

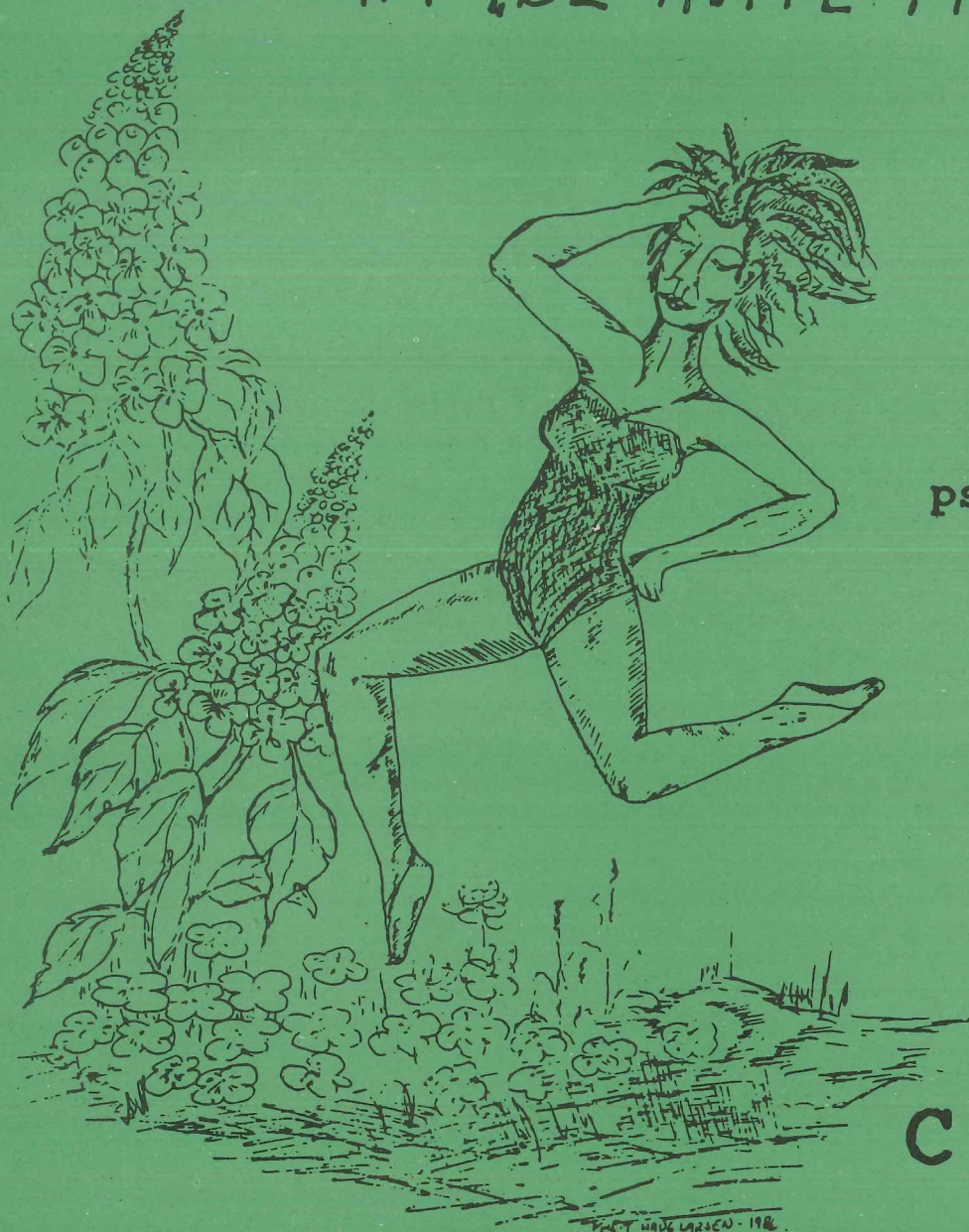
TEMA: RETTSIKKERHET I PSYKIATRIEN

ISSN 0802-0701

NYTT UTKAST TIL

LOV OM PSYKISK HELSEVERN

FORTSATT „DE HVITE FRAKKERS LOV“



Hva skal vi med

Lov om

psykisk helsevern ?

DIAGNOSE -

TIL HJELP

ELLER ULEMPE

CHARTA

8 8



SØKERLYSET

Kr 30,-

dobbelnummer

nr 2-3 1988



ABONNER PÅ

# SØKELYSET

- bladet som ser psykiatrien fra de innlagtes side -  
abonn. kr. 60,- for 4 nr, kr. 100,- for 8 nr.

KAN BESTILLES FRA **AMALIE NORSKE FORLAG**

P. B 67

**1450 NESODDTANGEN**

SPØR ETTER SØKELYSET PÅ NÆRMESTE BIBLIOTEK!

Søkelyset er et uavhengig blad, både politisk og overfor organisasjoner. Vi vil presentere psykiatrien sett fra de innlagtes side. Det er ikke noe entydig bilde. Vi vil presentere artikler med ulike syn, og er ikke alltid enige i alt som trykkes i bladet. Redaksjonen har en kritisk holdning til dagens psykiatri, men hevder ikke å ha alle løsningene på psykiatriens problemer.

Alle kan skrive i bladet Søkelyset. Dere er velkomne med meninger, egne opplevelser, dikt, tegninger eller annet. Skriv kort, så slipper vi å kutte i innleggene. Dere kan skrive anonymt, men innlegg med kritikk mot personer skal være undertegnet med navn og adresse.

Ansvarlig redaksjon: Marie Beate Fjærli, Tormod Bakke.

Utgiver: Amalie Norsk Forlag, postboks 67, 1450 NESODDTANGEN.

Postgiro 2 57 64 03. Trykket hos Hippotrykk.

Forsidetegning av Marit Haug Myhren.

Baksideillustrasjonene er tegnet av Bente Fønnebø.

Redaksjonen vil rette en spesiell takk til Svend-Jarl Eriksen, som har gitt oss en rekke tegninger som vi har brukt til å binde dette nr sammen til et hele. Vi vil også takke Bente Fønnebø, Jorunn Haaversen, Øystein Hansen og Henry Kongsvik, som har hjulpet til med layout av dette dobbeltnummeret, og artikkelforfatterne og kunstnerne som velvillig har stilt sitt stoff til rådighet.

Red.

Redaksjonen avsluttet 29.6.1988.

Produksjonsplan for de nærmeste nr:

	I salg	Tema
Nr 4:	1.10.88	Psykiatriske medisiner
Nr 5:	15.1.89	Kunstnere og galskap
Nr 6:		Institusjonsliv
Nr 7:		Psykiatriens historie



## I N N H O L D

Leder: Hva skal vi med Lov om psykisk helsevern ? .....	s. 4
Du må slippe ut barnet. Dikt av Marie Beate Fjærli .....	s. 6
Charta '88 .....	s. 8
Til minne om en uteligger. Dikt av Cathrine .....	s.16
Fortsatt "de hvite frakkers lov" ? .....	s.17
Kvinnekafé på "31 B" .....	s.24
Hjemløshet. Dikt av Anne Kari Bjørndalen .....	s.25
Uten tittel. Dikt av Elin Sverdrup Thygeson .....	s.26
Ubeskrivelig. Dikt av Elin Sverdrup Thygeson .....	s.27
Brukeruttalelse fra Husmøtet på "31 B" .....	s.28
Arild Feldborg: Det kan ikke hende her .....	s.30
Anne Sexton .....	s.32
Bendik Riis til minne .....	s.35
Vi går forbi. Dikt av Arnold Juklerød .....	s.36
Trond Skaftnesmo: Diagnose, ikke dom .....	s.37
Diagnose - til hjelp eller ulempe. Intervju ved M.B.Fjærli ..	s.38
Derfor startet vi Bare Angst .....	s.41
Norsk Pasientforening .....	s.44
Pasienthåndboka .....	s.45
Om sola. Dikt av Svend-Jarl Eriksen .....	s.46
Vinden nynner. Dikt av Truls Moe .....	s.48
En kvinnelig pasients hjertesukk over en psykiater .....	s.49
Sentrale erkjennelser ut fra en psykiatrisk sykehuspraksis ..	s.50
Leserbrev .....	s.51
Marie Beate Fjærli: Mer kjærlighet i norsk psykiatri ??? ....	s.56
Miljøterapi. Terapivise. Av Tormod Bakke .....	s.57
Trenger du advokat ? .....	s.58
Adresseliste .....	s.59



## Hva skal vi med Lov om psykisk helsevern ?

En lege er et menneske. En pasient er en pasient. Slik kan vi med få ord uttrykke det menneskesynet som ligger til grunn for Lov om psykisk helsevern. Nå, etter 7 års arbeid, er lovutvalget for psykisk helsevern klar med sitt forslag til ny lov. Resultatet er - med noen få unntak - bedrøvelig lesing.

Flertallets forslag bringer lite nytt. Man setter opp en del formaliteter rundt tvangsinnleggelse og tror at det kan bedre rettssikkerheten i psykiatrien. Men de viktigste endringene går i negativ retning. Nå vil man ha lovlig adgang til elektroshokk som tvangsbehandling. Dessuten skal frivillig innlagte uten videre kunne overføres til tvangsparagraf. Psykiatriske pasienter fratras dermed de få absolutte rettigheter vi har i dag. Dermed har psykiaterne fått lovlig adgang til å gjøre som de vil med folk.

Og annet var ikke å vente slik utvalget var sammensatt. Av utvalgets 13 medlemmer kommer 6 fra psykiatrien og 2 fra Sosialdepartementet. Ingen pasienter, ingen tidligere tvangsinnlagte er med. Men Norsk Forening for Mental Helse er indirekte representert gjennom sin juridiske rådgiver Ketil Lund. Han ser ut til være den eneste i utvalget som har tenkt seriøst gjennom et av de sentrale spørsmål når det gjelder psykiatri og rettssikkerhet: Hva skal det være tillatt å gjøre med et menneske ?

Psykiatrien har i dag meget drastiske virkemidler til rådighet. De brukes effektivt til å kneble opposisjon, til "å skape ro" på avdelingene. Enhver kontroll i ettertid har begrenset verdi, fordi folk blir passivisert og invalidisert av nevroleptika og elektroshokk.

Utkastet fra lovutvalget er tross alt bare et utkast. Det er vår oppgave å arbeide for at de groveste svakhetene blir rettet opp innen saken kommer opp for Stortinget.

Vi ser det som et minstekrav at alle mennesker - også tvangsinnlagte - får retten til å bestemme over sin egen kropp. Et annet minstekrav er domstolsbehandling før alle tvangsinngrep.

Psykiatrien i dag er i krise. Sykehusene har ikke plass til de som trenger hjelp og ber om det. Pasientene utskrives uten å ha blitt noe bedre, og kommer snart tilbake igjen. Det er svært lite psykiaterne i dag vet om hva slags behandling som hjelper. Derfor går de nå på tiggerferd til næringslivet for å skaffe penger til psykiatrisk forskning.

\*

Her er det noe som ikke stemmer. Når man vet så lite, når man har så lite ressurser å stille opp med, hvorfor ønsker man da så vide fullmakter for tvangsbehandling ? Hadde det ikke vært bedre å innrømme sin utilstrekkelighet og starte et samarbeid med de innlagte på deres egne vilkår ?

\*

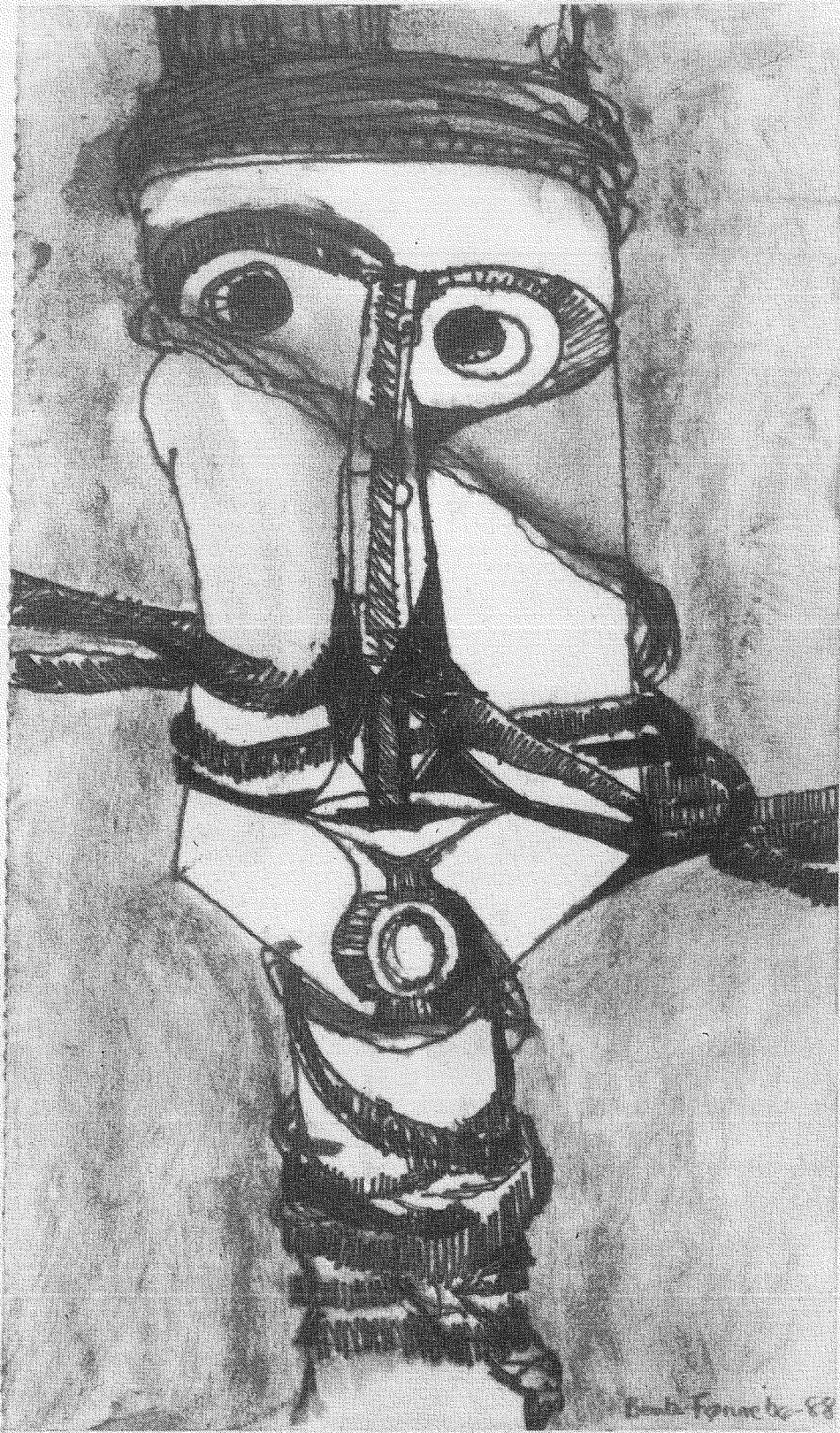
For å bruke et av psykiatriens uttrykk: Her er det mangel på realitetssans. Lov om psykisk helsevern kan ikke bygge på en idealisert psykiatri som vi kanskje får om 20 eller 50 år. Den må bygge på de tilbud psykiatrien har i dag. Og de rettferdiggjør ingen drastiske tvangsinngrep i menneskers liv.

Det er på tide med en annen vinkling av problemene. Derfor presenterer vi i dette nr CHARTA '88 - en menneskerettserklæring med utgangspunkt i psykiatrien og andre institusjoner.

\*

Til slutt: Trenger vi i det hele tatt noen tvangslov om psykisk helsevern ? Vi har med interesse fulgt debatten om tvang eller frivillighet i behandlingen av narkomane og i bekjempelsen av AIDS. Vi kan ikke skjønne annet enn at alle argumenter mot tvangsbehandling på disse områdene gjelder like fullt for psykiatrien. I tillegg kommer det selvfølgelig at muligheten for bedring for psykiatriske pasienter først og fremst er avhengig av tillit. Tillit til behandlere og ikke minst tillit til egne opplevelser, egne meninger, egen styrke. Hvordan skal man oppnå dette med tvangsbehandling ??







# Marie Beate Fjærli :

## DU MÅ SLIPPE UT BARNET

Stengt inne  
bak låste dører  
lever det glade barnet

Det ler og leker  
titter ut, undres  
kommer de snart og låser opp?

Men dagene går og intet skjer  
barnet river i hengslene  
roper, kom å hent meg!

Voksne har lave stemmer  
store kropper og mystiske tegn  
barnet gråter nå

De er døve for barnets rop  
har nok med sine egne  
gleden slukkes i blå barneøyne

I den voksnes kropp lever barnet videre  
levende låst inne  
byrden er tung å bære

Du må slippe ut barnet nå,  
la det bli synlig  
Ellers vil det dø  
og vekten av dødt barn vil knekke deg.





MART H. WHEEN - 88



# Charta

88



Det kan virke rart å komme med en menneskerettighetserklæring i 1988. FNs menneskerettighetserklæring er jo bra, og hadde den blitt fulgt, ville vi vært langt på veg mot en bedre verden. Men selv om det der heter at den skal gjelde "alle medlemmer av menneskeslekten", er det ingen stater som virkelig mener at den skal gjelde alle mennesker. Gale, fanger, psykisk utviklingshemmede, barn, gamle og syke er tydeligvis unntatt fra mange av menneskerettighetene. Og dermed har menneskerettighetene mistet mye av sin verdi.

Vi har kommet fram til at enkelte menneskerettigheter er så grunnleggende at de aldri bør tas fra noe menneske - uansett. De er samlet i følgende 8 punkter:



1.

Retten til å leve. I dette ligger retten til å få dekket primærbehovene: mat, drikke, søvn, et sted å bo osv. Men med å leve mener vi noe mer enn bare å eksistere. Retten til å leve innebærer også retten til et åndsliv med fantasi og drømmeliv, og til et kjærlighetsliv, til å gi og motta følelser.

2.

Retten til å dø, om man ønsker det.

3.

Retten til å bestemme over sin egen kropp. Ingen mennesker må gis medisiner mot sin vilje. Ingen operative inngrep, elektrosjokk e.l. må foretas mot pasientens vilje. Ingen mennesker skal utsettes for voldtekt eller tortur.

4.

Ingen mennesker skal kunne straffes eller sperres inne for annet enn det han/hun faktisk har gjort, og som representerer et brudd på gjeldende lov.

5.

Ingen mennesker skal sperres inne eller sendes ut av landet, uten etter rettssak og dom, der han/hun har rett til å velge sin egen forsvarer. Ingen mennesker skal sperres inne på ubestemt tid. Også den som sperres inne har rett til et privatliv, til mosjon og til kontakt med andre mennesker.

6.

Enhver som er syk skal ha rett til behandling, dersom han/hun ønsker det. Behandlingen skal være frivillig, og pasienten skal ha full informasjon om virkninger, bivirkninger og alternativer til den foreslåtte behandlingen. Dersom en pasient er misfornøyd med behandlingen, skal han/hun tilbys alternativ behandling.

7.

Retten til kontakt med sine nærmeste.

8.

Retten til ikke å bli forfulgt eller diskriminert pga rase, kjønn, tro, politisk overbevisning, medisinsk handikap, psykiatrisk diagnose, seksuell legning, sosial status e.l.





Alle tegningene til artikkelen CHARTA 88 er fremkommet gjennom en psykoanalytisk prosess der forfatteren Liv R. Lykkenborg jobbet med sin angst. Gjennom tegningene fikk hun kontakt med de dypere lag i seg selv og frykten. Vi takker Liv for velvillig utlån av tegningene.



Kommentarer til punktene:

1. Vi mener at retten til å leve er fratatt mange mennesker på psykiatriske og geriatriske institusjoner i Norge i dag. Med dagens psykiatriske medisiner går mange mennesker rundt som en slags "levende døde" - ute av stand til å gi uttrykk for verken tanker eller følelser.

I retten til et kjærlighetsliv ligger også retten til et seksualliv, dersom han/hun ønsker det.

2. I dette ligger at selvmordstanker eller "fare for eget liv og helse" IKKE skal være grunnlag for å sperre mennesker inne, selv om han/hun blir ansett for å være gal (psykotisk). Hvordan hver enkelt skal opptre overfor en som ønsker å ta sitt eget liv, er et viktig moralsk spørsmål, men intet menneskerettsspørsmål, og vil derfor ikke bli tatt opp her. En del selvmordsforsøk er åpenbart gjort i den hensikt at de skal bli oppdaget, og faller også utenfor denne diskusjonen.

Vi vil presisere at vi IKKE har sagt noe om hvorvidt det i visse situasjoner er moralsk riktig å ta sitt eget liv. Dette er igjen et grunnleggende moralsk spørsmål, og vi er klar over at mange religioner ser på selvmord som en alvorlig synd. Det vi hevder, er at ansvaret for denne avgjørelsen må ligge hos hver enkelt av oss, og at samfunnet ikke har noen rett til å frata noe menneske dette valget. Det er mange grunner til et slikt standpunkt, noen av de viktigste er nevnt nedenfor.

Svært mange selvmord innen psykiatrien skjer på lukkede avdelinger. Det fins mange teorier om årsakene til det. En teori går ut på at et menneske som virkelig ønsker å dø, vil greie det uansett. Vi tror ikke at det er helt riktig - det er for en stor del tilfeldigheter som avgjør hvem som lykkes og hvem som mislykkes i å ta sitt eget liv.

Ingen tar sitt eget liv for moro skyld. Men det fins grenser for hva et menneske kan tåle. Og med dagens psykiatriske medisiner kan livet fort bli et sant helvete.

Et annet forhold er også vesentlig. De fleste vil vente med å ta sitt eget liv til de har nådd grensen for hva de kan tåle. Og har man friheten til selv å bestemme, kan den grensen tøyes temmelig langt. Er man derimot sperret inne, eller er redd for å bli sperret inne, blir hele mentaliteten forandret. Man blir "nødt til" å benytte sjansen når man har den.

Vi er kommet til at retten til å dø også må omfatte de mennesker som av fysiske grunner ikke selv er i stand til å ta sitt eget liv. Her bør vi imidlertid være forsiktige. Det må være en forutsetning at ønsket om å dø er framsatt uten noen form for press, og at det har vart en viss tid. En slik avgjørelse må tas av mennesker som ikke kan mistenkes for å ha direkte interesser i saken. Dette er ikke en avgjørelse som kan overlates til legene.

For mennesker som er sperret inne, er muligheten til selvmord også et spørsmål om rettssikkerhet. Det kan ofte være vanskelig å avgjøre om et dødsfall skyldes mord eller selvmord. Det må derfor ikke være slik at det i institusjonene legges til rette for at mennesker kan ta sitt eget liv.

Til sist vil vi nevne at samfunnet har et tvetydig forhold til det å dø. På den ene siden holdes syke og gamle mennesker som ønsker å dø, i live med tvangstiltak og kunstige midler. På den annen side mener de fleste at det i gitte situasjoner er en plikt å ville dø for sitt land (eller demokratiet, eller andre ting man mener det er verdt å forsvare). Livet er tydeligvis ikke hellig i alle situasjoner.

3. Det vil f.eks. etter ulykker forekomme tilfeller der pasienten er bevisstløs og øyeblikkelig hjelp er nødvendig for å redde livet. I slike tilfeller må man gå ut fra at pasienten ønsker hjelp. Det samme må gjelde etter selvmordsforsøk, dersom det kan være noen som helst tvil om hvorvidt det dreier seg om et reelt selvmordsforsøk eller det er ment som et rop om hjelp.

