd Volden, Mad i Norway

«Dette er en bok som nok mange vil ha problemer med å legge til side før en er kommet til siste side [...] Boken anbefales.»

Eli Berg, Utposten 4, 2020

«Viktig om varsling ... Kanskje kan Frahm Jensens erfaringer bidra til å minske gapet mellom liv og lære, slik at helsepersonell kan tørre å si fra at noe er galt, uten å være redd for represalier fra arbeidsgiver. Det er viktig.»

Cecilie Ann Molvik Markvoll, sykepleien.no



«Hei Målfrid. Jeg er sykepleier og en varsler, og jeg vil takke deg for boka Varsling, du skal vite at den har hjulpet meg, jeg bruker den aktivt som støtte, for det er jo sånn at jeg står alene, selv om jeg har hjelpere i form av fagforening og advokat. Jeg synes også at det er betenkelig at jeg kjenner meg så godt igjen i det du skriver, du setter ord på det jeg føler og opplever, fysisk og psykisk. Boken din har vært og er en god støtte for meg.»

Trude Sundvall Arnesen, Sykepleier og varsler

«Det er Frahm Jensens grundige framstillinger av sin egen varslingssak, i boka kalt «Målfrid-saken», som etter min oppfatning gjør at boka skiller seg ut som en viktig fagbok. [...] Fordi boka belyser viktige verdspørsmål og prinsipielle problemstillinger om yringsfrihet og varsling i arbeidslivet, samt spørsmål rundt erfaringskonsulenters rolle, bør den være obligatorisk lesestoff for ansatte og ledere i helsetjenestene, studenter og tillitsvalgte i brukerorganisasjonene.»

Arve Almvik, NAPHA



Anbefalte bøker og hvor de kan kjøpes

Bøker til salgs på WSO-kontoret

Bøkene kan kjøpes fra WSO ved personlig frammøte eller pr. telefon (22 41 35 90) eller epost til post@wso.no. Ved sending i post kommer porto i tillegg (45,- kr. ved sending av en bok). Betaling til kto. nummer: 0539.66.72792 (WSO Oslo og Viken). Meld i fra til kontoret når beløpet er betalt og boka blir sendt. Postlegging innen en uke etter betaling.

1. Joar Tranøy: En KAMP for andres beste, om Arnold Juklerød..... kr 295
2. Bob Foss: DEN STORE LØGNEN, om elektroshjokk..... gratis
3. Hege Guerch: Psykoseutsatt..... kr 200
4. Tormod Bakke: CATCH 99..... kr 180
5. Dag Coucheron: Tid for terapi..... kr 200
6. Edel Sæther og Thore Lie: Hva har jeg vært med på?..... kr 100
7. Åge Seljelid: Hjernesnekkerne i den moderne psykiatri, del 2. Kritikk av den moderne psykiatri..... kr 50
8. Åge Seljelid: Hjernesnekkerne i den moderne psykiatri, del 3. Den psykiatriske pasienten og samfunnet..... kr 20
9. Siv Helen Rydheim: Kjærligheten spør ikke, den bare er..... kr 200 (gratis for medlemmer i WSO)
10. Liv R. Lykkenborg: Bur til en skadet fugl..... kr 200
11. Joar Tranøy: Til Pasientens Beste..... kr 100
12. Joar Tranøy: Reitgjerdet ødela mitt liv..... kr 100
13. Vally Vegge: Psykiatriens Houseparty..... kr 50
14. Joar Tranøy: Kampen for rettssikkerhet og menneske- rettigheter – WSO sin historie..... kr 100 (gratis for medlemmer i WSO)
15. Lise Bangsbo: Når myndighetene gir faen..... kr 150
16. Mads Berge – Innenfor og utenfor – en sann fortelling om psykiatrisk behandling i Norge... kr 150
17. Inger Emilie Nitter: Den indre polferden – psykosen som bildespråk..... kr 200 (gratis ved innmelding i WSO)
18. John Virapen: Dødelige bivirkninger – bekjennelser fra en legemiddeldirektør..... kr 100,- (gratis ved innmelding i WSO)
19. Gunn Helen Kristiansen: Sinnsykt – tekster fra et brukerperspektiv..... kr 200
20. Målfrid J. Frahm Jensen: Varsling – med utgangspunkt i helsetjenesten..... kr 399