Tvangsbehandling med nevroleptika (iblant misvisende kalt "antipsykotiske

I dag ble jeg kjent  
med en stein.





medisiner") må kalles tortur. Vanlige bivirkninger er akinesi ("levende mumie" eller "zombie-effekten"), akutt dystoni (kramper som kan føre til pustevansker), parkinsonisme (ekstrem stivhet og skjelvinger), akatisi (sterk indre uro som ofte fører til hvileløse gange), menstruasjonsforstyrrelser, impotens, apati og sterke depresjoner. Ved bruk over tid kan nevroleptika føre til fysisk avhengighet, øyenskader og hjerneskader.

I tillegg til den åpne, direkte tvangen, skjer det mye tvang i psykiatrien under et dekke av "frivillighet". Det brukes mange slags pressmidler. Svært ofte er det pasienters angst, eller ønsket om å se sine nærmeste som blir utnyttet. En annen vanlig trussel er etter et invalidiserende institusjonsopphold å kaste pasienten tilbake til samfunnet uten ettervern eller annen støtte.

Seksuelle overgrep er ikke uvanlige innenfor psykiatrien, men blir som regel dysset ned. Det dreier seg om alt fra klare voldtekter til behandlere som utnytter pasienters følelser. Det er i dag straffbart for behandlere og pleiere å gå inn i forhold med sine pasienter. Vi mener det er en riktig holdning, fordi et slikt forhold ofte blir utnyttet.

4. Vi mener at hva en lege tror et menneske kan komme til å gjøre i framtida, skal være helt uten betydning. Dagens praksis er helt uakseptabel både ved domstolene og i psykiatrien, og fører til stor grad av vilkårlighet.

Vi mener at dagens praksis klart viser at leger ikke er i stand til å forutsi risikoen for at et menneske skal begå (nye) voldshandlinger. Det finnes flere eksempler på at voldsforbrytere har blitt løslatt på prøve etter relativt kort tid og da begått nye voldshandlinger. På den annen side har de fleste som ble sluppet fri etter Reitgjerdet-saken, ikke begått voldshandlinger til tross for at de var regnet som "farlige sinnssyke" og hadde vært innesperret i opptil 30 år.

5. Det er her grunn til å se kritisk på de spesialdomstoler og særordninger som er opprettet på områder som barnevernet, psykiatrien, militærnekteloven, flyktningepolitikken m.fl. Felles for disse er at sentrale rettsprinsipper mer eller mindre er satt ut av funksjon. Rettssikkerheten blir tilsvarende svekket. Rettsprinsippene er tross alt utviklet gjennom flere hundre år, og har sin berettigelse. Særordninger og spesialdomstoler setter tilliten til rettsapparatet i fare.

Det må automatisk oppnevnes advokat ved frihetsberøvelse. Saken må straks tas opp til domstolsbehandling. Men det må gå rimelig tid før en sak kommer opp til endelig dom. Går prosessen for fort, går dette utover anklagedes muligheter til å forsvare seg. Går prosessen sakte, soner straffen før saken er avgjort.

Flyktningepolitikken dreier seg også om menneskerettigheter. Konsekvensene for den enkelte er ofte større enn i straffesaker. Derfor må også de samme rettssikkerhetsprinsippene gjelde her.

Både fanger, psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede utsettes ofte for tvangsinngrep som er langt mer drastiske enn innesperring. Vi tenker her på tvangsmedisinering, isolat og bruk av fysiske tvangsmidler som belte, reimer og tvangstrøye. Slike tvangsinngrep har i dagen slik form at det med rette kan kalles "grusom og umenneskelig behandling". Dette skjer uten noen form for rettslig prøving. Heller ikke i ettertid skjer det noen skikkelig kontroll av institusjonenes bruk av tvangsmidler.

Vi ser på tvangsmedisinering som totalt uakseptabelt, jfr pkt 3. Dette representerer en kjemisk form for tvangstrøye og knebel som ofte oppleves som svært smertefullt.

Begrepet isolat brukes om alt fra glattcelle til avdelinger med spesielt streng kontroll. Vi ser det som umenneskelig å sperre et menneske fra all kontakt med omverdenen. Det er ingen tvil om at f.eks glattcelle ofte fører til store psykiske skadevirkninger.

De fleste opplever bruk av fysiske tvangsmidler som svært provoserende. Ofte gjennomføres dette på en slik måte at man ikke kan røre på seg i det hele tatt. Det kan ikke være nødvendig å gjøre det så drastisk.





Vi er klar over at spørsmålet ikke er enkelt. Ansatte og øvrige innsatte/innlagte/beboere må vernes mot voldshandlinger. Men i dag brukes slike tvangsmidler også i tilfeller der dette umulig kan være årsaken. Ofte vil man kunne unngå alle disse typene inngrep ved å øke bemanningen på institusjonene. Det er behov for klare regler og nøye kontroll på dette området, for å hindre misbruk av tvangsmidler.

Vi mener at slike tvangsmidler alltid må prøves rettslig. De må aldri brukes som straffemetode, men kun i de tilfeller det er nødvendig for å sikre andres liv og helse. De må også tidsbegrenses og gjennomføres på en slik måte at det ikke bryter mot retten til et privatliv, til mosjon og til kontakt med andre mennesker.

I retten til et privatliv ligger også taushetsplikten, samt retten til uinnskrenket innsyn i egen sak.

6. I dette ligger retten til ikke å ta imot behandling, selv om man blir ansett for å være syk eller gal (psykotisk). I dette ligger også retten til å leve på tvers av vanlige normer i samfunnet, så lenge man ikke er til skade for andre.

Pasienten skal gis objektiv informasjon om hva behandlingen innebærer, om forventet bedring og mulige bivirkninger. Pasienten skal gis informasjon om alternative løsninger, og gis mulighet til å velge mellom disse. Med alternativ behandling mener vi annen lege/behandler, annen institusjon og/eller annen type behandling, dersom man ønsker det.

Vi kan ikke godta at det stilles som betingelse for behandling at pasienten tar psykofarmatiske medisiner som f.eks. nevroleptika (medisiner som brukes i psykiatrien og geriatrien for å "dempe" urolige pasienter). Dette skyldes ikke minst de mange bivirkninger og faremomenter som er forbundet med slike medisiner.

Vi mener at psykokirurgi, elektroshokk og en del nevroleptika bør forbys, også som frivillig behandling. Dette er behandlingsmetoder som på en drastisk måte forandrer pasientens personlighet, og som fører til skader som ofte er uopprettelige. Legene har i dag ingen grundig forståelse for hva som skjer ved disse behandlingsmetodene. Det som skjer på dette området i dag er en form for eksperimentering med levende mennesker.

7. Dette er et vanskelig punkt. Forholdet mellom familiemedlemmer er ofte langt fra likeverdig. Og for nære pårørende til gale (psykotiske) kan belastningen ofte bli svært stor. Det bør likevel være mulig å møtes på en slik måte at alle parter kan føle seg trygge.

Retten skal selvfølgelig også gjelde i barnevernsaker der foreldre blir fratatt omsorgsretten. Vi mener ikke at foreldreretten (omsorgsretten) er en absolutt menneskerett. Men at et barn helt skal bli fratatt kontakten med sine foreldre, og omvendt, mener vi er både grusomt og unødvendig.

Retten til kontakt med sine nærmeste må ikke gå på bekostning av den enkeltes rett til å leve sitt eget liv, uavhengig av foreldre eller andre.

Med "sine nærmeste" menes i tillegg til nær familie også nære venner.

8. Dette punktet omfatter de fleste av de 30 punktene i FNs menneskerettserklæring. Vi vil her bare peke på at det å sette en psykiatrisk diagnose på en motpart, hittil har vært en effektiv metode til å frata motparten alle rettigheter. Det er derfor helt nødvendig å regne med psykiatrisk diagnose, som et kriterium det er ulovlig å diskriminere utfra.

# Til minne om en uteligger

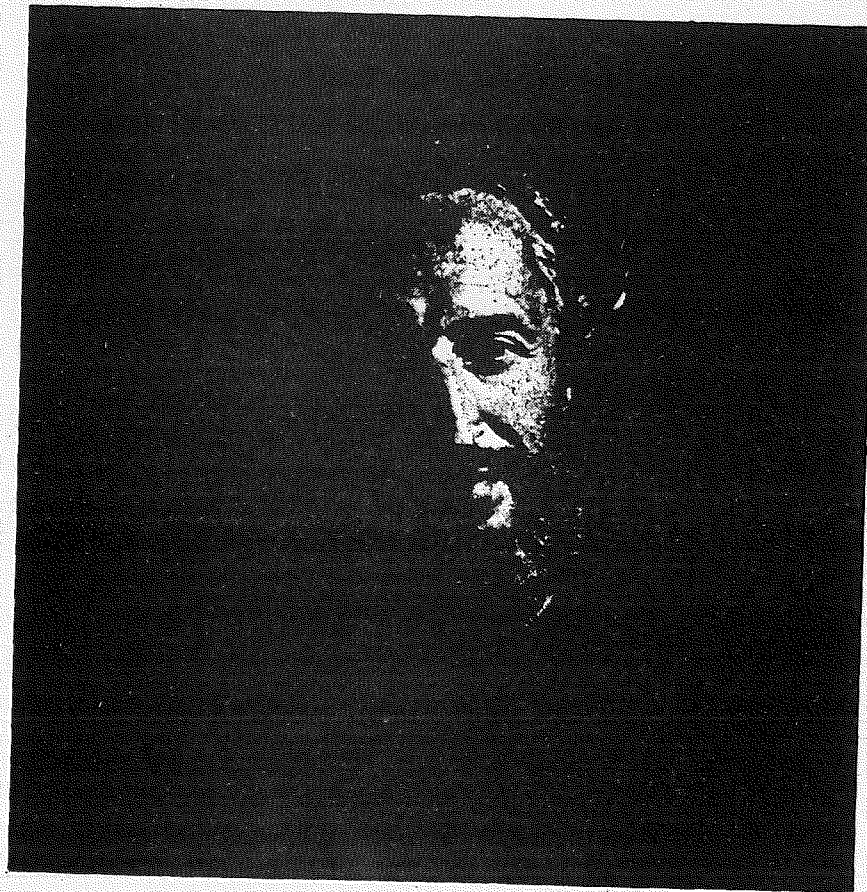
Ikke gråt så høyt da Gabriel  
Noen kan høre deg  
Men de som virkelig skulle hørt deg  
De bare gikk sin vei

I alkoholistsorg og på tinget  
tar folk det helt med ro  
Enten de driver med utredninger  
taler eller sitter på do

Så bare gråt du Gabriel  
Noen vil høre deg  
De blir til en stor  
voksende flokk  
Som stadig vil bane seg vei

Så bare gråt du Gabriel  
Vi vil nok høre deg  
Vi blir til en stor  
voksende flokk  
Som stadig vil bane oss vei

Cathrine



Gabriel var i mange år medlem av Aksjonsgruppa for herbergister og uteliggere og en solid talsmann for de bostedsløses kår. Han døde i juni 1977 utenfor det stedet han hatet og ivret for skulle nedlegges, men allikevel var avhengig av - herberget i Christian Kroghsgate.



## Nytt utkast til Lov om psykisk helsevern:

### Fortsatt "de hvite frakkers lov" ?

Etter 7 år er komiteen som skulle vurdere Lov om psykisk helsevern endelig klar med sin innstilling. Det er ingen samlet innstilling som presenteres. På de fleste punkter kommer ulike medlemmer av utvalget med sine særmerknader. Flertallets forslag bringer lite nytt. De viktigste endringene går i negativ retning - iallfall for oss som er opptatt av rettssikkerheten i psykiatrien.

Det mest sentrale - og mest skuffende - er at det nye lovutkastet åpner for bruk av elektroshokk med tvang. Dessuten åpner lovutkastet for en "bordet-fanger-regel": Frivillig innlagte skal nå uten videre kunne overføres til tvangsparagraf.

Av andre endringer kan vi nevne at alle innlagte skal få rett til enerom. Vi synes det er positivt at man erkjenner at også psykiatriske pasienter har rett til et privatliv. Men vi er redd for at dette i lang tid framover bare vil være en papirbestemmelse. På den annen side kan psykiatrien her spare mye penger: Isolatene blir overflødige ettersom hvert rom blir et effektivt isolat. Så kanskje denne reformen blir gjennomført likevel.

Hittil har de fleste protestene kommet fra psykiaterne. Lovutvalget har nemlig våget å rokke ved overlegenes enevelde. Til nå har overlegens skjønn vært enerådende ved inntak. Nå foreslår man et inntaksråd på tre personer: overlegen, oversykepleier og en psykolog. Det er tydeligvis nedverdiggende for psykiatere å skulle sidestilles med psykologer og sykepleiere. Men for rettssikkerheten til tvangsinnlagte tror vi ikke denne reformen vil ha særlig betydning.

En endring ser vi som klart positiv: Heretter skal innsynsretten gjelde uavkortet for tvangsinnlagte. Vi tror dette vil tvinge legene til å bedre sin journalføring. Den slags halvsannheter og til dels frie dikting som preger legejournaler i psykiatrien i dag, vil lettere bli avslørt når tvangsinnlagte får innsynsrett.

Norsk Forening for Mental Helse er representert i komiteen ved sin juridiske rådgiver Ketil Lund. Vi bringer her hans særuttalelse når det gjelder bruk av tvangsmidler i psykiatrien:

#### 9.1.12 Særuttalelse fra Ketil Lund

Utvalgets mindretall (Ketil Lund) har følgende bemerkninger til spørsmålet om restriksjoner og tvang for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

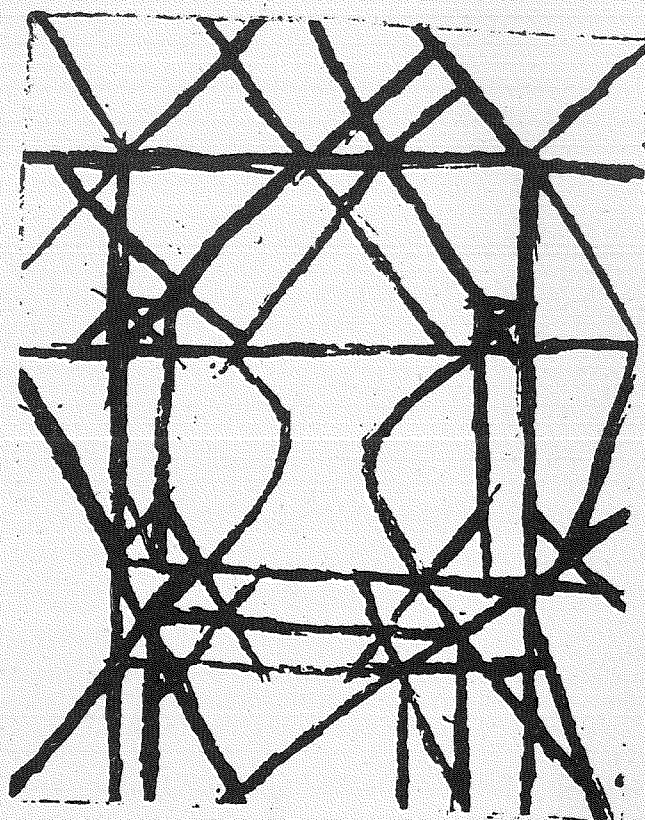
##### 9.1.12.1 Utgangspunkt - grunnlaget for tvungent psykisk helsevern

Under avsnitt 9.1.2. har utvalget stilt spørsmål om det er påkrevet med spesielle administrative tvangsbestemmelser overfor sinnslidende som motsetter seg psykisk helsevern. Utvalgets overveielser viser at slike særregler er vanskelige å begrunne. De gjeldende innesperringsregler må først og fremst ses i lys av tradisjonsbestemte forhold av kulturell og sosial karakter. Det er ikke grunnlag for å hevde at sinnslidende i motsetning til andre selvdestruktive eller destruktive mennesker har et særlig behov eller er spesielt egnet for innesperring og behandling under tvang. Utvalget har likevel funnet at det fortsatt bør være adgang til å bruke tvungent psykisk helsevern i visse tilfeller. Tvangsreglene må imidlertid ses som beskyttelsesforanstaltninger av nødrettslig karakter, ikke som tvangsbehandlingsregler, dvs. regler som også tilsier behandling mot pasientens protest, uavhengig av om det foreligger en nødstilstand. Som beskyttelsesforanstaltning kan selvfølgelig ikke inngrepet gå lenger enn det som er nødvendig for å avverge faren. Når pasienten er tatt under tvungent psykisk helsevern, vil faren normalt være avverget. At pasienten også bør tilbys behandling, er rimelig. At pasienten derimot skal kunne tvinges til dette, trenger en ytterligere begrunnelse. Det samme gjelder annen bruk av tvang og restriksjoner.

##### 9.1.12.2 Tvangsbehandling

###### 9.1.12.2.1 Tvangsmedisinering

Tradisjonelt har psykiatrien oppfattet innesperringsreglene som tilstrekkelig hjemmel for å iverksette til dels svært drastiske behandlingstiltak så som sjokk ved ulike metoder, i nyere tid først og fremst elektroshokk, og bruk av psykokirurgiske og psykokjemiske virkemidler. Felles for en rekke av disse behandlingsmetodene har vært psykiatriens overdrevne tillit til deres kurative virkning og en derav følgende udifferensiert bruk av dem. Såvel f.eks. insulinkoma-behandling som primitive former for lobotomi og elektroshokkbehandling er i litteraturen blitt fremstilt som meget effektive behandlingsmetoder. Det samme gjelder behandling med psykofarmaka. At behandlingen har hatt sterkt negative, invaliderende, til dels også helt fatale konsekvenser, er derimot i stor utstrekning blitt oversett, bagatellisert eller sett på som beklagelige konsekvenser som dog ikke har overskygget de positive virkningene av behandlingstiltakene.



BJØRN-ÅGE KULBULIEN

"318" KALENDEREN 1988



Psykokirurgiske inngrep er forbudt i Norge uten pasientens informerte samtykke. Det samme gjelder behandling med ECT med mindre det kan påvises at slik behandling er nødvendig som livreddende tiltak, jfr. Ot.prp. nr. 77 (1980-81) s 8. Ved lovendring i 1981 ble adgang til tvangsbehandling med kjemiske legemidler uttrykkelig lovfestet gjennom en fullmaktsbestemmelse i § 2 i Lov om psykisk helsevern. Fullmakten er benyttet ved forskrifter av 1984 som først og fremst har betydning ved å innføre saksbehandlingsregler. Materielle skranker av nevneverdig betydning for bruken av slike legemidler inneholder forskriftene ikke. Ved lovendringen i 1981 ble det prinsipielle spørsmål om tvangsbehandling med slike preparater ikke reist. Heller ikke inneholder forarbeidene noen drøftelse av disse preparatenes positive og negative virkninger på kort eller lang sikt. Det er vanskelig å forstå at ikke slike overveielser naturlig hører hjemme i forbindelse med en så drastisk behandlingsform som tilførsel av personlighetsendrende legemidler, endog mot pasientens protest. Det sier seg selv at det bør kunne gis overbevisende argumenter for bruken av slike legemidler under tvang. Psykiatriens historie – også den helt nære – gir ikke grunnlag for overdreven tillit til at det utøves en betryggende faglig selvkritikk ved de behandlingsformer som er tatt i bruk. Det spørsmålet gjelder er så å si utlukkende bruk av nevroleptika som såkalt antipsykotisk medikasjon, gjennom munnen eller som injeksjon med korttids- eller langtidsvirkning (depotpreparater med virkning i 2-4 uker).

Nevroleptika er svært reaktive stoffer som påvirker en rekke biokjemiske prosesser. Det vesentligste er at de hemmer drifter og følelser og påvirker det motoriske apparat. I Norge har det vært lite diskusjon rundt den omfattende bruken av nevroleptika som tvangsbehandlingstiltak. Behandlingen har generelt blitt akseptert og anvendt på samme måte som tidligere og nå forlatte metoder.

De positive, såkalte antipsykotiske virkningene ved bruken av nevroleptika fremheves gjerne indirekte under henvisning til tilstandene i de psykiatriske institusjonene før det psykofarmakologiske inntog i 1950-årene. Dette inntog påstås å ha vært en nødvendig forutsetning for en vesentlig bedring av de psykotiske pasienter og deres miljø, og for en betydelig reduksjon av pasientbelegget i institusjonene. Dette historiske argument har imidlertid liten overbevisningskraft fordi det forutsetter en sammenligning med et i enhver forstand utilfredsstillende behandlingssystem. Og selv om undersøkelser i forskjellige land har vist at prognosen for de funksjonelle psykoser er blitt betydelig bedret de senere årtier, er det også påvist at bedringen fant sted før midten av 50-årene. I Norge har f.eks. dr. Ørnulf Ødegaard undersøkt behandlingresultatene i perioden 1936-1940, 1948-1952 og 1955-1959. Han fant at den største bedring skjedde mellom 1936 og 1950, dvs. før psykofarmaka ble tatt i bruk. Ødegaard legger vekt på en rekke andre behandlingsformer som vesentlige faktorer, herunder også sammenhengen med samfunnets alminnelige velferdsnivå, (jfr. Ø. Ødegaard, Ut-skrivningsmønsteret fra de norske psykiatriske sykehus før og etter den moderne medikamentbehandling, Nordisk Medisin 1970, side 1.)

I sin lærebok i psykiatri, 4. rev. utg. 1982, side 510 sier professor Einar Kringlen følgende om betydningen av nevroleptika: «Innføringen av klorpromazin og de øvrige nevroleptika, akselererte en utvikling som var igang, men initierte neppe de nye behandlingsframskritt. Mange synes i dag å ha glemte at beretninger om miljøterapiens virkninger ved schizofreni begynte å komme allerede i 1950-årene, altså før de nye medikamenter kom på markedet».

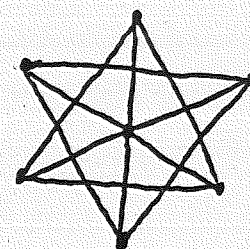
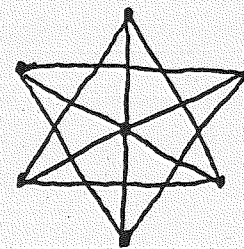
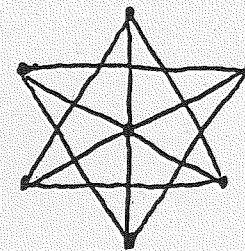
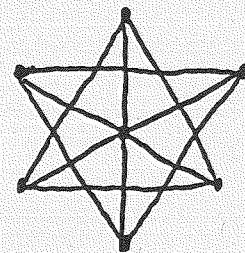
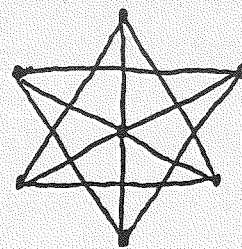
På denne bakgrunn er det tvilsomt om det er dekning for å oppfatte nevroleptika som en nødvendig forutsetning for den generelle bedring det er snakk om. Spørsmålet er videre hvilke negative virkninger bruken av nevroleptika kan ha.

Psykosene utgjør en svært uensartet gruppe, og pasientenes subjektive reaksjon på nevroleptika er høyst forskjellig. Den positive kunnskap om virkningen av nevroleptika for den enkelte pasient er på forhånd nokså begrenset. Det foreligger dessverre ingen oppgaver eller undersøkelser over bruken av nevroleptika ved forskjellige institusjoner, eller over hvor mye som brukes under tvang. Det må imidlertid antas at bruken kan variere betydelig fra institusjon til institusjon, hvilket mer har sammenheng med institusjonenes behandlingsprofil og overlegens subjektive holdning til bruk av nevroleptika enn med forskjeller i pasientenes lidelser. Noen anbefaler bruk av svære, såkalte «heroiske» doser, mens andre mener at området for virkningsfull bruk finnes innenfor små dose-rammer.

Det er begrenset hvor langt man egentlig vet hva man gjør med nevroleptikabehandling. Dette medgis også på klinisk hold. Jytte Willadsen, overlege ved Københavns apts psykiatriske sykehus Nordvang, som er motstander av tvangsbehandling med nevroleptika, sier i boken *Sindslidendes retsstilling*, Gyldendalske Boghandel, København 1985, følgende side 112:

«I psykiatrien er det ofte vanskelig å stille prognose og vurdere terapeutiske muligheter, og forløbet av lidelserne giver mange overraskelser både i positiv og negativ retning. En vis optimisme er nødvendig og berettiget i det daglige arbejde, men det er forkert at lade terapeutisk optimisme danne grundlag for tvangsindlæggelse til tvangsbehandling. Til det må det kræves langt fastere grund under fødderne.»

Det er klart nok at behandlingen med psykofarmaka mot pasientens protest har anti-terapeutiske virkninger, virkninger som ofte overses fordi psykotiske symptomer kan reduseres eller forsvinne som en del av de mer omfattende virkninger på følelses- og viljeslivet. Grunnleggende i enhver psykodynamisk tilnærming er respekt for pasienten og dens lidelse som forutsetning for revitalisering, selvspekt og tro på egne krefter. Denne grunnleggende respekten for den sinnslidende fornektes ved tvangsbehandling. Det er da også slik at mange opplever tvangsbehandling med psykofarmaka som et vesentlig større onde enn det å bli tatt under tvungen omsorg i seg selv. Især for der sinnslidende som aktivt motsetter seg medisinerer



er det grunn til å være på vakt overfor muligheten av at psykosen også kan innebære verdifulle bidrag til å frigjøre personligheten, dvs. at psykosen ses som et stadium i en vitaliserende prosess – selv om denne «anti-psykiatriske» oppfatning som generell terapeutisk tilnærming er en forkjær romantisering av problemet.

Det har i de senere år vært reist betydelig kritikk mot den omfattende bruk av nevroleptika i psykiatrien, dels ved fremheving av at bruken hviler på et uvitenskapelig grunnlag, dels ved påpeking av en rekke negative virkninger. Dette er bl.a. kommet til uttrykk i psykiateren Peter Roger Breggin's bok, *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain*, Springer Publishing Comp., New York 1983. Også den svenske nevrolog dosent Lars Mårtensson har i flere skrifter kommet med vesentlige innvendinger mot bruken av nevroleptika, bl.a. i boken *Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill*, edited by Knud Jensen & Bent Pedersen, utgitt av Sind, København 1985, jfr. også tredobbelt kronikk 23. til 25. august 1985 med etterfølgende diskusjon i *Dagens Nyheter*.

Av negative virkninger kan nevnes:

- psykiske bivirkninger som søvnighet, passivitet, manglende interesse for omgivelsene, avflatet følelses- og opplevelsesliv, uro, rastløshet, følelse av å være i tvangstrøye
- nevrologiske bivirkninger som muskeltivhet, ufrivillige bevegelser, spasmer og skjjelving, irreversible hjerneskader (tardive dyskinesier) i form av ufrivillig grimasering i tunge- og tyggemuskulatur, undertiden kombinert med ufrivillige bevegelser i armer og ben.
- andre negative virkninger som munntørhet, synsforstyrrelser, vannlatingsproblemer, impotens, blodtrykksfall, overvektsproblemer og allergier.

Det er antagelig uomstridt at disse virkninger inntreffer, selv om det er uenighet om hvor alvorlige de negative virkningene er, hvor hyppig de forekommer, og hvor langvarige de er. Forekomsten av irreversible hjerneskader (tardive dyskinesier) er betydelig. I Norge hevder Kringlen, l.c. side 501, at det dreier seg om «10-20 pst. av pasientene som behandles med nevroleptika i flere år». I Danmark varierer angivelsene mellom 25-75 pst. av langtidsbehandlede, jfr. *Principbetenkning om tvang i psykiatrien*, Betænkning nr. 1068, 1986, side 95. Dette harmonerer med de tall som fremkommer i den ovennevnte avisdebatt i *Dagens Nyheter* i anledning dosent Mårtenssons artikler. Mårtensson anfører for sin del at hvis en så høy prosent viser tydelige symptomer på slike hjerneskader, må en regne med at langt flere er skadet. Under alle omstendigheter er tallene skremmende høye. Det hører med i bildet at da de første rapporter om tardive dyskinesier kom, møtte de betydelig skepsis på psykiatrisk hold. I dag, da slike skader er meget vel dokumentert, har jeg erfaring for at risikoen generelt benektes, selv på ledende klinisk hold: I forbindelse med en sak for Kontrollkommisjonen ved Dikemark sykehus, skrev således overlegen 22. februar 1985 følgende til kommisjonen:

«Til spørsmålet om irreversible hjerneskader.

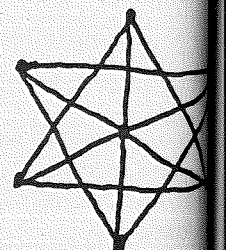
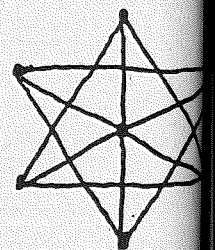
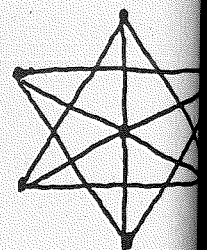
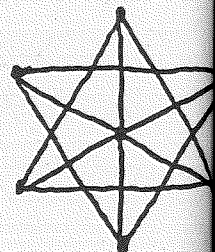
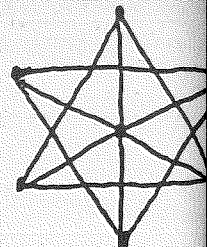
H.r. advokat Ketil Lund skriver i sitt brev: «Dette er desto mer betenkelig fordi medikamentering med nevroleptica over tid kan ha meget betydelige skadevirkninger i form av irreversible hjerneskader». Det er riktig at enkelte dyreforsøk har vist redusert antall nevroner i enkelte hjerneavsnitt ved enkelte nevroleptica. Det er også negative rapporter fra dyreforsøk, nemlig at langvarig behandling med nevroleptica ikke har ført til tilsvarende nevrontap. Det ville være interessant om h.r. advokat Ketil Lund kunne legge frem eller vise til det bakgrunnsmateriale som er grunnlaget for påstanden: «Medikamentering med nevroleptica over tid kan ha meget betydelige skadevirkninger i form av irreversible hjerneskader», vel å merke hos mennesker.»

En slik bagatelliserende holdning til et betydelig etisk og medisinsk problem, er lite tillitsvekkende. Hvorvidt utsagnet er dekkende for holdningene i norsk psykiatri er det vanskelig å si noe sikkert om. Det er imidlertid særdeles sjelden man ser antydninger om at muligheten for tardive dyskinesier har blitt vurdert i forbindelse med tvangsmedisineringsvedtak.

Forekomsten av tardive dyskinesier som følge av psykiatrisk behandling i USA hevdes av Breggin å ha epidemisk karakter. Tardive dyskinesier er imidlertid ifølge ham ikke den eneste permanente negative virkning av nevroleptika: Ved at disse legemidlene rammer pannelappen (senter for tanke- og bevissthet) og det limbiske system (senter for følelseslivet), har medisinene tilsvarende effekt som lobotomi. På toneangivende psykiatrisk hold hevdes bestemt at slike virkninger forsvinner når behandlingen opphører. Breggin hevder under henvisning til flere undersøkelser, at pasienter med tardiv dyskinesi også utvikler lobotomilignende likegyldighet og at det dessuten er sammenheng mellom tardiv dyskinesi og demens eller hjerneatrofi.

Det er en alminnelig erfaring blant psykiatriske pasienter at det kan utvikle seg store depresjoner etter bruk av nevroleptika. Dette formodes gjerne å henge sammen med selve sinnslidelsen, ikke med medisinbruken. Breggin hevder at sammenhengen med nevroleptika etter alt å dømme er tilstede. Enda alvorligere er imidlertid påvisningen av at slik medisinerings gjennom virkninger på det limbiske system disponerer for opprettholdelse eller senere gjennomslag av psykose, såkalt tardiv psykose, jfr. Chouinard G. og Jones B., *Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: Clinical and pharmacologic characteristics*, *American Journal of Psychiatry* 137: 1980. Andre undersøkelser som også nevnes av Breggin bekrefter at det er grunnlag for alvorlig bekymring for om medisinene simpelthen forsterker den lidelse hvis symptomer de samtidig undertrykker. Dosent Lars Mårtensson hevder i det vesentlige samme oppfatninger som Breggin.

Av særlig interesse er Barbro Sandins arbeid med schizofrene pasienter ved Sätters sjukehus, jfr. *Läkartidningen* 1982 nr. 37: Etter noen tid var hennes pasienter, som var uten eller så å si uten nevroleptika, bedre i forhold til alle relevante kriterier, enn pasienter som hadde fått nevroleptika i henhold til vanlig praksis. De første årene krevde riktig-





nok Sandins pasienter mer psykisk helsevern. Siden ble de bedre og bedre, mens gruppen som fikk nevroleptika ble dårligere og dårligere. I begynnelsen måtte Sandins pasienter tilbringe mer tid i institusjonen enn kontrollgruppen. Etter 6-7 år var det omvendt. Da tilbrakte kontrollgruppens pasienter vesentlig lenger tid i sykehus enn Sandins pasienter.

Det kan selvfølgelig diskuteres hvilken betydning en slik undersøkelse bør tillegges. Det vitenskapelige grunnlag er begrenset, hvilket også gjelder grunnlaget for gjeldende medisineringspraksis; jfr. Breggin l.c. side 52. Sandins undersøkelse viser i hvert fall at andre veier kan føre til målet. Og det bør hvile en streng bevisbyrde på dem som mener at behandling med nevroleptika mot pasientens protest er nødvendig og rimelig på tross av negative virkninger og risikofaktorer.

Allerede på bakgrunn av de negative virkninger ved tvungen medikamentell behandling som er alminnelig akseptert, skulle man kanskje kunne regne med en mer kritisk holdning til tvangsbehandling blant dem som forvalter det faglige ansvar i psykiatrien. At slike holdninger er lite utbredt, har antakelig en sammenheng med at bruken av nevroleptika gjør livet lettere for behandlerne fordi pasientene generelt sett blir mer medgjørlige. Psykotiske symptomer reduseres som en konsekvens av preparatene mer omfattende virkninger på sinnslivet. Behandlingen er enkel, virkningene kan ses på kort sikt, svært så tilfredsstillende for alminnelige menneskelige behov. At tvangsmedisinering og annen umyndiggjørende tvangsbruk ofte kan prege behandlingsapparatets holdninger til psykiatrisk behandling i sin helhet, er imidlertid egnet til å utvikle et autoritært, undertrykkende og derved antiterapeutisk behandlingsmiljø, jfr. også Willadsen l.c. s. 112. Og selv om mange vil mene at tvangsmedisinering bare er et middel til å oppnå en behandlingsallianse som grunnlag for andre behandlingstiltak, blir medisineringen istedet en sovepute som hindrer annen behandling, en behandling som også er ulike mer ressurskrevende, både for samfunnet og den individuelle behandler. På denne bakgrunn har jeg kommet til at behandling med nevroleptika mot pasientens protest ikke bør aksepteres. Dette gjelder også kortvarig bruk i akutte situasjoner som ledd i bestrebelsene på å få til en behandlingsallianse, som bl.a. den svenske Socialberedningen. Psykiatrien, tvånget ock rättssäkerheten, SOU 1984:64, har gått inn for, jfr. lovforslagets § 25. (Forslaget har møtt svær motstand fra etablert psykiatrisk hold).

Etter min oppfatning bør heller ikke dette aksepteres. Å ydmyke pasienten vil alltid være en dårlig løsning. Og i de aller fleste tilfeller vil personalet ved å forhandle innsiktsfullt med pasienten på dennes premiser oppnå den allianse man er ute etter, også en allianse som forutsetter bruk av medisiner om dette – alle forhold tatt i betraktning – er det beste, og det pasienten foretrekker. At en slik terapeutisk allianse med pasienten i de aller fleste tilfeller vil kunne oppnås, er nærmere dokumentert i en artikkel i American Journal of Psychiatry 1980 s. 340. Dessuten

må det understrekes at når tvangsmedisinering ikke kan finne sted, vil dette også ha den generelt gunstige virkning at personalet er nødt til å anstrenge seg mer for å vinne pasientens tillit.

De negative virkninger som er beskrevet ovenfor gjør det også betenkelig å bruke nevroleptika overfor andre pasienter enn de som aktivt motsetter seg<sup>o</sup>medisinering. Især gjelder dette alle de pasienter som er uten evne til å vurdere hva de blir tilført. Jeg har imidlertid kommet til å ville legge utslagsgivende vekt på pasientens egen holdning til medisinerung. Så lenge denne er indifferent, eller pasienten samtykker, må medisinerungen kunne gjennomføres såfremt pasienten – så langt det er mulig – er gjort kjent med samtlige virkninger og risikofaktorer ved behandlingen.

#### 9.1.12.2 Tvungen bruk av ECT

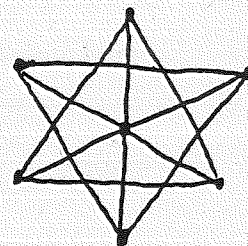
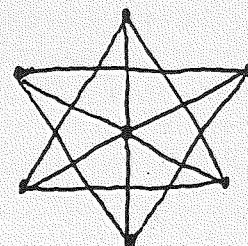
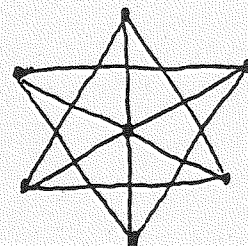
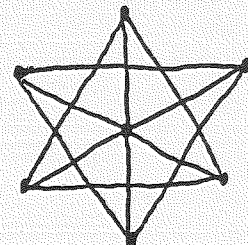
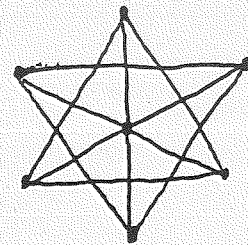
I Ot.prp. nr. 77 (1980-81) side 8 er det uttalt følgende:

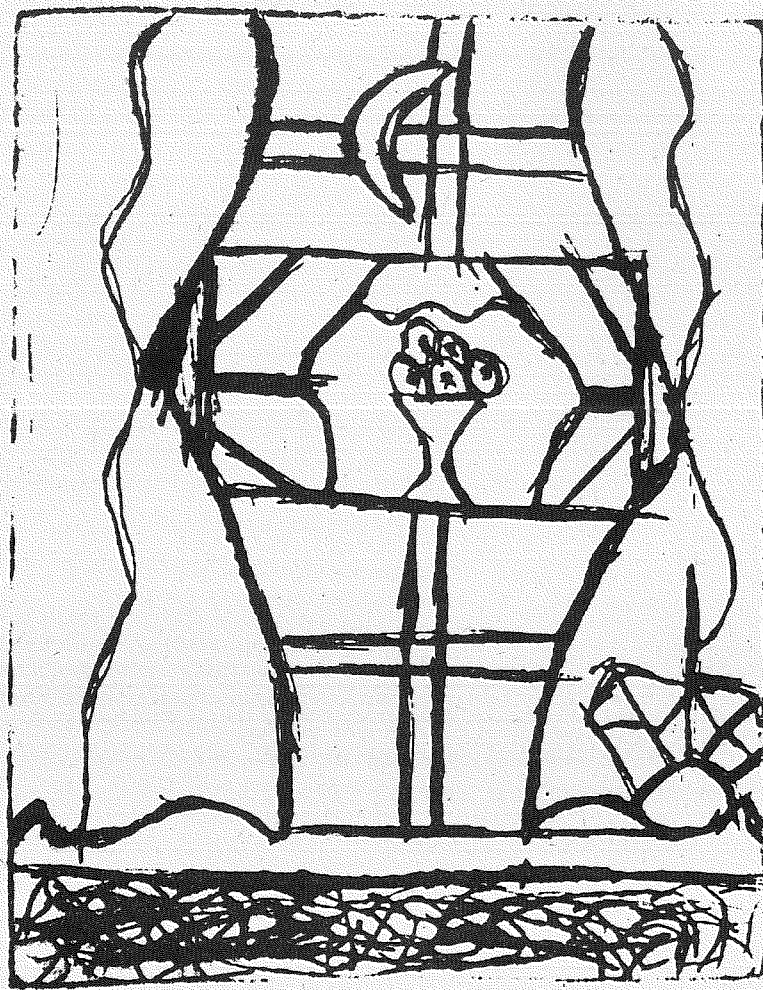
«Enkelte behandlingsformer som ikke bør kunne iverksettes mot pasientens vilje skulle også være klare, det er kirurgiske inngrep i hjernen (lobotomi) som nå ikke utføres i praksis her i landet, og elektroshokkbehandling.»

Det er uklart hva departementet har ment med uttrykket «mot pasientens vilje». Antakelig har meningen vært å peke på at det kreves et uttrykkelig samtykke i disse tilfellene. Utvalgets flertall har imidlertid gått inn for å åpne adgang for bruk av ECT i behandlingssøyemed selv om det ikke foreligger samtykke fra pasienten. Tvungen ECT anvendes såvidt forstås i dag kun som nødrettsforanstaltning hvor det dreier seg om livstruende depresjoner som er utilgjengelige for annen behandling. Som nødrettsforanstaltning vil prinsipielt ethvert middel som anses faglig forsvarlig og nødvendig kunne benyttes – ikke bare ECT, men jeg anser det unødvendig å lovfeste dette. Dessuten kan det være uheldig, idet en slik regel kan invitere til motsetningsslutninger med hensyn til bruken av andre nødvendige midler i tilsvarende situasjoner.

Det spørsmålet først og fremst gjelder, er om det bør åpnes en generell adgang til bruk av ECT i behandlingssøyemed overfor pasienter som ikke befinner seg i en livstruende situasjon, men som har store depressive lidelser og som ikke samtykker til behandlingen, men som heller ikke aktivt protesterer. Etter min oppfatning vil en slik adgang kunne åpne for en udistansert bruk av ECT som vil kunne ha uheldige og skadelige virkninger, både på behandlingssøyemedet og på den enkelte pasient.

Gjeninnføring av ECT som ordinær behandlingsform overfor pasienter med tunge depresjoner bør i hvert fall bare skje såfremt nødvendigheten dokumenteres gjennom undersøkelser eller nærmere underbyggede opplysninger om at det eksisterende forbud innebærer uheldige konsekvenser for pasientene. Slike undersøkelser er ikke foretatt. Jeg er også skeptisk til at beslutningen om bruk av ECT overlates til den enkelte overlegens subjektive skjønn. Behandlingsopplegget bør være tværfaglig vurdert og godkjent.





BJØRN-ÅGE KULBULTEN

"31B" KALENDEREN 1988





Så lenge det er snakk om annet enn livstruende situasjoner, kan det eventuelt vurderes innført en regel på linje med den en del av utvalgets medlemmer har foreslått i § 21 nr. 7, om adgang til å innhente helsedirektørens samtykke i visse tilfeller.

### 9.1.12.3 Annen bruk av restriksjoner og tvang

#### Tvangsmidler

Når det gjelder bruk av tvangsmidler, kan jeg i det alt vesentlige slutte meg til det som ovenfor er uttalt av utvalget. Hvis bruk av psykofarmaka skulle være nødvendig som livreddende middel, vil selvfølgelig alminnelige nødrettsregler hjemle bruken. Det følger imidlertid av min oppfatning om bruk av nevroleptika at slike midler ikke bør brukes som ordinært tvangsmiddel. Unntak må gjelde for så vidt pasienten uttrykkelig foretrekker dette fremfor mekaniske tvangsmidler.

#### Kommunikasjon med omverdenen

Utvalgets flertall er innforstått med at pasientens rett til å sende og motta brev og pakker ikke kan beskjæres. Dette er rettigheter som, når det gjelder utgående post og kommunikasjon med advokat og myndigheter, følger av minimumsstandarden i Europarådets rekommendasjon No. R (83)2 art. 6. Derimot vil utvalgets flertall innskrenke retten til å ta imot besøk og bruke telefon når den faglig ansvarlige finner dette nødvendig av behandlingmessige grunner. Det er imidlertid ingen grunn til å lovfeste slike innskrenkninger. En ting er at de behandlingmessige grunner som gis oftest er utslag av hva behandlingspersonalet tror og synes, uten at dette har dekning i objektivt konstaterbare forhold. Besøksnekting kan derfor lett brukes som negative sanksjoner overfor pasienter eller overfor besøkende som ikke belaster pasienten, men personalet. Vesentlig er også at slike begrensninger ikke har større plass i det tvungne enn i det frivillige helsevern. Såvel i det somatiske som i det frivillige psykiske helsevern gjennomføres besøksbegrensninger hvor dette etter individuell vurdering finnes nødvendig og uten at pasientens samtykke innhentes. Den samme adgang til å innføre besøksbegrensninger, må man også ha i det tvungne psykiske helsevern. Standpunktet innebærer at behandlingsformålet kan begrunne besøksrestriksjoner utover alminnelige husordensregler overfor pasienter under tvungen omsorg omtrent i samme utstrekning som overfor frivillige pasienter. Heller ikke ser jeg noen grunn til å begrense tvangspasientens bruk av telefon utover det som følger av vanlige husordensregler, hensynet til andre pasienters

telefonbruk m.v. Behandlingmessige grunner for å hindre telefonbruk utover dette, er i beste fall særdeles luftige. Selv om risikoen formodentlig er svært ubetydelig, kan det vel ikke utelukkes at kommunikasjon med omverdenen i helt spesielle tilfeller kan medføre tap som bør avverges. Det er klart at personalet i slike tilfeller som ledd i sitt alminnelige omsorgsansvar må foreta det som er nødvendig for å avverge skaden. Hvilken måte dette skal skje på er det imidlertid nødssituasjonen i seg selv som angir. Flertallets uttalelse om iverksetting av generelle, omfattende kommunikasjonsbegrensninger for å

avverge tap fordi dette kan forspille utsiktene til bedring, jfr. uttalelsene til § 21, tar sikte på å gi en behandlingmessig begrunnelse for slike inngrep. Dette er etter min oppfatning en søkt og uakseptabel konstruksjon. Slike generelle inngrep vil for øvrig være i tvilsom overensstemmelse med art. 6 i den ovenfor nevnte rekommendasjon fra Europarådet.

#### Kommunikasjon med andre pasienter

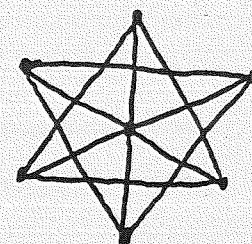
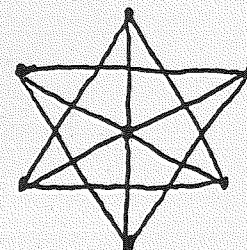
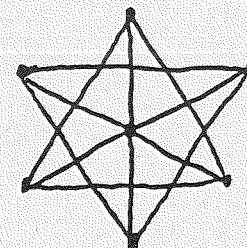
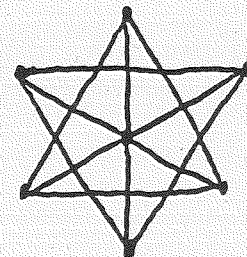
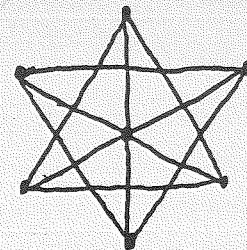
En annen viktig interesse for tvangsinnlagte pasienter er muligheten for kommunikasjon med andre pasienter. Denne muligheten kan avskjæres gjennom bruk av tvangsmidler. Imidlertid regnes ikke innesperring på skjermede avsnitt eller på eget rom med personale til stede som tvangsmiddel. Begrunnelsen er at dette skjer i behandlingmessig øyemed for å skjerme urolige pasienter for inntrykk, og dessuten er så ressurskrevende at det bare kan tenkes brukt hvis det er absolutt nødvendig. Regler som sikrer pasienten mot overgrep skulle derfor være upåkrevet. De behandlingmessige indikasjoner for slike restriksjoner vil ofte være usikre. Formodentlig er det ofte hensynet til øvrige pasienter som begrunner skjermingen. Vesentligere er imidlertid at pasienten selv kan oppleve det som meget tyngende å bli fratatt muligheten for å kommunisere med sine medpasienter. Retten til kommunikasjon med medpasienter bør fastslås uttrykkelig. Selv om det muligens kan være riktig at skjerming på eget avsnitt eller på eget rom med personale til stede neppe vil bli brukt i utrensmål, er det et inngrep som bør være tidsbegrenset og kunne påklages til kontrollutvalget.