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
Arnhold 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
Kogstad og Kolstad red.: Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket..... kr 395
Kogstad og Kolstad red.: Medikalisering av psykososiale problemer..... kr 397
Trond F. Aarre: En mindre medisinsk psykiatri..... kr 319
Birgit Valla: Videre – hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre..... kr 385
Eva Ramm: Vår forunderlige hjerne..... kr 250

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

WSOs bibliotek

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 mange av bøkene 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 bibliotek@erfaringskompetanse.no



KUNNSKAP
HUMANISME
MENNESKERETTIGHETER

Mad in Norway

Mad in Norway er en gren av det etablerte nettstedet Mad in America, som ble etablert av Robert Whitaker i 2012. Birgit Valla har tatt initiativ til Mad in Norway og fått med seg en rekke personer med erfaring, fagfolk, forskere og andre for å utvikle siden.

Tiden er moden for en nødvendig endring innen psykisk helsefeltet i Norge, noe Mad in Norway vil bidra til. Vi mener at den rådende, diagnosebaserte sykdomsmodellen, med overdreven tro på bruk av medikamenter, ujevne maktforhold og et mangelfullt og ensidig kunnskapsgrunnlag, har mislyktes. Vi tror framtida ligger i sosiale og relasjonelle tilnærminger som fremmer menneskerettigheter, humanisme, fellesskap og åpen dialog.

Det haster med å la denne kunnskapen ligge til grunn for utvikling av tjenestene. Årsakene til at mennesker strever i livene sine, er sammensatte, og må sees i sammenheng med livet som helhet. Alle former for belastninger enkeltmennesker har erfart, må erkjennes og anerkjennes som primære årsaker til psykiske problemer. Helsetjenesten må derfor endre sin tilnærming, og være mer opptatt av å forstå det enkelte mennesket og dets behov, enn å kartlegge og behandle symptomer.

Vi ønsker en endring både i det offentlige ordskiftet, innen tjenestene, i akademia, i forskning og innenfor loverket.

Vi vil:

- ◆ Formidle forskningsartikler som forbigås i etablerte medier fordi tematikken utfordrer det bestående paradigmet.
- ◆ Være vertskap for skribenter med ulik erfaring og bakgrunn, som deler oppfatningen at det nåværende psykisk helsefeltet er feilslått og trenger reform.
- ◆ Publisere artikler som utfordrer «evidensen» for bruk av psykofarmaka, og andre problemer ved rådende psykiatriske intervensjoner.
- ◆ Formidle kunnskap og erfaringer som bygger på humanistiske, dialogiske og/eller recoverybaserte prinsipper.
- ◆ Vise til nettsteder, podcaster og blogger som har ideer, informasjon, prosjekter og ressurser som strekker seg forbi det nåværende paradigmet.
- ◆ Oppfordre journalister, politikere og ledere for utdannings- og helseinstitusjoner til å forfølge temaer vi diskuterer i våre spalter.

Kontakt oss

Ønsker du å komme i kontakt med oss, kan du sende en epost: post@madinnorway.org

<https://madinnorway.org/>

<https://www.facebook.com/MadinNorway>

Mad in Norway er en gren av det etablerte nettstedet Mad in America. Mad in Norway er en partipolitisk, økonomisk og religiøst uavhengig plattform for folk som vil bidra til en sosial politikk som legger til rette for gode tjenester som møter innbyggernes reelle behov.

Org.nr: 924 001 429

Bank: 1254.63.16902

Brønnen

*Landsbyens sjel
en gammel brønn
på et gammelt torg*

*Dypt der nede
Kast en mynt i
send en bønn*

*Glem din sorg
Kjenn din glede
ønsk deg fred*

*En flokk hvite duer
flyr opp
Fredsduer*