#### Flytting

Flytting innenfor samme institusjon eller overføring til annen institusjon kan også oppleves som svært tyngende av den pasient det gjelder. I utvalget er det enighet om at overføringsvedtak skal bringes inn for Kontrollutvalget. Dette må også innebære at overføring ikke faktisk kan finne sted før saken er behandlet av utvalget.

Flytting av pasienter mellom avdelinger innenfor samme institusjon kan være begrunnet i administrative hensyn, rasjonell utnyttelse av personale, sengeplasser m.v., eller i behandlingmessige hensyn, overføring til lettere avsnitt ved bedring osv. Men flytting forekommer også som sanksjon overfor uønsket adferd. F.eks. var det ved Reitgjerdet vanlig å anvende flytting som disiplinære sanksjoner. Flytting mot pasientens protest er et svært belastende inngrep som det skal meget tungtveiende grunner til å gjennomføre, og jo mer tungtveiende dess lenger pasienten har oppholdt seg i avdelingen. Flytting som disiplinær reaksjon er uakseptabelt. Derimot vil behandlingmessige og administrative forhold kunne tilsi flytting, herunder også at det utvikles forhold pasientene imellom som virker sterkt negativt på behandlingstilstanden. Vedtak om dette bør imidlertid kunne påklages til kontrollutvalget.

Lovutkastet er trykket i NOU 8/1988 (Norges Offentlige Utredninger), og kan kjøpes, evt bestilles, for kr 43,60 hos de fleste bokhandlere. Organisasjoner og andre som ønsker å komme med høringsuttalelser kan få den gratis tilsendt fra departementet.



KVINNEKAFÈ - PÅ "31B"

"31B"

Kvinnekafèen på "31B" er en av de aktivitetene som har eksistert lenge på stedet, og som har stor oppslutning. Vi møtes hver onsdag kl. 13.00 i Galleriet - det ligger ut mot gata (Grønlandsleiret), og rett overfor Grønland Kirke. Det er lett å få øye på oss gjennom et digert vindu!

Tidligere år har vi drevet på med å strikke store, varme lappetepper, brukttøysalg, og enkelte ganger har vi gått på kino, kafè, eller i billedgalerier.

Det siste året har vi brukt mest til å samle dikt og andre "skrive-rier" som vi nå har gitt ut i en samling: "Kakofoni". Det er elleve av deltakerne på Kvinnekafèen som har skrevet i boka - og tre har laget illustrasjoner. Vi er veldig stolte av denne samlingen - og selger den med glede! (Kr. 40.00)

Kvinnekafèen starter alltid med en halvtime med frimodige ytringer - vi drikker kaffe, og spiser kaker eller frukt. Så går vi ofte over til et mer fast tema - alt etter hva som er aktuelt og vi som deltakere har behov for å snakke om. Noen ganger kan det være generelt om det å være kvinne eller psykiatrisk pasient i vårt samfunn. I vår har vi diskutert forslaget om nedleggelse av Majorstua Aktivitetssenter, og vi har diskutert og protestert på nedleggelsen av skolen på "31B".

Inntil vi har solgt ut alle eksemplarene av "Kakofoni" kommer vi nok til å snakke en del om det også. - Vi har forresten planer om å samle sammen til en bokutgivelse til - så har du noe du vil ha med, kan du komme eller sende det til oss i Kvinnekafèen!

Her er noen grunner deltakere på Kvinnekafèen nevner om hvorfor de går på Kvinnekafèen:

- Det er viktig at vi får lov til å være kvinner sammen - vi har problemer menn ikke har.
- Kvinnekafèen fungerer tilfeldig, og praten går fritt.
- Kvinnekafèen er ikke politisk i betydning parti-politisk.
- Det er viktig at vi bryr oss om det som skjer i samfunnet - det angår jo oss selv. Vi må bruke mulighetene vi har til å påvirke i den retningen som tjener oss.

Hvis du vil besøke oss trenger du ikke å ringe for å avtale først. Vi er glade for å se deg - enten du har med noe du har skrevet, vil prate eller bare sitte stille og være sammen med oss!

Hilsen Kvinnekafèen på "31B"  
v/ Marit



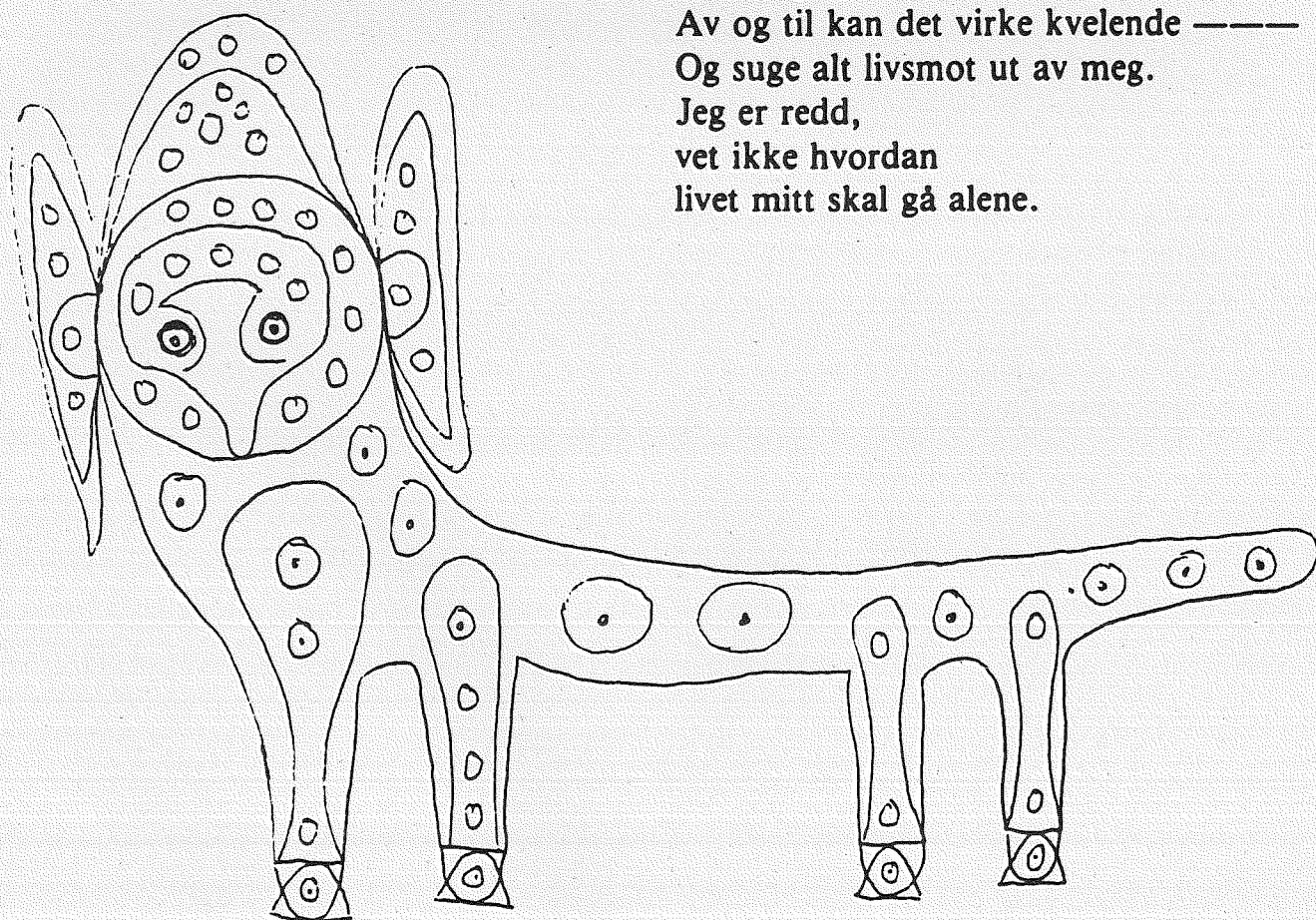
„318”

Anne Kari Bjørndalen:

### Hjemløshet

Av og til ser jeg inn  
gjennom vinduet  
til en stue  
full av mange lys,  
der mennesker sitter i sofaen  
og ler sammen.  
Og jeg vet at hvis  
jeg hadde vært på en annen måte,  
da kunne jeg vært en av dem,  
og sluppet å stå ute på gata  
og fryse i vinterkulda  
og bare se inn til dem.

Da blir ensomheten  
og savnet så vondt og vanskelig,  
fordi jeg anklager meg selv,  
fordi jeg står utenfor.  
Av og til kan det virke kvelende ———  
Og suge alt livsmot ut av meg.  
Jeg er redd,  
vet ikke hvordan  
livet mitt skal gå alene.



(tegning: Svend-Jarl Eriksen)

Elin Sverdrup Thygeson: "Hvor lenge skal

"318"

Elin Sverdrup Thygeson:

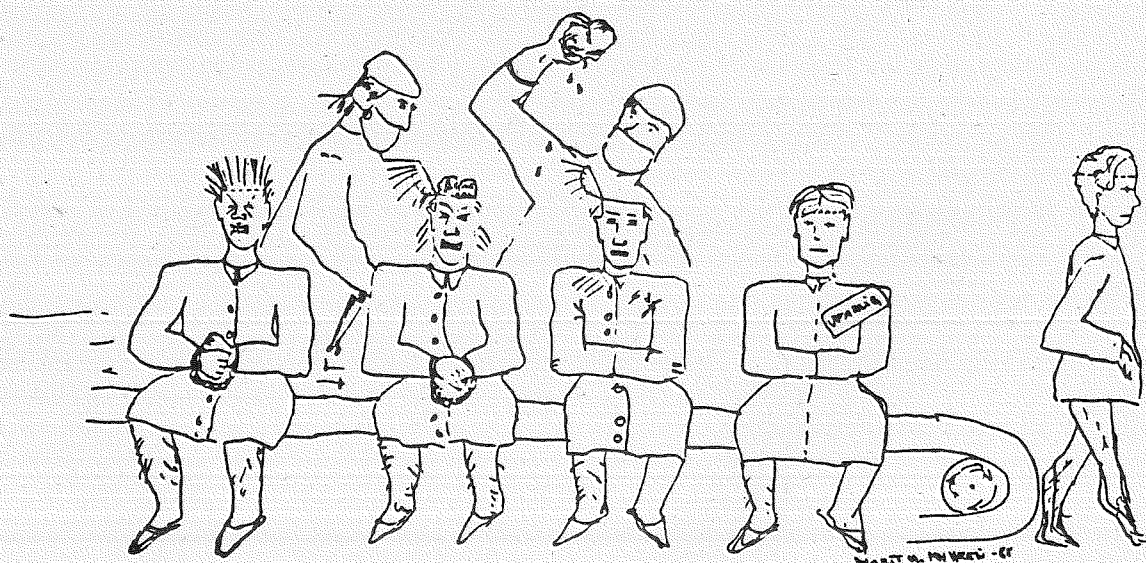
UTEN TITTEL

Maktmennesket  
er vel det første  
en psykiater  
må kurere  
seg selv for

Han må ned  
av pidestallen -  
All sin kompetanse  
og autoritet  
må han gi fra seg -

for å kunne sette  
pasienten i høysetet  
For det er hans rolle  
alt skal dreie seg om -  
om behandlingen skal kunne lykkes

LYKKE TIL!



(tegning: Marit Haug Myhren)



sitte slik i stummende taushet "

## UBESKRIVELIG

Av Elin Sverdrup Thygeson

"318"

Den angsten en føler  
ved å slippe ut  
er ubeskrivelig

Du får slippe ut  
men én ting har du lært:  
Du får ikke slippe deg selv ut

For aldri mer å slippe seg ut  
for da blir du innesperret igjen  
— og kronisk — et vrak for livet

Du har mistet enhver tillit  
til menneskene  
ethvert holdepunkt og tilknytning

Først helvetet og så  
den ytterste ensomhet  
— som den utstøtte du er

Det er ubeskrivelig.

Bilene kjører for fort —  
Menneskene river deg overende

Du klarer ikke holde den farten  
som omgivelsene peser rundt med

Du blir vettskremt, får jernteppe  
blir paranoid, vil løpe og gjemme deg

Men hvor finnes et trygt sted  
noen å være trygge hos .....

— diktene er hentet fra samlingen KAKOFONI - laget av kimer fra  
kvinnekaféen på "31 B".

## BRUKERUTTALELSE FRA HUSMØTET 19.5.88.

Vi hører at skolen har tenkt å trekke seg ut av stedet fra høsten av. En slik avgjørelse vil vi protestere mot. Vi vil videre understreke at skolen har vært med på å gi brukere og stedet identitet. Vi synes at skolen bør være slik den har vært tidligere, hvor det har vært mulig å få undervisning i både teoretiske og praktisk-estetiske fag.

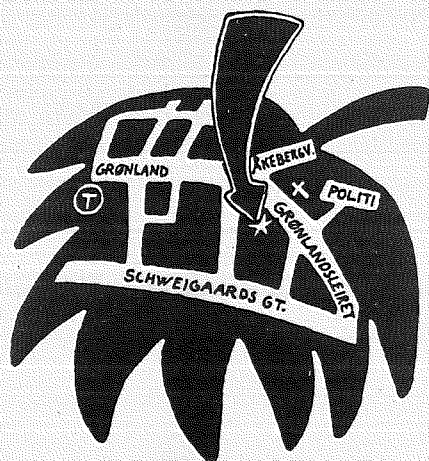
Vi ser skolen som et viktig tilbud på stedet. Dersom skolen forsvinner, vil det bety et stort tilbakeskritt for stedet som helhet. For noen vil det bety at de blir uten skoletilbud, fordi f.eks. Gamlebyen ikke er noe alternativ. Å ha skole i sitt eget miljø, kan bety mye, bl.a. for dem som har negative erfaringer fra tidligere skolegang.

Brukerne sier videre:

- Mentalt mord å legge ned skolen her på stedet.
- Vi trenger skolen i høyeste grad.
- Hvorfor legge ned noe som er all right?
- Matematikk f.eks. opplever jeg å få mere støtte og hjelp i her, fordi jeg har angst for skoler.
- Gamlebyen og "31B" burde samarbeide slik at det blir et helhetlig tilbud med undervisning på begge steder.
- Grunnen til at jeg kan bruke Gamlebyen, er at jeg har blitt kjent med skolen og lærerne på "31B".
- Språk, matematikk og tegning er bra på "31B".
- Når jeg ser skolen (Gamlebyen), får jeg angst. Undervisningslokaler i 2.etg. ville være bra.

Vi arbeider for at "31B" skal få overta lokalene i 2.etg. En slik utvidelse av "31B"s lokaler vil bety mye for skolens elever og ansatte med hensyn til arbeidsforhold. Dette synet har Kongsskogen skole støttet oss i, bl.a. med brev til ledelsen på Dikemark sykehus i desember 87. At skolen nå trekker seg ut av stedet, virker som en motsigelse på dette arbeidet og det arbeidet som er blitt nedlagt gjennom tidligere år.

Dette brevet er formulert ut fra brukeres uttalelser på Husmøte den 19.5.88.

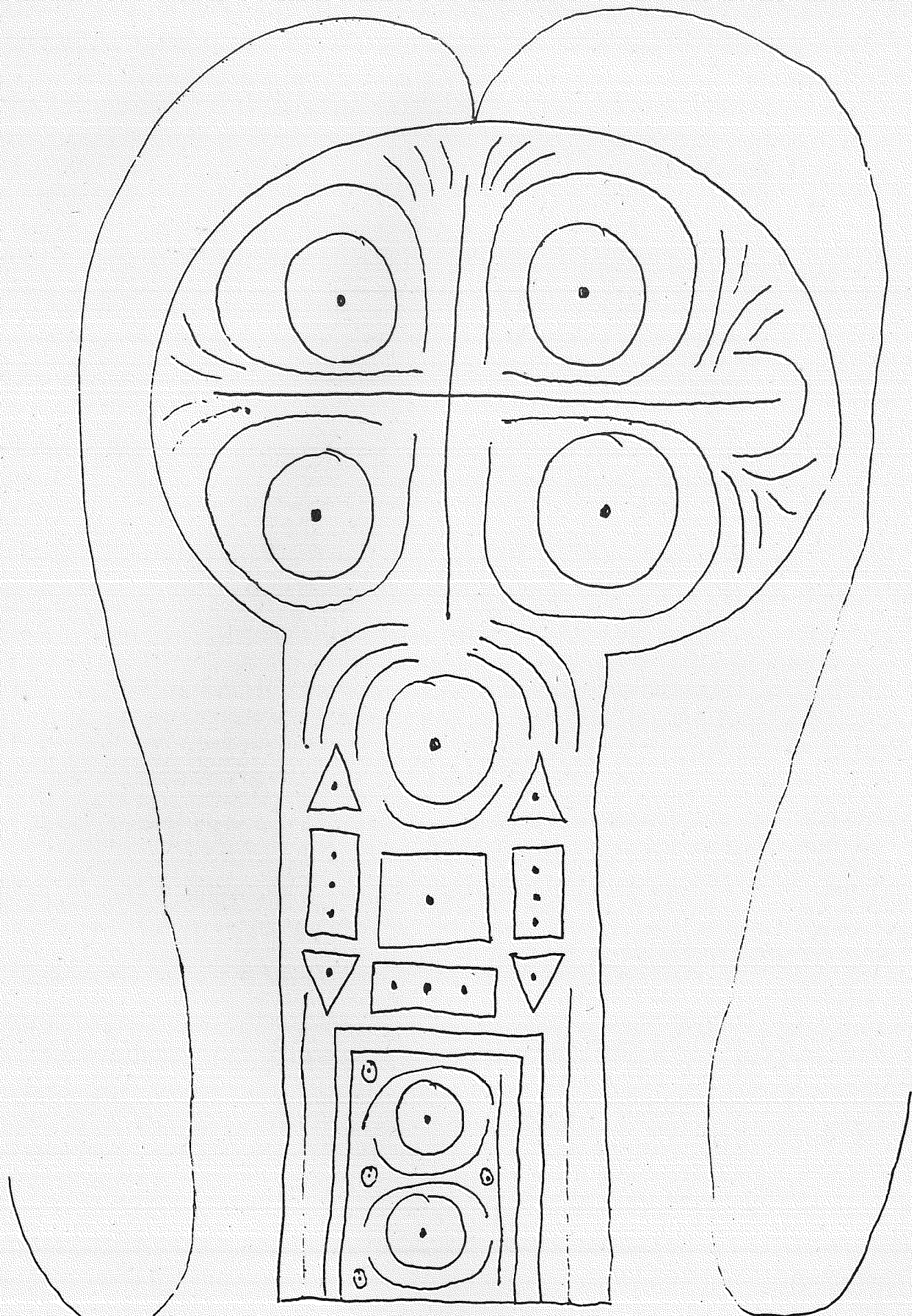


På vegne av Husmøte

*Janit Mathiesen*  
Møteleder

“31B”





(tegning: Svend-Jarl Eriksen)

# DET KAN IKKE HENDE HER

Arild Feldborg

A:

Sitt ned, kjære kollega. Hvordan står det til?

B: (avmdlt)

Takk, bare bra.

A:

Bra - sier De bra? Hvorfor tror De da De sitter her?

B:

Det må De vite best selv, professor.

A:

Ja, fordi De ikke er bra - slett ikke bra. De er fremstilt her til frivillig mentalundersøkelse.

B:

Absolutt ikke! Jeg ble bragt hit av to politimenn.

A:

Transporten har jeg intet med. Selve undersøkelsen er frivillig - det motsatte ville stride mot Deres egne interesser - kjære kollega.

B:

Jeg føler meg fullstendig frisk! Jeg ønsker ingen mentalundersøkelse.

A:

Da blir den altså tvungen - synd.

(I diktafon.)

Pasienten reagerer med angstsymptomer på forslag om mentalundersøkelse. Fobi - spørsmålstejn.

B:

Hva i all verden er det De sier?

A:

Ingen ting - jeg dikterer.

B:

De kaller meg pasient!

A:

Alle her er pasienter. - Men hvis det plager Dem, kan jeg si P. isteden. La meg minne Dem om - kjære kollega - det er en gammeldags fordom at sinnssykdom er noe å skamme seg over. Det kan ramme oss alle.

B:

Selvfølkelig vet jeg det, men...

A: (avbryter)

Det gleder meg oppriktig. - Ja, det var denne artikkelen Deres. - De har skrevet en artikkel hvor De sterkt angriper Staten for dens fiskeripolitikk. - Fiskeripolitikk!

B:

Ja, og hva så?

A:

Det er nokså langt utenfor Deres egen fagkrets, ikke sant?

B:

Emnet interesserer meg. Min far var fisker.

A:

Men De er psykiater. Sånn mellom kolleger - er De ikke enig i at dette tyder på en spaltet personlighet?

B:

Spaltet?! Hør her, jeg skriver dikt også. Jeg spiller fløyte, jeg strikker, og jeg er meget opptatt av...

A:

Stopp - stopp! Si ikke mer, De sitter jo og forteller meg at De ikke bare er spaltet - men tre-, fire-, femspaltet - minst! (Dikterer.)

Mulighet for fullstendig oppløsning av personligheten - schizofreni - spørsmålstejn.

Tilbake til artikkelen. - Er De klar over at den er sterkt injurerende mot Staten?

B:

Det er mulig. Urettferdighet opprører meg sterkt.

A:

Og at De risikerer fengselsstraff?

B:

Det kan jeg ikke ta hensyn til.

A:

(Dikterer.)

P. regner seg for hevet over loven. Paranoia - spørsmålstejn. Kjære kollega, det er derfor De er her. Vi vil beskytte Dem. De er en fare for Dem selv og Deres nærmeste.

B:

På hvilken måte, om jeg tør spørre?

A:

Blir De fengslet, kan De jo ikke forsørge Deres familie.

B:

Dette er jo fullstendig absurd! Jeg akter ikke å la meg legge inn her!

A:

(Dikterer.)

P. ignorerer den virkelige situasjon - dårlig tilpasning til de konkrete omstendigheter. - Si meg, har De også sendt denne artikkelen Deres til utenlandske aviser?



**B:**  
Hører et slikt spørsmål hjemme i en mentalundersøkelse, professor?

**A:**  
I psykiatrien er vi interessert i alle menneskelige forhold, ikke sant? Jeg minner om statsministerens ord om at man ikke skal skite i eget reir. Nå?

**B:**  
Min artikkel er blitt sitert i utlandet.

**A:**  
Vel. La oss være enige om en ting, kjære kollega, med Deres meget splittede personlighet ...

**B: (avbryter)**  
Oppriktig talt, professor, De kommer ingen vei med denne personlighetsspaltningen. Får jeg minne Dem om Fridtjof Nansen - han var oppdagelsesreisende - havforsker - biolog - diplomat - statsmann ...

**A: (avbryter)**  
Han var uten tvil spaltet.  
(Dikterer.)

P. sammenligner seg med Fridtjof Nansen - paranoia punktum.

**B:**  
Det har jeg aldeles ikke gjort!!!

**A:**  
... og kommer i sterk affekt.  
- Ja, da er vi vel på det nærmeste ferdig.

**B:**  
Mener De at jeg kan gå?

**A:**  
Kjære kollega, De har jo selv skrevet i en av Deres lærebøker at bare erfarne psykiatere kan oppdage tidlige stadier av sinnssykdom.

**B:**  
Ja, det har jeg - selvfølgelig.

**A:**  
Men da vet De vel også at de ikke kan oppdage dem hos seg selv? De aner ikke om De er sinnssyk eller ikke - så objektiv må De da være.

**B:**  
I teorien er det riktig ...

**A: (fornøyd)**  
De innser altså at De er gal?

**B:**  
Nei. Nei - Nei!

**A:**  
Synd. Hadde De gjort det, ville jeg sagt De var på bedringens vei. Men når en person ikke kan oppdage at han er gal - da er han virkelig gal.

**B:**  
Hva er dette for forskrudd logikk. Vær ærlig, professor, virker jeg på noen som helst måte sinnssyk?

**A:**  
(Dikterer.)  
P.'s tilstand er ledsaget av en ytre sett korrekt og naturlig oppførsel. Slutt.

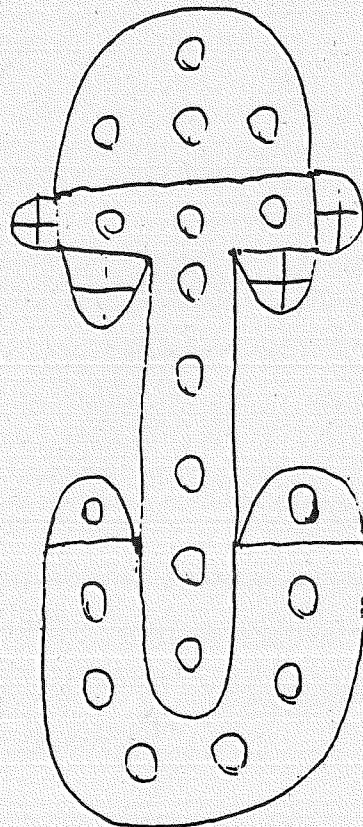
**(Til B.)**  
Kjære kollega, min konklusjon blir at De i lang tid har vært sinnslidende, men at det ved forstillelse har lyktes Dem å simulere normal.

**B:**  
Dette er jo vanvidd!

**A:**  
De har fullstendig rett - kjære kollega. Unnskyld et øyeblikk.  
(Hustelefon)  
Diakon, vår pasient ønsker å legge seg inn frivillig her. Kan De vise ham til mannsavdelingen ...

**B: (skriker)**  
Nei - Nei! Jeg gjør det ikke!

**A:**  
A, diakon, det er best at dere kommer begge to.  
(Til B.)  
Lykke til, kjære kollega - for Dem skal vi gjøre alt som står i vår ... makt.



# Anne Sexton

ble født i Massachusetts i 1928. Hun døde 46 år .Hun debuterte med diktsamlingen "To Bediam and Part Way Back" etter to fødsler ,to selvmordforsøk og lengre innleggelseser på psykiatriske sykehus. Diktene hennes handler om piller, galehusrutiner og psykiatere "SOM VANDRER FRA FROKOST TIL GALSKAP" som hun skriver i diktet "Du, doktor Martin".

Den neddopede bevissthet i sykehussengen med metall - sprinkler, elektrosjokk og mokkasinlaging på arbeidsstua, beskriver hun som en lang ørkesløshet mot vanvidd. Diktsamlingene hennes ble til midt i kampen for å overleve eller trenge inn i egen psyke. Amerikanske psykoanalytikere har studert hennes dikt fordi de er "et nesten kronologisk sprengningsarbeid innover" som Wera Sæther skriver i forordet til boken "Kjærligheten, denne røde sykdom" .Wera Sæther har valgt ut dikt fra Sextons produksjon og oversatt dem. Hun skriver "det ble noen dikt av dette menneskets historie ,og kanskje noen av oss kan bruke noen av disse diktene til å leve"

Bente Fønnebø

Anne Sexton;  
Kjærligheten denne røde sykdom  
gjendiktet av Wera Sæther Solum Forlag 1985



ANNE SEXTON

DU, DOKTOR MARTIN

Du, Doktor Martin, spaserer  
fra frokost til galskap. Sent i august  
farer jeg gjennom den antiseptiske tunnelen  
der de vandrende døde fremdeles taler  
om å presse sine knokler mot helbredelsens  
støtpunkt. Og jeg er dronning av dette sommerhotellet  
eller den leende bien på en stilk

av død. Vi står i oppbrutte  
køer og venter til de åpner  
døren og teller oss ved middagens frosne  
porter. Stikkordet blir uttalt  
og vi nærmer oss sausen i våre serker  
av smil. Vi tygger på rekke, tallerknene  
skraper og hviner som kritt

på skolen. Det fins ingen kniver  
å skjære i strupen. Jeg lager  
mokkasiner hver morgen. Først holdt mine hender  
seg tomme, løst fra det lange liv  
da de pleide å slite. Nå lærer jeg  
å innhente dem igjen, hver rasende finger som krever  
at jeg skal sy sammen det som en annen vil rive

i stykker imorgen. Selvfølgeelig elsker jeg deg,  
du lener deg over himmelen av plast,  
guden for vår avdeling, alle revenes prins.  
De knusbare kronene den fyren bar  
er nye. Ditt tredje øye  
beveger seg blant oss og lyser i de adskilte kottene  
der vi sover eller gråter

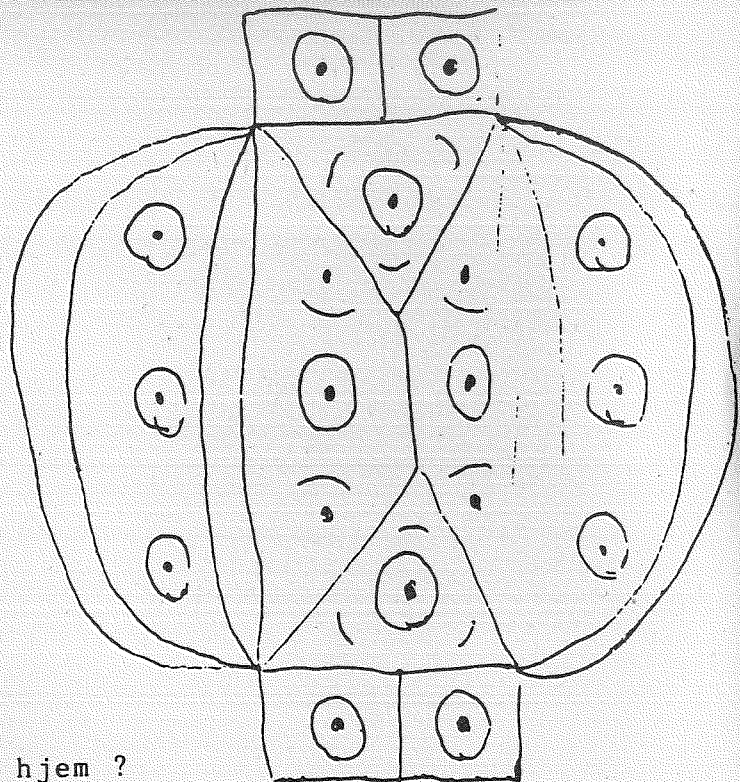
For noen kjempebabyer vi er  
her. På alle punkter vokser jeg mest  
på den beste avdelingen. Din forretning av folk,  
du ringer til galehuset, et orakel-  
øye i vårt rede. Ute i gangen  
følger callingsystemet deg som en pasje. Du snor deg  
i trekken av de slu barna som faller

som floder av liv i frost.  
Og vi er magi som taler til seg selv,  
støyende og alene. Jeg er dronning av alle mine glemte  
synder. Er jeg ennå fortapt ?  
En gang var jeg vakker. Nå er jeg meg selv,  
som teller rad på rad med mokkasiner  
som venter på den tause hyllen.

Anne Sexton:

MUSIKKEN STRØMMER

TILBAKE TIL MEG



(tegning:  
Svend-Jarl Eriksen)

Vent, Mister, Hvor er veien hjem ?  
De slukker lyset  
og mørket rører seg i hjørnet.  
Det fins ingen skilt i dette rommet,  
fire kvinner, over åtti,  
alle med bleie.  
La, la, la, musikken strømmer tilbake til meg  
og jeg kan føle melodien de spilte  
den kvelden de etterlot meg  
i dette privatsykehuset på høyden.

Tenk det. Radioen durte  
og alle her var gale.  
Jeg nøt det og danset i ring.  
Musikken tømmer seg over sansene  
og på besynderlig måte  
ser musikken mer enn meg.  
Jeg mener, den som husker bedre,

husker den første natten her.  
Det var den kvalte kulden i november,  
selv stjernene var fastspent på himmelen  
og den altfor lyse månen  
grov med greip gjennom srossene for å stikke meg  
i hodet med en sang.  
Jeg har glemt alt det andre.

De låser meg fast i denne stolen klokken åtte  
om morgenen,  
og det fins ikke ett skilt som viser veien,  
bare radioen som hamrer mot seg selv  
og sangen som husker  
mer enn jeg. O la la la,  
denne musikken strømmer tilbake til meg.  
Kvelden jeg kom, danset jeg i en ring  
og var ikke redd.  
Mister ?



BENDIK RIIS TIL MINNE

Tidlig i dette året, 1988, fikk vi den triste meldingen om at Bendik Riis er gått bort. Bendik Riis, den berømte maleren som levde store deler av sitt liv på Gaustad sykehus. Dette diktet er skrevet til hans minne.

Vi rakk aldri å møte deg, Bendik,  
vi rakk aldri å takke.  
Men vi vet hvilken kamp du kjempet  
mot omsorgens grusomme ondskap.  
Du rakk å bli anerkjent, Bendik,  
dine bilder ble berømte.  
De pene menneskene liker dine pene bilder  
fra livet utenfor.  
Men vi, som også har opplevd  
psykiatriens raseri,  
vi elsker dine sterke bilder, Bendik.  
Vi ønsker at folk skal se  
elektrosjokkene du malte,  
vi ønsker at folk skal se  
torturen og meningsløsheten.  
Vi vet at du også sloss, Bendik,  
mot de drepene medisinene,  
de som drepte din kunst.  
Vi vet at du gjorde din oppgave, Bendik.  
Vi skal gjøre vår.

Dal, 29.6.1988

Tormod Bakke

" VI GÅR FORBI! "

"RUSSERNE ja, men ikke VI!"-  
sier de - og haster forbi.

"ØSTERLAND ja, men ikke VI!"-  
sier de - og haster forbi.

"ALLE ANDRE ja, men ikke VI!"-  
sier de - og haster forbi.

"VI HJELPER UTLENDINGER, VI!"-  
sier de - og haster forbi.

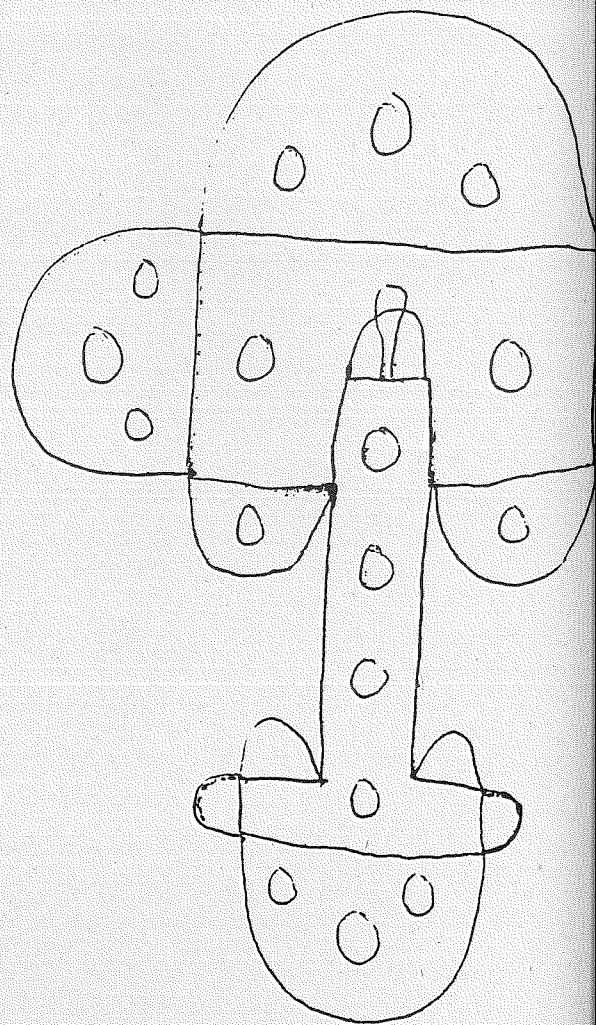
"HVEM får SVI? Ja, ikke VI!"-  
sier de - og haster forbi.

"STOPPE OPP, VI? Nei, TVI!"-  
sier de - og haster forbi.

"VI og DU er jo FRIE, VI!"-  
sier de - og legger til:

"Nei, VI MÅ NOK GÅ FORBI!"

hilsen fra  
Arnold Juklerød



(tegning: Svend-Jarl Eriksen)

## Juklerød kjemper videre

Arnold Juklerød fortsetter sin kamp mot Sosialdepartementet og Gaustad psykiatriske sykehus, etterat Høyesteretts kjæremålsuttvalg for noen uker siden avviste hans anke over lagmannsrettens dom. Han prøver å fremskaffe nye momenter for å få saken gjenopptatt, bl.a. har han politianmeldt et vidne.

Det er overlege Paul Brudal, som for en tid tilbake ble politianmeldt av Juklerød for falsk forklaring i lagmannsretten. Juklerød hevder at legen under sitt vidneprov fortlet opplysninger fra en psykologisk undersøkelse av ham. Politiet har foreløpig ikke ferdigbehandlet anmeldelsen. Resultatet av denne kan være avgjørende for Juklerød i hans streben i å få saken opp for retten på ny.

Spørsmålet om straffesak mot Juklerød etterat han ble anmeldt for å ha nektet å fjerne seg fra Gaustad sykehus, som han delvis okkupererte etter at han ble utakrevet, er heller ikke avgjort. Den psykiatriske undersøkelsen av ham etter anmeldelsen er ennå ikke avsluttet. Det skyldes delvis at Den rettspsykiatriske kommisjon undersøkte den første rapporten av formelle årsaker.



# MORGENBLADET

FREDAG 18. DESEMBER 1987



## Diagnose ikke dom

En rettsstat bygger på endel enkle og ufravikelige retsprinsipper. Tre av disse prinsippene er uttrykt i § 96 i vår egen grunnlov. Det heter der at:

- pkt. 1 Ingen må dømmes uten etter lov.
- pkt. 2 Ingen må straffes uten etter dom.
- pkt. 3 Pinligt forhør (altså tortur) må ikke finne sted.

Dersom en stat bryter med disse tre retsprinsipper, så har vi ikke lenger med en rettsstat å gjøre. Men vi har da en stat som krenker grunnleggende menneskerettigheter. Norge holdes for å være en rettsstat - og det nettopp fordi vi er kjent for å holde bl. a. disse tre nevnte retsprinsipper i hevd.

Et annet grunnleggende retsprinsipp i vårt land er at ingen lov må motstride grunnlovens bestemmelser. En slik lov ville i tilfelle ikke være en gyldig lov, men den ville være en ulovlighet, en *ulov* - altså en forbrytelse i lovs form.

Hvis jeg fortalte deg at vi i Norge har en lov som tillater visse personer etter eget skjønn - og uten rettergang og dom - å sperre andre mennesker inne, og å holde dem innesperret Gud vet hvor lenge, la oss si på ubestemt tid, så ville du sannsynligvis ikke tro meg. Hvis jeg videre påsto at loven også tillot disse personene å ilegge de innesperrede brev- og besøksforbud, ja totalisolasjon for den tid de selv måtte finne rimelig - så ville du helt sikkert ikke tro meg. Og hvis jeg avsluttet med å påstå at det finnes over 6000 mennesker i dette landet som per idag, 1987 - er innesperret på slike vilkår, ja da ville du kanskje stille et spørsmål ved min mentale helsetilstand.

Tortur, sa du. Hva om jeg nå i pur påståelighet tilslutt gav tilkjenne den groteske oppfatningen at det skulle finnes en lov her i landet som gav visse personer tillatelse til å drive smertefulle eksperimenter med forsvarsløse mennesker, gi dem elektriske strømtøt, begå grove legemsbeskadigelser ad kjemisk eller kirurgisk vei - hva om jeg altså påstod alt dette? Denslags *sykelige vrangforestillinger* grenser vel farlig nært opp til det paranoide.

Men dersom jeg nå begynte å skrive ned disse sykelige vrangforestillingene, og dersom jeg begynte å sende dem til diverse myndighetspersoner - ja, da ville jeg ganske sikkert måtte lide av en paranoid psykose. Og hva var vel da mere naturlig enn å få meg tvangsinnlagt på et psykiatrisk sykehus? Det ville man isåfall ha formell hjemmel for etter *lov om psykisk helsevern* av 28. april 1961.

Det ville ikke bli noen rettssak, ingen dom. Jeg ville ganske enkelt bli «tatt hånd om». Av offentlig myndighet, som loven sier.

Jeg ville ikke få noen straff. Jeg ville bli «tatt under kyndig behandling». Jeg ville ikke bli utsatt for tortur. Men jeg kunne risikere å få krampefremkallende og uutholdelig smertefulle nevroleptika. Jeg kunne holdes isolert, med brev- og besøksforbud, på ubestemt tid - etter § 2 og § 5 i loven.

Jeg vil ha full rett til å klage. Jeg kan endog begjære meg utskrevet, etter § 6. «Etter at utskrivning er begjært», heter det i loven, «kan den syke ikke beholdes i sykehuset med mindre overlegen finner at jeg ikke bør utskrives». Overlegen finner... at jeg ikke bør utskrives, «da utskrivning vil forspille utsikten til helbredelse eller vesentlig bedring», heter det i § 6. Jeg blir altså værende der jeg er. Jeg blir tatt hånd om. Jeg er under kyndig behandling.

«Ingen må dømmes uten etter lov». «Ingen må straffes uten etter dom.» «Tortur må ikke finne sted.»

- Men når vi ikke kaller dommen for dom, men for diagnose, og når vi ikke kaller straffen for straff, men for tvangsinnleggelse på ubestemt tid, og når vi ikke kaller tortur for tortur, men for kyndig behandling... da kan vi tillate oss å gjøre det.

Trond Skafnesmo,  
Trondheim

# DIAGNOSE - TIL HJELP ELLER ULEMPE

intervju ved Marie Beate Fjærli

Å sette en diagnose får følger. "Bente" sliter med Anorexia, men på grunn av diagnosen Manisk Depressiv psykose har leger aldri tatt hennes spiseproblemer alvorlig. Som en ytterligere følge av dette, har hun heller aldri fått skikkelig hjelp for disse plagene.

**BENTE:** Diagnosen Manisk depressiv fikk jeg første gang i slutten av 1982, begynnelsen av 1983. Siden da har diagnosen forfulgt meg. Også når det var helt klart at innleggelsesårsaken var noe helt annet. Begynte så å få medisiner for Manisk Depressiv psykose. Men det som virkelig er mitt problem, er Anorexia eller spisevegring.

**MB:** Så legene tar altså feil?

**BENTE:** Mitt hovedproblem er ikke Manisk Depressiv psykose, men Anorexia. Manisk depressive tilbøyeligheter er en følge av Anorexia. Men medisiner jeg får, demper symptomer ved Anorexiaen.

**MB:** Ble ikke dine spiseproblemer tatt alvorlig?

**BENTE:** Nei. Selv den legen jeg går til i dag, omtaler den Anorexia som jeg har, som en bagatell. Han har riktignok aldri sett meg avmagret, men opplevd meg ganske plaget, likevel.

Jeg kan fortelle: Jeg ble innlagt på sykehuset her for Anorexia til øyeblikkelig hjelp. Fikk intravenøst. På utskrivelsespapirene sto det Manisk Depressiv psykose.

Jeg tror nok at mye av årsaken til at denne diagnosen forfølger meg, er at jeg får medisiner for den. Men selv uten medisiner, får jeg denne diagnosen. Ble en gang innlagt for Anorexia uten at jeg brukte medisiner for Manisk depressiv psykose.

Diagnose i følge journalen: Manisk Depressiv psykose...

**MB:** Du har vært innlagt mange ganger?

**BENTE:** Ja, det skal være sikkert. Jeg har vært innlagt 27 ganger til sammen to og et halvt år, dette i løpet av seks og et halvt år. Lengste opphold var på ni måneder. Rekord for innleggelse på et år har vært 11 ganger, en gang utskrevet og innlagt igjen på en kveld.

De fleste ganger har vært frivillig. Ellers en gang etter § 4.2, frivillig tvang. Og da jeg var innlagt i ni måneder en gang etter § 3.

**MB:** Du har brukt mye medisiner? Hvilke og hvor store doser?

**BENTE:** Jeg har brukt et lass de siste 8 år! Hadde jeg tatt døgndosen som jeg fikk før i ett, ville jeg ligget og sovet i 14 dager i strekk!

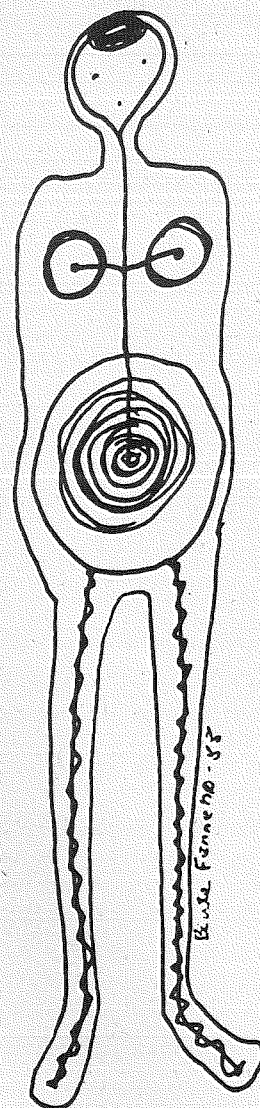
Da jeg var innlagt i Stavanger i de ni måneder som jeg fortalte om, fikk jeg 1025 mg Melleril døgndose. Ellers tok jeg Litarex, Librax, Anafranil, Fluaxol, 50 mg Vallergan og 30 mg. Dalmadorm.

Jeg husker svært lite fra det oppholdet i Stavanger.

Jeg gikk på skole hele tiden og tok seks tentamener.

Kan ikke fatte hvordan jeg klarte det. De ga meg sikkert disse tablettene for at jeg skulle være stille. Ble jo helt sløv.





(tegning: Bente Fønnebø)

MB: Hva bruker du i dag av medisiner?

BENTE: I dag bruker jeg Litarex, seks tabletter pr. dag, Fluanxol 10 mg., Surmontil 175 mg, pluss Thyroxin for lavt stoffskifte, som er en følge av Anorexia.

MB: Føler du at du trenger disse medisinene?

BENTE: Ja. Jeg fungerer bedre med tabletter enn uten. Det vet jeg, for jeg har prøvd å slutte. Humør og sinnstilstand svinger, men det går tålig bra.

MB: Du er ei aktiv jente?

BENTE: Jeg har i allefall ingen fritidsproblemer. Går tre ganger i uken på møter i Frelsesarmeen. Er rekrutt der. Dette har hjulpet meg svært mye.

Ellers leser jeg, og syr bunad på bestilling. Så er jeg leder i lokallaget her i NFMH, og jeg trimmer og går på tysk-kurs.

MB: Hvilke følger har diagnosen Manisk Depressiv fått for deg?

BENTE: Sann i privatlivet har det gått greit. Jeg går jo ikke rundt og opplyser folk om at jeg har denne diagnosen. Når det gjelder arbeid, mistet jeg jobben en gang, men det var p.g.a Anorexia. Men når jeg trenger til innleggelse, møter jeg diagnosen i døra.

MB: Så ingen lege har interessert seg for din Anorexia?

BENTE: Ingen har gått i dybden av problemene.

MB: Du har med andre ord fått krisehjelp og intet annet.

BENTE: Det kan du godt si.

MB: Har du noen teorier selv om årsakene til den Anorexia du har?

Kan du fortelle litt om det?

BENTE: Det kan jeg godt. Da jeg var yngre, turnet jeg mye. Så skulle jeg holde meg slank p.g.a det. Elles ble jeg mobbet for at jeg var tjukk, enda jeg var tynn som en strek. og moren min var etter meg hele tiden fordi jeg hadde sann matlyst. Så da sluttet jeg å spise godt.

MB: Du har fått krisehjelp. Hva slags?

BENTE: Jeg ble sondeforet, fikk næring intravenøst. Så snart blodprosenten var kommet opp på normalt nivå, ble jeg skrevet ut. Fikk aldri hjelp til å komme igang med å spise.

I dag holder jeg problemene i sjakk, men er slett ikke fri for plagene. Har oppøvd en viss sultfølelse og det hjelper

MB: Du har fått hjelp for følgene, ikke årsaken, slik jeg kan se det?

BENTE: Det er riktig. At jeg fikk diagnosen Manisk Depressiv har bevirket at ingen har tatt min Anorexia alvorlig. Jeg har ikke fått den behandling som er nødvendig. Dette har resultert i utallige re-innleggelse.

Andre følger har vært at jeg har blitt innesperret på et lite rom i to uker. Fikk ikke lov til å gå ut av rommet en eneste gang. Hadde en som satt ekstra-vakt over meg som trodde jeg var sprø.

Det var grusomt. Jeg som er så glad i å gå ute i Guds natur. Slik "behandling kan i hvertfall gjøre folk gale.

MB: Dette blir litt utenom din sak, men du sa før intervjuet at Lobotomi har vært brukt "behandlingsmetode" for Anorexia. Stemmer det?!

BENTE: Det stemmer. Elektrosjokk, Lobotomi, Akupunktur, djevelutdrivelse! har blitt brukt for Anorexia helt opp til 1979.

MB: Hvordan kan leger gjøre noe sånt mot mennesker? Har de ikke greie på hva de steller med?

BENTE: Vet ikke. Men skal vi få den behandling vi trenger, må i allefall legene begynne å lytte - virkelig lytte til hva den som søker hjelp selv har å si. Kanskje de der kunne finne informasjon som gjorde at vi fikk hjelp for det som virkelig feilte oss.



# DERFOR startet vi Bare Angst

Det begynte med en artikkel i Bergens Tidende: En ektemann ble anbefalt å forlate sin angstlidende kone. Hun ville for alltid bli en klamp om foten, het det. Skilsmisse var den enkleste og mest effektive løsningen.

Reaksjonene denne artikkelen vakte, førte oss sammen. Vi dannet gruppen Bare Angst.

## Knallhardt

Startfasen var knallhard. Hvordan skulle vi klare å åpne oss og snakke om angsten? Alle var vi krampeaktig redde for å diskutere problemene våre. Men fortvilelsen ble sterkere enn angsten. Sjansen til å åpne seg og aggresjonen som artikkelen vakte, ga oss pågangsmot. Nå sto vi ikke lenger alene — en og en. Vi var blitt flere som kjempet for samme sak. Det ga oss styrke.

## Hjelperne våre

Etter å ha blitt kjent med hverandre, skaffet vi oss et rimelig lokale for møterom og kontor med telefon og telefonsvarer. Snøballen begynte å rulle. Vi kontaktet et variert utvalg fagfolk. Om de kunne hjelpe oss? Alle svarte ja, men enkelte hadde sine forbehold. Viktig for oss i gruppen var det å velge de fagfolk vi selv hadde god erfaring med. I dag har vi en lang liste faste hjelpere: Prest,

psykolog, psykiater, advokat, sionom, homøopat, akkupunktør, tannlege, lege, frisør og sjåførskolelærer. Stusser du på frisøren, tannlegen og sjåførskolelæreren? Ikke hvis du forestiller deg de problemer en angstpasient har med de tilsynelatende enkle, dagligdagse ting.

## «Personlig»

Etter den første, famlende fase, satte vi inn en annonse under «Personlig». Responsen var enorm, og snart var flere samtalegrupper i sving.

Gruppene er blitt kjernen i arbeidet, der hensikten er å gi hjelp til selvhjelp. Ethvert gruppe medlem har ansvar for at gruppen fungerer. Vi opererer ikke med noen form for terapi, og fagfolkene trekkes aldri inn i gruppene. De deltar kun som veiledere og foredragsholdere.

Hver gruppe har sin tillitsmann, som kaller inn til møte. Tillitsmannen har også ansvar for å ta opp ting som gruppen ikke klarer å løse alene.

## I nærmiljøet

Gruppene samler folk som bor nær hverandre. På den måten kan de holde kontakt også utenom møtene. Medlemmene anbefales også å holde telefonkontakt i løpet av uken.

Vi som startet Bare Angst i Bergen, ser det som vår oppgave å føre folk sammen, la dem bli kjent, — for så å overlate resten av arbeidet til dem alene. Etter hvert fikk vi respons på tiltaket: — Det er som om jeg har fått en ny familie, sa mange. Og felles for både oss og andre medlemmer, er at vi har lært mer gjennom gruppene enn gjennom flere års terapi.

## Egeninnsats

Men gruppevesenet passer ikke for alle. De angstpasienter som har kommet for at VI skal løse problemene deres, har falt fra etterhvert. Vi kan ikke tilby terapi. Folk som ønsker det, sender vi istedet videre til hjelpeapparatet. Gruppene fungerer best for dem som har slitt med angst relativt lenge. De er kommet til det stadium der de innser at bekjempelse av angsten krever egeninnsats.

## Pressen hjelp

En av hovedoppgavene våre har vært å spre informasjon omkring angstlidelsen. Før vi kom igang, trodde de fleste at det var bare dem selv og et par andre som hadde dette problemet. Pressen i Bergen var til stor hjelp under denne fasen, spesielt Bergens Tidende og journalist Ruth Holbæk Hansen. Vi ble møtt med forståelse. God oppfølging i spaltene gjorde det lettere for oss å få aksept.

## NRK hjelp

Også NRK kom oss i møte. Høsten -86 var Sosialkanalen på besøk. Denne oppmerksomheten bragte oss ytterligere skritt videre. Etter programmet fikk vi henvendelser fra hele landet. Mange ville starte angst-grupper på sine hjemsteder. Vi hjalp dem med informasjon og erfaringer. I dag er

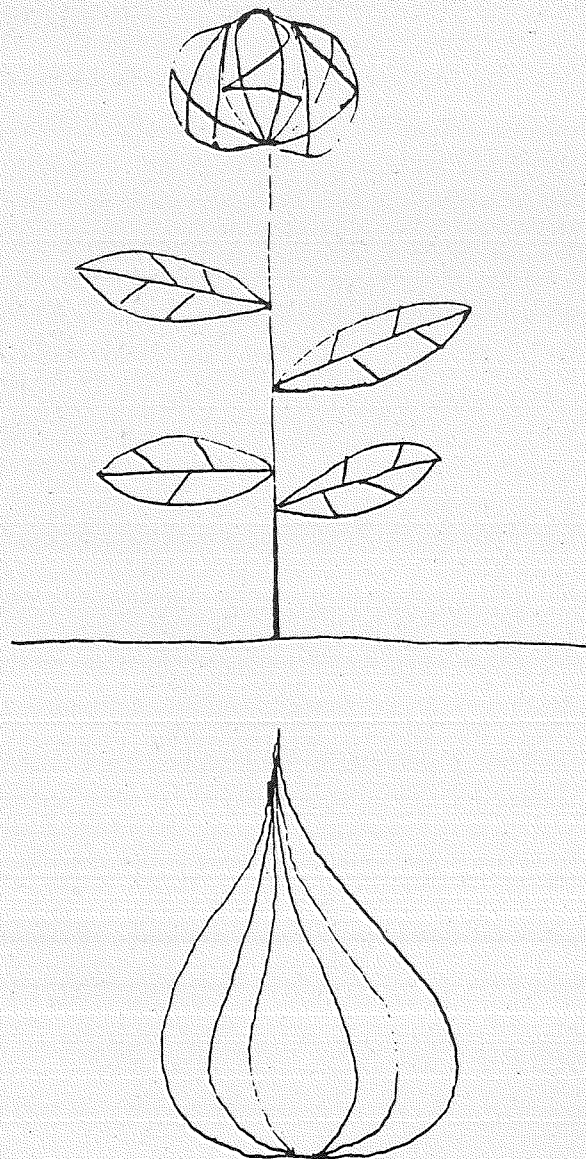
Bare Angst en realitet fem steder i landet. Gruppene jobber ut fra idealisme og felles interesse. Alle bærer navnet Bare Angst, men jobber selvstendig og uavhengig av hverandre.

## Brosjyre

En brosjyre er utformet med henblikk på både angstpasienter og andre. Bergen kommune sa hjelpsomt ja til å trykke opp enda flere da den første bunken forsvant ut til legekontorer, helseentra og andre aktuelle steder.

Vi vil fortsette informasjonsarbeidet og gruppeaktiviteten inntil det offentlige hjelpeapparat er såpass utbygget at vår funksjon er overflødig. Inntil videre står vi angstpasienter sammen for å fremme våre rettigheter overfor et helsevesen som ikke er istand til å hjelpe oss.

(tegning: Svend-Jarl Eriksen)



Løsningen for oss er ikke piller og opphold på institusjonenes røykerom. Løsningen er menneskelig kontakt, sosialitet og terapi. Bare slik kan vi komme ut av angsten. Dessverre er det i psykiatrien som ellers i samfunnet: Hvis man ønsker kvalitet, må man betale dyrt for det. Bare de færreste av oss har råd til å betale det det koster.

Eva Rognvik

## På vei mot et normalt liv

La oss ta frisøren: En hårklipp er for friske mennesker en helt uproblematisk affære. Frisør-besøket kan endog være en stor fornyelse. Men ikke for angstpasienter. Det å sitte i stolen kan fortone seg som det rene helvete. En er livredd for å måtte springe ut før frisøren er ferdig.

Den frisøren vi tok kontakt med, forsto problemet. Han stilte seg til vår disposisjon både før og etter stengetid. Om noen blir dårlig, kan de stikke ut og trekke litt frisk luft, var hans forslag. Hvis det skulle være nødvendig, ville han også stille opp på hjemmebesøk før frisørtimen. Slik kunne de to bli kjent før vedkommende angstpasiert kom til time på vanlig måte. Vi så på dette som et springbrett til et vanlig liv.

Liknende godvilje møtte oss hos sjåførlæreren. Han gjorde det som sto i sin makt for å få til trafikkundervisning trass i angsten. For å møte ham og andre lærere på halvveien, arrangerte vi kurs for de største trafikkskolene i Bergen. Biltilsynet og trafikkløppliktet var også representert. På kurset fikk de vite hvordan angsten arter seg og hvilke utslag den kan gi. Kurset var vellykket, og partene lovet å være behjelpelige.

Videre har vi fått avtale med et helsestudio, der medlemmer av Bare Angst kan komme en kveld i uken for å trene fysikken.

Disse spesialordningene er ikke arrangert for å gi angstpasienter en trygg tilværelse uten utfordringer. Ordningene har istedet hjulpet mange til å komme igang igjen, — til å begynne et normalt liv.



## hvem er vi?

Bare Angst består av selvhjelpsgrupper organisert som uavhengige celler. Hver gruppe finner sin stil og gruppemedlemmene utformer i felleskap hva de vil med sin gruppe, hva de skal gjøre, hvor ofte de skal møtes, og hvor mye kontakt de vil ha med hverandre utover de faste gruppemøtene.

Hver gruppe velger en tillitsmann/kvinne som blir et bindeledd mellom styret og gruppemedlemmene, slik holdes kontakten og kommunikasjonen innad i organisasjonen ved like.

Gruppen Bare Angst sitt styre tilrettelegger gruppens arbeid utad, i tillegg tar styremedlemmene seg av spesialområder som registrering av nye medlemmer, oppstarting av nye grupper, foredragsvirksomhet, studiearbeid, økonomi osv.

Styret består utelukkende av angstpasienter, mange ute av stand til å fungere i vanlige jobber.

## hva gjør vi?

Det viktigste vi gjør er å ta vare på og støtte hverandre. Vi forsøker å løse enkle, praktiske hverdagsproblemer som å finne en frisør, tannlege eller sjåførlærer som forstår og tar hensyn til våre problemer.

Vi er opptatt av å spre opplysning om hvordan det er å leve med angst, derfor har medlemmer i Bare Angst holdt foredrag i Kirkens SOS, sykepleierforbundet, på foreldremøter i barnehager, hos psykologstudenter, for drosjesjåførere etc.

Vi har også gitt ut en brosyre og et tidsskrift. Vi er opptatt av å fortelle om hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Det er desverre vår erfaring at mange tror det ikke finnes hjelp å få eller at piller er den eneste løsningen for vår gruppe. Men vi vet at det finnes andre alternativer enn bare en blå resept i hånden og en beskjed om å gå hjem og ta det med ro.

Desverre opplever vi at enkelte almenpraktiserende leger er lite flinke til å henvise sine angstpasienter videre, enten til privatpraktiserende psykolog eller til psykiater/offentlige poliklinikker.

Vårt ønske er at angstpasienter skal få vite om de ulike behandlingstilbud som finnes. På denne måten kan vi selv i samarbeid med lege/psykolog være med å velge hva som passer best for hver enkelt av oss. Slik kan vi begynne å ta ansvar for oss selv og vår egen utvikling.

## hvorfor er vi med i bare angst?

Vi har selv et angstproblem og vet selv hvilke tilleggslidelser et menneske med angst ofte får. Det verste er at vi alle trodde at "jeg er den eneste som har det slik". Sosialinvaliditet er et begrep vi kjente til og følte på kroppen hver dag. Mange av oss mistet kontakten med vennene våre, noen måtte slutte i jobben, avbryte skolegang og studier.

Vi ble ensomme og isolerte og skammet oss over oss selv. Dette er ikke noe godt utgangspunkt for en positiv egenutvikling. Gjennom Bare Angst har vi fått en større kontaktflate, og vi har truffet andre som har det slik som oss. Vi har sett at andre tilsynelatende vellykkede mennsker også har angst, det har gjort at vår egen angst ikke lengre oppleves så farlig og truende.

Bare Angst, kontakt-tlf i Bergen (05) 34 77 90, i Oslo (02) 28 86 63.  
Redaksjonen i bladet Bare Angst, Sverre Hjeltlandsvei 4 A,  
5031 LAKSEVÅG. Tlf: (05) 33 14 86.

## NORSK PASIENTFORENING

Norsk Pasientforenings formål er å ivareta den enkelte pasients rettigheter og interesser, og å arbeide for generelle pasientrettigheter i samfunnet.

Norsk Pasientforening ble stiftet i 1983 på initiativ av en advokat, og ble de to første årene drevet fra et advokatkontor.

I 1985 ble Norsk Pasientforening reorganisert, og Anne Ording Haug ble valgt til generalsekretær på det første årsmøtet. Det ble opprettet et eget sekretariat august 1985, og fra da av ble Norsk Pasientforening drevet fra sekretariatet. Norsk Pasientforening har således ingen forbindelse med noe advokatkontor. Som juridisk konsulent benyttes jurist ved Universitetet i Oslo.

Norsk Pasientforening har et styre på 6 medlemmer og 2 varamedlemmer. Styret velges for ett år av gangen. Foreningens øverste myndighet er årsmøtet. Generalsekretæren leder sekretariatet og Kontor for pasienthjelp. Sekretariatet har 3 ansatte i 2 stillinger.

Kontor for pasienthjelp ble høsten 1986 organisert i tilslutning til sekretariatet og fungerer som en uavhengig klage- og høringsinstans for pasienter, som møter problemer i helsevesenet.

Enkeltpasientenes rettigheter og interesser forsøkes ivarettatt på et objektivt grunnlag. Så langt det lar seg gjøre gis informasjon og veiledning, slik at pasienten selv kan løse problemene som har oppstått. I en del tilfeller er ikke dette tilstrekkelig, og Kontor for pasienthjelp kommer inn som problemløser og tar aktivt del i saksgangen.

På bakgrunn av vår erfaring med pasientsaker arbeider foreningen med å fremme generelle pasientinteresser overfor statlige instanser som Helsedirektoratet og Sosialdepartementet. I tillegg har Norsk Pasientforening kontakt med helsepersonell og studenter av ulike kategorier, der rutiner og pasientbehandling drøftes. Norsk Pasientforenings oppgave som pasientens stemme utad ivaretas ved et omfattende samarbeid med NRK og pressen. Som en av de nemndene/utvalgene foreningen har et medlem i, kan nevnes Pasient-skadenemnden i den nye erstatningsordningen, som ble etablert 1.1.88.

Med vennlig hilsen

Norsk Pasientforening

Anne Ording Haug

gen.sekr.



## PASIENTHÅNDBOKA

Nina Reiersen

Cappelen 1987

Som pasient har du visse rettigheter og plikter. Hva enten du skal gjennomgå en operasjon, ta en rutineundersøkelse, klage på behandling, eller søke om økonomisk støtte - er det visse regler og forskrifter som må følges.

Skal jeg faste i lang tid før operasjonen? Hvilke opplysninger om meg og min helsetilstand skal sykehuset ha? Når får jeg ta imot besøk etterpå? Hva går en vanlig rutineundersøkelse ut på? Hvor og hvordan skal jeg gå frem for å klage på sykehusets behandling? Hva med erstatning?

Slike og liknende spørsmål kan PASIENTHÅNDBOKA gi en generell innføring i. Boka henviser også til diverse lover som gjelder i sammenhengen. Bakerst finnes en fyldig oversikt over de lover og publikasjoner det kan være nyttig å skaffe seg, samt adresser til interesseorganisasjoner og Fylkeslegens kontor i ulike fylker. Adresseliste også over forbrukerkontorer, sentrale myndigheter og diverse fagråd.

Boka fungerer bra som oppslagsverk. Spesielt adresselistene er nyttige, da du kan henvende deg til de aktuelle personer og instanser som kan gi mer detaljert og personlig orientering for det som gjelder i din situasjon.

Marie Beate Fjørli

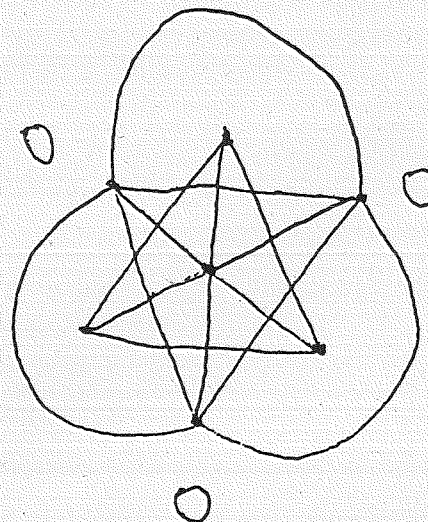


**Bladet tar opp temaer om de grunnleggende spørsmål i samvær mellom mennesker, spesielt forhold mellom voksne og barn**

Arsabonnement:  
Kr. 160,-

Løssalg:  
Foreldreboden  
Arbinsgt. 1.  
0253 OSLO 2

Sinnets Helse  
utgis av  
Mental  
Barnehjelp



OM SOLA

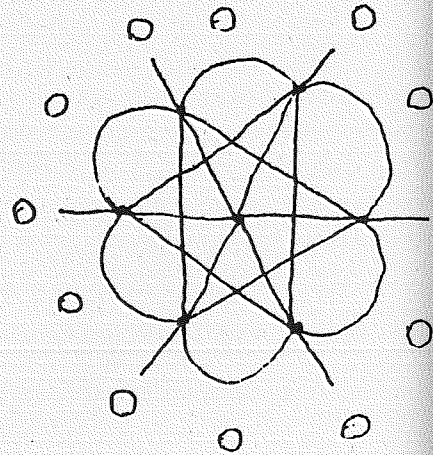
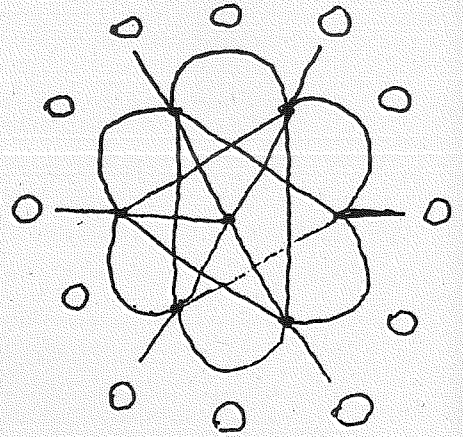
Av Svend-Jarl Eriksen

Sola skinner fra en klar og lyseblå himmel.  
En dobbermannhund viser seg for Svend.  
Den er veldig stilig og vakkør,  
den har en flott og vakker muskulatur.  
Den står helt stille og varer noe.  
Kristus bjeffer nok ikke uten videre, hei.  
Kristus bjeffer bare når det er fare på ferde.  
Hva slags fare da ?  
Kristus kan varsle om noe som er i veien,  
slik passer han på at ingen trår feil.  
Kristus er en fin mann, som er redelig.

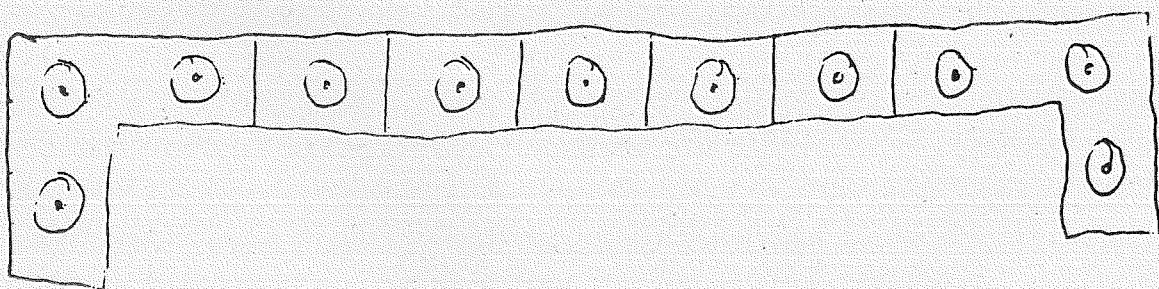
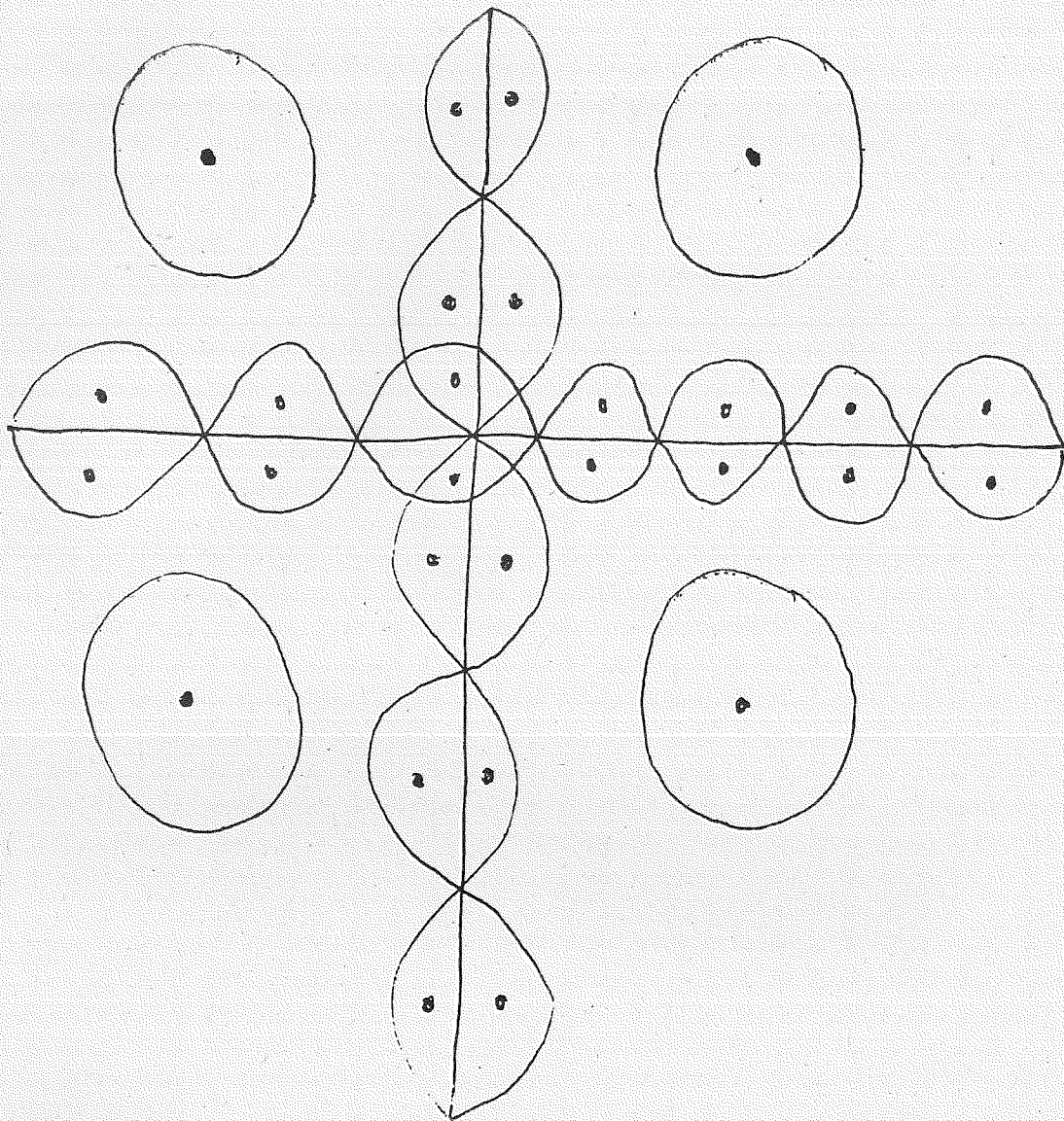
-  
Når sol stod opp.  
Når sol gikk ned.  
Sola viser seg om dagen,  
og månen viser seg om natta.

-  
Sola skinner i Østen, og  
sola skinner i Vesten.  
Den skinner i Nord, og  
den skinner i Syd.  
Sola skinner over alt,  
det gjør månen også.

-  
En and svømte omkring på vannet.  
Et svin gryntet i urskogen.  
En bison gikk og gresset i fjellet.  
En ørn svedde høyt over vidda.  
Et rensdyr mistet sin ham.  
To elgdyr parret seg.







(tegning: Svend-Jarl Eriksen)

V I N D E N   N Y N N E R

Av Truls Moe

Vinden nynner en melodi.

Hvor kommer den fra ?

Fra trærne, fra havet, fra fjellene.

Den visler sakte over hellene,

en sang fra dengang.



Vinterkrigen  
Galskap  
Gatebarn  
Menn som slår

(Annonse)



# En kvinnelig pasients hjertesukk over en psykiater

En mektig hummer krabber mørk og langsam  
ut av havets kjølighet og blar i  
bølgeslagets protokoller.  
De ørsmå ben er tap han overvant engang.  
Et klokt uhyre med senkte hummerklør.  
Så følsomt nærmer han seg meg,  
et mulig menneske.

(Viljeløs og valgløs drev jeg rundt  
og haiket på tilfeldigheter,  
en kjærlighet gav tredjegrads forbrenning,  
jeg var turist i helvete og aldri glad.)  
Jeg sier ham: Jeg lever nå i en elektrisk stol,  
som på bunnen av et hav.

Som og som, forsøker han. Du har angst.  
(Jeg har møtt ham før en gang, på havets bunn,  
under mange atmosfærers trykk.  
Dernede var det lite lys. Vi krøp omkring i drømme.  
Han gjemte seg. Jeg gjemte meg.)  
Hans ørsmå føtter prikker i hver nerve.  
Du har depresjon, forteller han.  
Hummerklørne risper meg med mere angst.

Du trenger . . . sier han. Et lite lyn  
er alt du trenger. Det gjør ikke vondt.  
Så blir du rolig. Angsten blir et arr  
du bare aner.  
Jeg skriker. (Jeg så engang en hummer  
som ble lagt i kjøleskap, halvt levende,  
halvt død, lå den der og glødet, mørk av kulde,  
med lammet nervenett, og ikke redd og ikke glad.)

Nå dør jeg før jeg dør, min fantasi  
blir presset sammen i et punktum,  
et nullpunkt uten liv, mitt hjerte  
hamret til et rolig smykke.

Jeg skrek «Nei!», men all hans mildhet  
overvant min frykt for hjernevask  
og sjokkbehandling. Ja, sa jeg.  
Nå er jeg ingen, men husker ting  
jeg ikke har det minste bruk for.

Fra tidligere psykiater  
Sigurd Haugerud fikk vi  
tilsendt denne artikkelen  
- med tillatelse fra  
forfatteren trykker vi et  
utdrag.

Vi kommer til psykiatriens bundethet i *somatiske forestillinger*. Psykiatrien er i sin nåværende form utgått fra den somatiske medisin. Sykehus er blitt bygget nøiaktig etter mønster av det somatiske, med samme korridorer, skiftestue, sovesaler, skyllerom. Personalet gikk i hvite frakker. Vi helsearbeidere var opplært i somatisk tradisjon, hadde lært anatomi, fysiologi, kjemi, somatisk sykdomslære. Sykdommene var det vi kunne hjelpe pasientene med, og de skyldtes en påviselig defekt eller skade, som kunne være traumatisk betinget, eller infektøs, eller degenerativ. Kunne vi påvise et utløsende agens, og få fjernet en slik årsak, så ble pasienten frisk. - Sykdommen, skadene, bakteriene og mavesåret var det interessante, og sykehuset var templet for vår helbredende virksomhet. Men pasienten ble ofte en litt plagsom, jeg hadde nær sagt bivirkning.

Slike synsmåter holder ikke i psykiatri, i beste fall er de utilstrekkelige. I psykiatri har vi å gjøre med sjelelige reaksjoner på følelseladete konflikter som pasienten ikke har mestret. Slike konflikter vil oftest ha oppstått i pasientens daglige miljø. Derfor er det dit vi må gå for å kunne hjelpe.

Og så er det nokså fortættende å oppleve at mange ser på en depresjon som en depresjon, en angst som en angst, noe vi har piller imot akkurat som vi har piller mot tuberkulose og atrieflimmer. Gi piller mot angsten, sier den farmakologiske industri. hjelp din pasient så han slipper å lide! - Og skynd deg å gi elektriske sjokk til den deprimerte, heller det enn å by henne eller ham en plagsom konfrontasjon med livsforholdene som bevirket sykdommen. Sykdommen? Hvor går grensen mellom naturlig fortvilelse og syk depresjon?

Som nybegynner i psykiatrien var jeg begeistret for elektrosjokkbehandling. Etter den nødvendige sykehistorie og status presens satte jeg pasienten opp til elektrosjokk. Og forbausende mange kom seg raskt, kanskje etter ganske få

behandlinger. Det var ikke det minste rart at elektriske sjokk ble populær behandling. Det store argument var jo at en så effektiv behandling måtte taes i bruk for å hjelpe den stakkars pasienten som hadde det så fælt.

Nå førte jeg ingen statistikk, men merket meg ett og annet suicid etter sjokkbehandling. Dertil kom at jeg aldri fikk egentlig tak i hva som hadde plaget pasienten, - det var jo ingenting å rippe opp i når depresjonen var borte. Omtrent samtidig med at jeg arbeidet ved nevrologisk avdeling i Bergen, kom jeg over litteratur som klart påviste skadevirkninger på hjernen hos dyr som eksperimentelt var påført elektrosjokk. Og en liten tanke snek seg inn: er sjokkbehandling mer en hjelper for legen enn for pasienten? Legen blir stående som den potente trollmann, som både kan anestesere og håndtere sjokkapparatet og ihvertfall for en tid ta bort pasientens depresjon.

Denne formen for behandling ble for meg etterhvert utilfredsstillende og det siste kvarte århundre har jeg ikke brukt den. Det er udiskutabelt at mange psykiatriske manifestasjoner har utspring i somatisk utilstrekkelighet. Vi vet at demens med kognitive og affektive utfall kan skyldes senile hjerneforandringer, at både akutte og kroniske forgiftninger gir sinnslidelser, likeså stoffskiftesykdommer, og der vi kan få tak i slike årsaker og behandle dem og derved komme til målet, er det selvsagt det rette. Men dette må ikke la oss glemme at i de aller fleste tilfelle har vi i psykiatrien å gjøre med sjelelige reaksjoner som har dype røtter fra tidligste barndom, og at det som er vanskeligst for pasienten er blitt fortrent til det ubevisste og nettopp derfor, fordi det er utilgjengelig for en bevisst bearbeidelse, ikke opphører med å utfolde en skadevirkning.

Ut fra dette må nødvendigvis erkjennes at jeg best hjelper min pasient hvis jeg får ham med på å pakke ut den fortrente men sykdomsfremkallende skammen og angsten og skylden, og så med stadig klarere bevissthet hos pasienten bearbeider komplekset sammen med ham.

Sluttelig må jeg komme med den erkjennelse at de sentrale behov hos den psykiatriske pasient er akkurat de samme som mine - ikke stort flere, men heller ikke færre:

1. Et sted å bo, hus, mat, seng og litt penge.
2. Noe å gjøre, en jobb å gå til så han kjenner seg nyttig og har et slikt fast holdepunkt i sin tilværelse. - Og dette er noe vi aldri må glemme når vi skriver ut pasienten!
3. Han eller hun trenger noen å være sammen med («sosialt nettverk»), noen å forholde seg til, kanskje å elske.



Vi har med glede mottatt en rekke leserbrev til SØKELYSET og takker alle hjertelig. Vi oppfordrer samtidig leserne til å skrive, komme med kritikk, tanker og reaksjoner på bladets innhold. Vi tar imot dikt, noveller, prosatekster eller andre aktuelle bidrag.

Vi må ha navn og adresse for å kunne svare leseren, men om dere ønsker det, kan leserbrev o.l. signeres med fikserte navn eller bare fornavn.

Red.

### Psykoseregisteret

I "Søkelyset" nr.1 skriver Tormod Bakke om psykoseregisteret. I den anledning vil jeg oppfordre alle som er/har vært innlagt i psykiatrisk institusjon eller som går/har gått til behandling på poliklinikk tilsluttet en psykiatrisk institusjon, om å skrive til Staten Institutt for Folkehelse, Geitmyrsvn. 75, 0462 OSLO 4. Du har ved forespørsel krav på å få vite om du står i registeret og du kan forlange å bli strøket.

Det er merkelig at Datatilsynet kan gi konsesjon til et slikt register. Det kan ikke på noen måte forsvares, og av personvern- hensyn burde Datatilsynet kreve anonymisering eller sletting av hele registeret. Mange leger har vært sterkt imot dette fordi de mener psykoseregisteret er helt nødvendig av forskningshensyn. Det kan så være, men hva skal man med navn og personnummer i psykiatrisk forskning? Pasientenes vern og sikkerhet må gå foran hensynet til forskningen. Skal psykoseregisteret opprettholdes må det være et krav at navn og personnummer slettes.

Jeg vil oppfordre folk til å skrive til Datatilsynet, Postboks 8177 Dep, 0034 OSLO 1, og til Helsedirektoratet, Postboks 8128 Dep, 0032 OSLO 1, og forlange psykoseregisteret slettet eller anonymisert.

Vennlig hilsen

Kjersti

\*\*\*\*\*

Vi støtter oppfordringen. Grip pennen, forlang å bli slettet fra psykoseregisteret hvis du skulle ha havnet der. Du har rett til det, Som Kjersti skriver; Pasientens vern og sikkerhet MÅ gå foran hensynet til forskningen.

Red.

## Exit NFMH ?

Tillat meg å knytte noen kommentarer til det svar Inger Kurland fra Asker og Bærums lokallag av NFMH ga de 3 i Stavanger som hadde meldt seg ut av foreningen i protest.

Selv var jeg dum nok til engang å frivillig søke hjelp og råd via psykiater, og det har jeg fått svi fryktelig for. Mange av de beste år av mitt liv er helt unødvendig ødelagt.

Som så mange andre tok jeg kontakt med NFMH da den ble dannet- i håp om at jeg via denne foreningen endelig skulle få hjelp til å befri meg fra det tragediens favntak som "psykiatriske pasienter" havner i, og aldri ser ut til å komme ut av ved egen hjelp.

Slik jeg har opplevd det er kollegialiteten blant leger rent uhyggelig klam- ja så ille at jeg har lurt på om den kan føles som en tvangstrøye for noen leger selv. Men feighet og "redselen" blant det øvrige helsepersonell er kanskje vel så vond å oppleve! En pasient som er "sint på" leger, kan visst bare ha det så godt- og hvor store feilbehandlinger og overgrep en stakkars pasient har måttet utstå, synes å være helt irrelevant, det er iallfall så langt fra noen formildende omstendighet! Dette vil jeg nok tro kan ha noe med den nærmest syke tiltro og respekt for helsepersonell/leger å gjøre.

Så var det altså i fortvilelse jeg vender meg til NFMHs tidsskrift SOS med min historie. Men derfra hører jeg aldri et pip -og langt mindre ser jeg noe av dette i SOS.

Men den psykiater som nekter å høre på at jeg ikke er psykisk SYK, som nekter å høre på alt jeg har å si, som nekter meg ALL behandling, og bare vil gi meg piller etter bingo-metoden, får jeg se smilende ta opp store deler av bladet- der han av alle ting beklager seg over de begrensede muligheter til psykoterapi! Jeg har opplevd mye vondt, men dette sved virkelig i hjertet!!

Omkvedet synes stadig å være at om man bare fikk litt mer penger, og fikk endret litt på sykehusstrukturen, ville alt bli så såre godt! Men det vil det nok ikke!

Å nei, det er selve den psykiatriske sykdomsforståelse som er syk- den er rett og slett en bløff, som ødelegger mennesker som er så uheldige å komme i dens vei!

Hva hjelper det f. eks med kampanjer om å snakke om nerver når det er psykiatrien selv som framstår som det største oppsop av tabuer og vrangforestillinger? Hva hjelper det å kjempe mot pasientens fordommer mot å gå til psykiater når psykiaterne straks tar det for gitt at enhver som oppsøker dem er psykisk SYKE og ferdig med det? Hadde jeg beholdt mine fordommer, hadde jeg sluppet å råke ut for dette.

Hva hjelper det å være med i ropet om mer penger til behandling og forskning når det er psykiaterne som har hele makten, og synes å foretrekke piller og el-sjokk? Og hva hjelper

det hele når foreningens eget tidsskrift ikke tør være det rensende salt i såret som det vel burde være?

Slik NFMH har framstått nå i flere år, er det en ren skandale, og framfor alt en dyp tragedie for alle de mishandlede pasienter som er havnet i sumpen.

Så aktualiseres da det klassiske problem om man skal prøve å gjøre opprør innad i organisasjonen eller gå ut og danne alternativer.

Drømmen om at vi alle kan stå sammen og være sterke er sikkert ikke bare min, men det synes dessverre ikke å være så realistisk å få til dette i nær framtid- og i alle fall er det jo helt klart at



styremedlemmer/tillitsvalgte selv må være med i kampen for å få NFMH inn på et nytt spor.

Jeg må hermed oppfordre alle til nå å stikke fingeren i jorda, og forstå at dette er en kritisk og kanskje skjebnesvanger tid i kampen mot den etablerte psykiatris overgrep og galskap!

ONSDAG 22. JUNI 1988

Arbeiderbladet

Øystein Hansen

mishandlet

# Pasienter mister jobben

Av Knut Arne Jensen, Holmlia arbeidsdagssenter

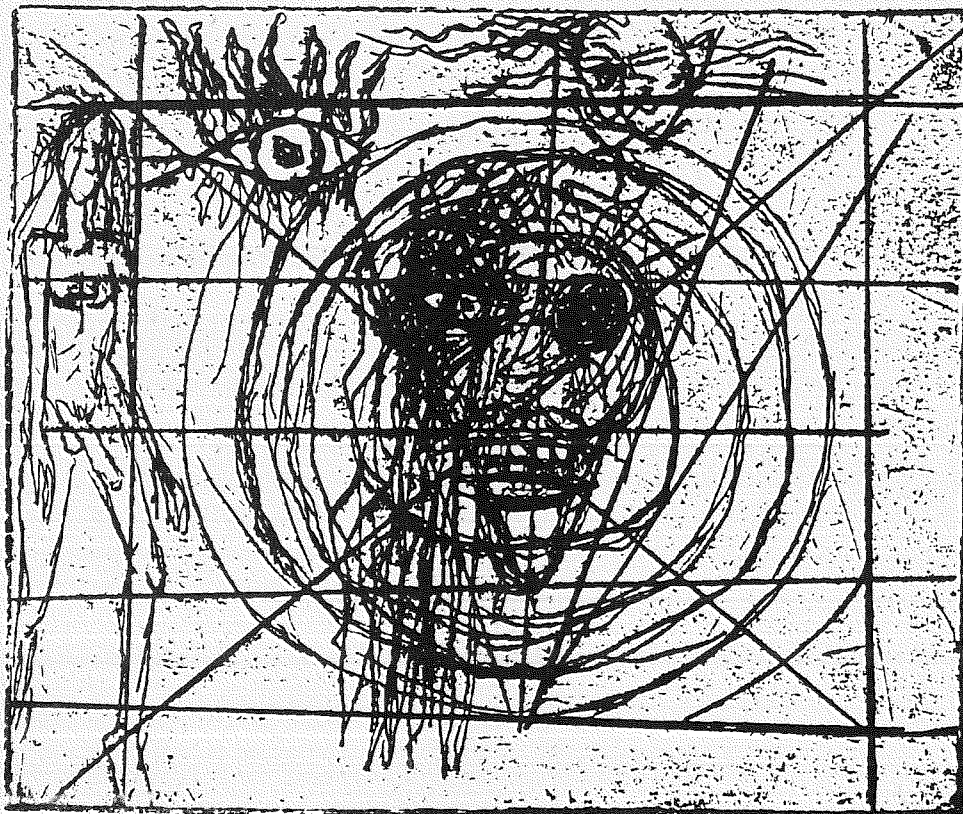
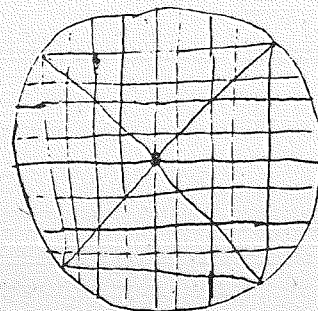
Byrådet ønsker i sitt budsjettforslag å stenge arbeidstreningsprosjektet ved Dikemark sykehus. Dette medfører at 75-100 tidligere psykiatriske pasienter mister jobben ved disse arbeidstreningsverkstedene som ligger på Holmlia og Romsås. Dette fører igjen til at mange av disse også mister sitt liv utenfor institusjonen. Med de kostnadene døgnplasser på sykehus har, blir dette dyrere og i tillegg hindrer det andre langtidspasienter plass.

Disse stedene har individuelle opplegg, tilpasset den enkelte arbeidsevne. Dette gjør at hver enkelt

utfører et arbeid utifra sine egne forutsetninger, hvor de både føler at de er til nytte og også virkelig er det. Dette er en vesentlig del av deres livsinnhold.

En stor del av utgiftene arbeidstreningen har, tjenes inn igjen på de varer og tjenester den utfører. Derfor kan dette betraktes som billig ettervern, og vel kanskje det eneste ettervern i psykiatrien i Oslo hvor penger strømmer den andre veien.

Dette vil man nedlegge med det nye budsjettforslaget. Forstå det den som kan. ■



(tegning: Jan Inge Fjære)



For få dager siden fikk jeg fra Juklerøds venner et eksemplar av Søkelyset, og jeg kan ikke få uttrykt med ord hvor glad jeg er for dette initiativet.

Jeg håper iallfall at man kan få sine innlegg inn der, når man ikke får dem inn i avisene - det står ikke så bra til med ytringsfriheten her i landet dessverre. Når man tar opp maktovergrep innenfor systemet - særlig innenfor helsevesnet/psykiatrien, og kaller en spade for en spade, er det vanskelig å bli tatt alvorlig

Vegetoterapi, som jeg spurte om, er en behandling som går ut på å aktivere det vegetative nervesystem, med massasje og kroppsterapi.

Den var helt fantastisk for meg da jeg gikk der for ca 10 år siden, men så ble jeg nektet den - av psykiatere som var mer interesserte i å gi meg piller - etter bingometoden.

Det er ikke jeg interessert i så lenge jeg vet hva som hjelper, og jeg leter fortvilet etter en ny terapeut.

Jeg sender med penger pr. giro for 2 års abonnement på Søkelyset, og håper å kunne bidra med noe til tidsskriftet.

med vennlig hilsen

Øystein Hansen

### Psykose "forvirret"

Det er ikke for å kritisere, det er jo fritt og skrive om sine tanker og meninger.

Jeg vil bare nevne at psykose, vrangforestillinger, sansebidrag, hallusinasjoner og forvirret, slik som visjoner, telepatisk budskap, påvirke andre med telepati, utsatt for radioaktiv bestrålinger og andre bestrålinger.

Når vi snakker om det utnomsanslige (parapsykologi) slik som visjoner, telepati, radioaktiv strålinger og andre bestrålinger. Vi vet at slikt kan skje, så hvem kan da si at det er vrangforestillinger eller forvirring.

Det som jeg har skrevet er ikke meint som kritikk til noen, men vi må snakke forsiktig så vi ikke henger ut noen.

Psykologer, psykiatere og leger er en stor styrke så om vi samarbeider med dem eller omvendt så tror jeg vi kan nå langt.

vennlig hilsen

Jens





For få dager siden fikk jeg fra Juklerøds venner et eksemplar av Søkelyset, og jeg kan ikke få uttrykt med ord hvor glad jeg er for dette initiativet.

Jeg håper iallfall at man kan få sine innlegg inn der, når man ikke får dem inn i avisene - det står ikke så bra til med ytringsfriheten her i landet dessverre. Når man tar opp maktovergrep innenfor systemet - særlig innenfor helsevesnet/psykiatrien, og kaller en spade for en spade, er det vanskelig å bli tatt alvorlig.

Vegetoterapi, som jeg spurte om, er en behandling som går ut på å aktivere det vegetative nervesystem, med massasje og kroppsterapi.

Den var helt fantastisk for meg da jeg gikk der for ca 10 år siden, men så ble jeg nektet den - av psykiatere som var mer interesserte i å gi meg piller - etter bingometoden.

Det er ikke jeg interessert i så lenge jeg vet hva som hjelper, og jeg leter fortvilet etter en ny terapeut.

Jeg sender med penger pr. giro for 2 års abonnement på Søkelyset, og håper å kunne bidra med noe til tidskriftet.

med vennlig hilsen

Øystein Hansen

### Psykose "forvirret"

Det er ikke for å kritisere, det er jo fritt og skrive om sine tanker og meninger.

Jeg vil bare nevne at psykose, vrangforestillinger, sansebidrag, hallusinasjoner og forvirret, slik som visjoner, telepatisk budskap, påvirke andre med telepati, utsatt for radioaktiv bestrålinger og andre bestrålinger.

Når vi snakker om det utnomsanslige (parapsykologi) slik som visjoner, telepati, radioaktiv strålinger og andre bestrålinger. Vi vet at slikt kan skje, så hvem kan da si at det er vrangforestillinger eller forvirring.

Det som jeg har skrevet er ikke meint som kritikk til noen, men vi må snakke forsiktig så vi ikke henger ut noen.

Psykologer, psykiatere og leger er en stor styrke så om vi samarbeider med dem eller omvendt så tror jeg vi kan nå langt.

vennlig hilsen

Jens

### VÆR HILSET SØKELYSET

Jeg takker for det lys dere vil sette på psykiatrien og de spørsmål dere stiller

Like viktig på Amalie Skrams tid som i 1988 for den som tør se med "søkelysets skarpe lyskaster

de som ikke vil se må vi gi tid og tolmød så vil tiden jobbe med oss Kanskje også Psykiater og Lege, deres medarbeidere også klarer se og den dagen mange nok for øynene opp vil ting komme til å skje

et søkelys vil komme til å lyse opp mørke flekker overgrep vil komme for en dag

det å bli (be)handlet med i psykologisk uforstand og tvang vil bli flyttet som "kinesiske fjell"

til så lenge den dagen da søkelys har opplyst hele landskapet og gjort seg selv overflødig

til da ønsker jeg dere all den fremgang

det er mulig å få

så ta imot min støtte og oppfordring ;

STÅ PÅ FOR MENNESKET

vær hilset

fra en tidligere

PLEIER

Ulf Alstad

24 SIDER

Nr. 2  
April  
1988  
20. Årgang  
Kr. 12

ikkevold

I SALG  
NÅ!

forum for ikkevoldskamp og radikalt fredsarbeid

HOS NARVESEN, BOKKAFÉER OG KOMMISSJONÆRER

**TEMA:**  
**Ulydighetens voktere**  
**— Søkelys på**  
**ikkevoldskrigerne**

**STOPPING THE**  
**WAR**   
**STARTS HERE**

**INTERVJU MED ANDRÉ GLUCKSMANN:**  
*Det 20. århundre står i Hiroshimas og Auschwitz' tegn*

Portrett Sebastian: Vi danser på vulkaner

Vold i hverdagen: Militarisering av barndommen

**JA,** Jeg bestiller herved: IKKEVOLD nr. 2/88. Kr. 15.- (inkl. porto) vedlagt i frimerker.  
Ab. 1988 kr. 125.- betales ved mottagelsen av bladet.

Navn: ..... ADR: .....

ADRESSE: IKKEVOLD, ROSENKRANTZGT. 18, 0160 OSLO 1. TLF. 02 - 42 58 65



# Mer kjærlighet i norsk psykiatri???

Har det rablet helt for undertegnede? Lest for mange legeromaner, kanskje? Ikke så rart om noen trekker litt på smilebåndet - siden kjærligheten er blitt henvist til dameblad og halvpornografiske skrifter.

Med et slikt grunnlag til å tolke kjærlighet, er det forståelig at man rister på hodet og blar videre når man ser en slik overskrift. Men jeg mener det. Virkelig. La meg få forklare:

Kjærlighet i sin dypeste konsekvens er å ville hverandre vel, vise omsorg og offervilje. Det er gode følelser, kjærlig handling og god vilje mellom barn og voksne, unge og gamle, kvinne og mann. Par - kjærlighet (erotisk kjærlighet), barn og foreldre forhold, voksne relasjoner i vennskap og kompaniskap.

Kjærlighet er en beruselse, en oppgave og en kamp. Det er glede, sorg og hverdagsslit i omgang med og mot hverandre. Hva er vel psykiatrisk helsevern annet enn omsorg for mennesker. Skal være, i allefall.

«...at man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske et bestemt sted hen, først og fremst må passe på å finne ham der, hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst». Søren Kirkegaard.

Og hvor er så mennesket som trenger hjelp av psykiatrien. Og hvilken og hva slags hjelp trenger det?

Mennesket - nå pasient - befinner seg sønderkniust, i ensomhet, i angst og fortvilelse på kne i tilværelsen. Ute i kulda midt mellom neonreklamer, TV og ukeblad. Som tilskuer til gode naboskap, kjærlige foreldre, kjærestepar, venner i glad lek. Og inne på asyltet blant leger, sykepleiere og annet fagpersonell. Professionelle hjelperer fra ni til fire. Fremmede fra fire til ni.

Her går de, eller hensleper de sin kropp, knekket av medisiner og ELSjokk. Med en sjel så tom som sosialbudsjettet ved juletider. Omkring dem svirrer fine ord. De dyttes inn i terapier, samtaler, adferdsmetodikk. Samtale: Stor lege - liten pasient. Adferdsmetodikk: Gjør ditt - men ikke datt, slik hr. overlegen har sagt og du skal leve lenge i landet». Men ikke bråk. Smil pent og vask ordentlig i dagligstua.

Kveldens dose med Rohypnol. Byssanull med hard hånd og kjemikalier svimeslår trett kropp og tomt sinn. Bare langt bak, i en fjern fortid, huskes mamas godnattklem. Sykepleierens kinn er utilgjengelig... Gråter du? Store gutter gråter ikke. Sov nå! Natten. Mareritt full av vanskapte barn, nifse hoder, mørk tunnel... Søster, søster...!! Kaldsvett, vetskremt lite menneske dyttes brutalt ned i senga. Ti still - sov!

Hvor er kjærligheten? Den vi leser om i Bibelen, Paulus første brev til korinterne v. 1-13, i Profeten av Kalhil Gibran, finner hos Søren Kirkegaard. Erich Fromm og alle de andre som skjønte litt og fortalte oss om det. Bedre litt godt, enn mye vondt.

Pasienten - fremdeles menneske - trenger kjærlighet. Masse kjærlighet. Store doser. Større enn dem med Trillafoon, og av et annet materiale. Varm hånd mot kinnet. Kjærlig, bestemt stemme som går fra hjerte til hjerte. Disiplin som viser godt ønske, kjennskap og stort håp. Du kan, bare prøv. Forstand med følelse.

Men trøst på veien. Lov til å gråte, skrike, be - inntil en trygg kropp. Kroppsvarme gir energi uten ord. Nestekjærlighet i praksis. Lov til å bli glad i hverandre. Plass til å vise det. Tid og ro til å dyrke sitt menneske på jorden. Respekt for følelsene. Søke inn mot. Være nær. Hos og

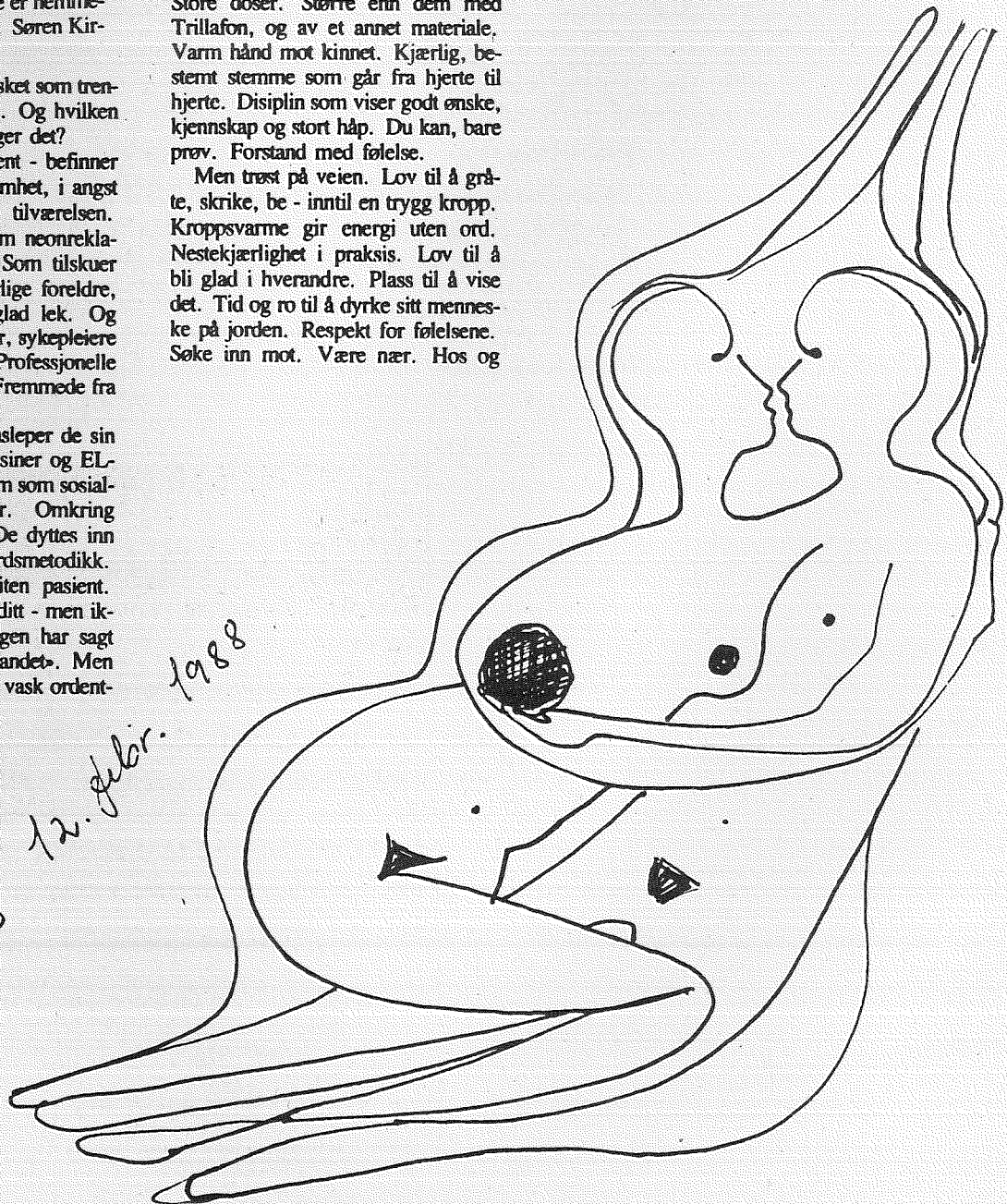
sammen med.

Og når sjelen hjemsøkes av gribber fra den ikke-materielle verden. Når det fysiske nærværende forsvinner i en tåke av blind frykt - er det kahende hjelp i et fast grep om skulderen - et hardt, fast grep gjennom iståka som drar deg opp av gjørma og tilbake til det livet du har her.

Utopi. Kan så være. Men hva skulle vi gjort uten Drømmen, Håpet og Kjærligheten. Også i psykiatrien.

Marie Beate Fjærli, Vingrom

(tegning: Bente Fønnebo)



1988

12. febr.

Morgenbladet



Har det rablet helt for undertegnede? Lest for mange legeromaner, kanskje? Ikke så rart om noen trekker litt på smilebåndet - siden kjærligheten er blitt henvist til dameblad og halvpornografiske skrifter.

Med et slikt grunnlag til å tolke kjærlighet, er det forståelig at man rister på hodet og blir videre når man ser en slik overskrift. Men jeg mener det. Virkelig. La meg få forklare:

Kjærlighet i sin dypeste konsekvens er å ville hverandre vel, vise omsorg og offervilje. Det er gode følelser, kjærlig handling og god vilje mellom barn og voksne, unge og gamle, kvinne og mann. Par - kjærlighet (erotisk kjærlighet), barn og foreldre forhold, voksne relasjoner i vennskap og kompaniskap.

Kjærlighet er en beruselse, en oppgave og en kamp. Det er glede, sorg og hverdagsliv i omgang med og mot hverandre. Hva er vel psykiatrisk helsevern annet enn omsorg for mennesker. Skal være, i allefall.

«... at man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske et bestemt sted hen, først og fremst må prøve på å finne ham der, hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst». Søren Kirkegaard.

Og hvor er så mennesket som trenger hjelp av psykiatrien. Og hvilken og hva slags hjelp trenger det?

Mennesket - nå pasient - befinner seg sønderknust, i ensomhet, i angst og fortvilelse på kne i tilværelsen. Ute i kulda midt mellom neonreklamer, TV og ukeblad. Som tilskuer til gode naboskap, kjærlige foreldre, kjærestepar, venner i glad lek. Og inne på asylet blant leger, sykepleiere og annet fagpersonell. Profesjonelle hjelperer fra ni til fire. Fremmede fra fire til ni.

Her går de, eller hensleper de sin kropp, knekket av medisiner og ELSjokk. Med en sjel så tom som sosialbudsjettet ved juletider. Omkring dem svirrer fine ord. De dyttes inn i terapier, samtaler, adferdsmetodikk. Samtale: Stor lege - liten pasient. Adferdsmetodikk: Gjør ditt - men ikke datt, slik hr. overlegen har sagt og du skal leve lenge i landet». Men ikke bråk. Smil pent og vask ordentlig i dagligstua.

## Mer kjærlighet i norsk psykiatri???

Kveldens dose med Rohypnol. Byssanull med hard hånd og kjemikalier svimeslår trett kropp og tomt sinn. Bare langt bak, i en fjern fortid, huskes mammas godnattklem. Sykepleierens kinn er utilgjengelig... Gråter du? Store gutter gråter ikke. Sov nå! Natten. Mareritt full av vanskapede barn, rufse hoder, mørk tunnel... Søster, søster...!! Kaldsvett, vettskremt lite menneske dyttes brutalt ned i senga. Ti still - sov!

Hvor er kjærligheten? Den vi leser om i Bibelen, Paulus første brev til korinterne v. 1-13, i Profeten av Kalhil Gibran, finner hos Søren Kirkegaard. Erich Fromm og alle de andre som skjønte litt og fortalte oss om det. Bedre litt godt, enn mye vondt.

Pasienten - fremdeles menneske - trenger kjærlighet. Masse kjærlighet. Store doser. Større enn dem med Trillafon, og av et annet materiale. Varm hånd mot kinnet. Kjærlig, bestemt stemme som går fra hjerte til hjerte. Disiplin som viser godt ønske, kjennskap og stort håp. Du kan, bare prøv. Forstand med følelse.

Men trøst på veien. Lov til å gråte, skrike, be - inntil en trygg kropp. Kroppsvarme gir energi uten ord. Nestekjærlighet i praksis. Lov til å bli glad i hverandre. Plass til å vise det. Tid og ro til å dyrke sitt menneske på jorden. Respekt for følelsene. Søke inn mot. Være nær. Hos og

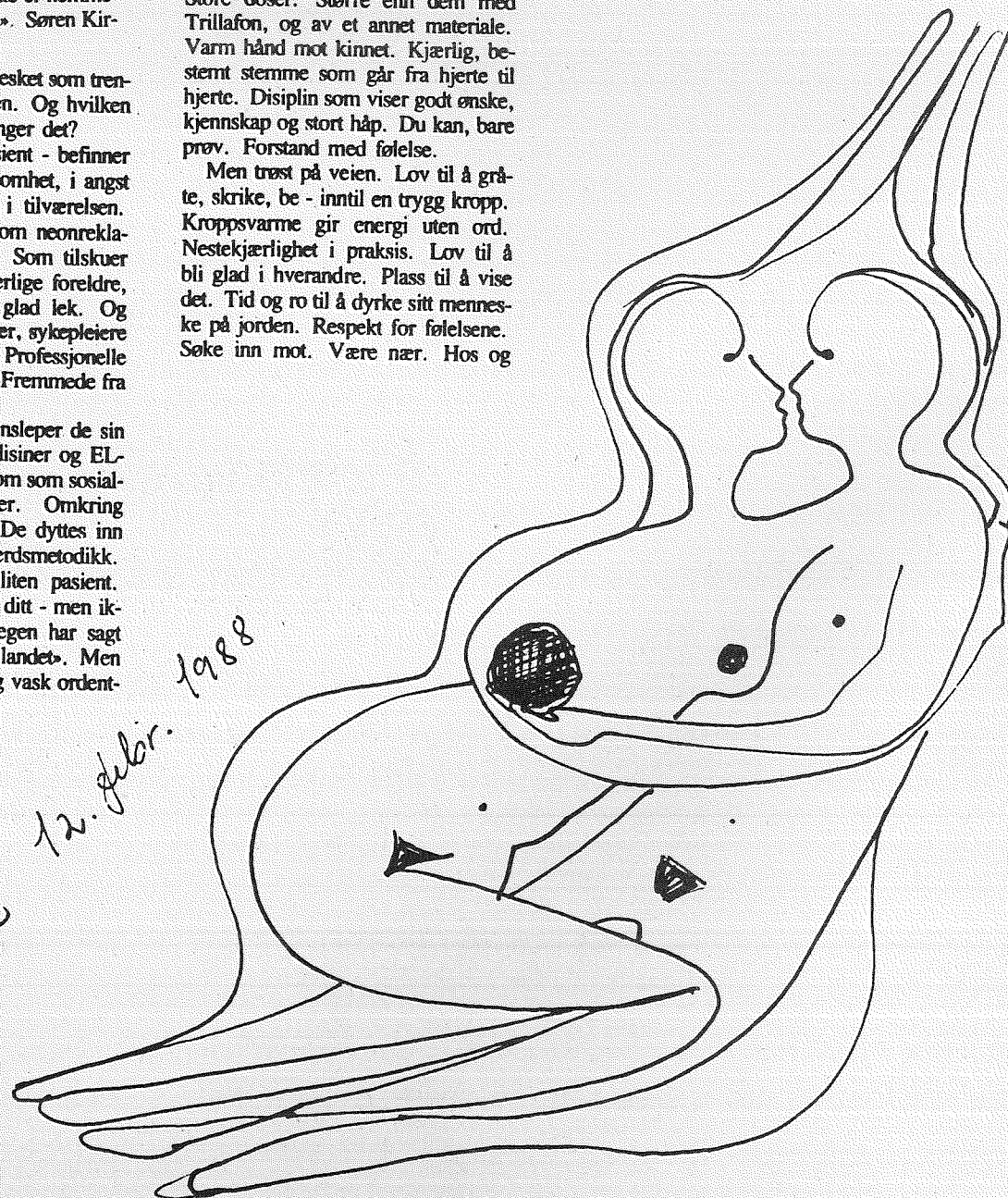
sammen med.

Og når sjelen hemsøkes av gribber fra den ikke-materielle verden. Når det fysiske nærværende forsvinner i en tåke av blind frykt - er det kanhende hjelp i et fast grep om skulderen - et hardt, fast grep gjennom iståka som drar deg opp av gjørra og tilbake til det livet du har her.

Utopi. Kan så være. Men hva skulle vi gjort uten Drømmen, Håpet og Kjærligheten. Også i psykiatrien.

Marie Beate Fjærtli, Vingrom

(tegning: Bente Fønnebø)



## MILJØTERAPI

"Miljøterapi" er et begrep innenfor den mer humane delen av psykiatrien. Det er et alternativ, eller et supplement, til piller, reimer og elektrosjokk. Dessverre er det disse avdelingene som først legges ned når psykiatrien gjennomfører sine sparetiltak.

Hva er det som hjelper ved miljøterapi? De fleste pasienter trekker ikke fram verken arbeidsstue, morgenmøter eller samtaler med legen, men derimot kontakten og støtten pasientene imellom. Så her ligger en antydning om i hvilken retning modellen bør videreutvikles.

Vi fant etter hvert ut at vaskeuke var det triveligste. Både arbeidsstue og samtalegrupper ledet av personalet var lite populært. Vi streiket ikke, men skulket så godt vi kunne, spesielt morgenmøtet. Denne sangen er derfor en idealisering av virkeligheten slik jeg opplevde den, men den kan kanskje være en inspirasjon for andre?

## TERAPIVISE

(melodi: Høvlerivisa)

Her på B-Mann miljøterapi

her er vi åtte mann.

Vi vaske og vi skure vi,

for terapi ska gjør oss fri

og frisk' og raske alle mann.

Refr:

Å, kom med skurefilla, hei, hurra.

Hurra for vaskegjengen her på huse,

som kan jobbe så det suse.

Åtte mann -

med standpunkt til sin stand.

Vårt arbe kalles terapi og det ska va så sunt. Og doktor Lie han berre si at ingen her må ta seg fri før vi har vaske hele huset rundt. Refr: Å, kom med skurefilla --

Men morgenmøtet er no søl, da sitt vi der og glor, mens pleieran dom prate møl om å ha tillit til seg sjøl, dom tror dom e så stor. Refr: Nei, kom med skurefilla --

Nei, neste mårra klokka ni, da ser dom ikke oss. Da byne vi å streike vi, for ska vi nånsinn komme fri, da må vi opp og slåss. Refr: Å, kom med skurefilla --

Nei, vi vil ikke sitte still der på en stol og glo. Så sett i gang med sang og spill, med gitarboogie trår vi til og stemningen er god. Refr: Og kom med skurefilla --

(Tormod Bakke, fritt etter Vømmøl Spelemannslag)

Morgentidblad

12. febr. 1988



## TRENGER DU ADVOKAT ?

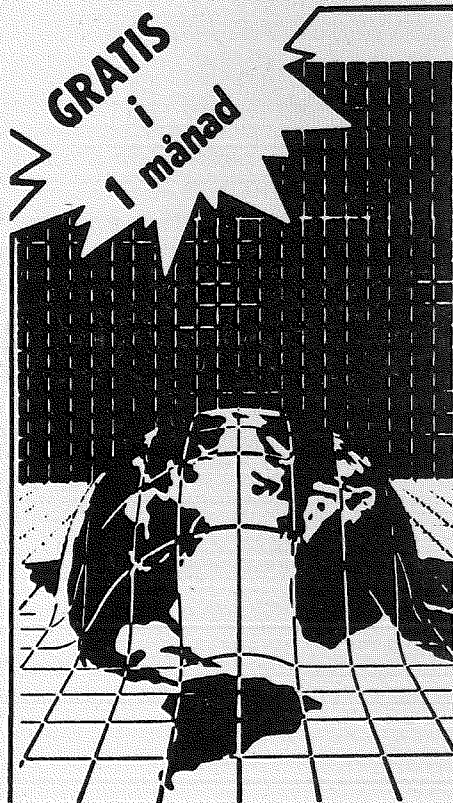
Det kan ofte være vanskelig for tvangsinnlagte å få advokater til å ta saken sin. Dessuten er det mange advokater som behandler slike saker overfladisk. Søkelyset vil anbefale følgende advokater, som alle har erfaring fra saker mot psykiatrien:

Ketil Lund, Storgt 13, 0155 OSLO 1. Tlf: (02) 33 46 00.

Øyvind Solberg, Torggt 10, 0181 OSLO 1. Tlf: (02) 41 06 36.

Tom Torgersen, Ostadalsvn 77, 0753 OSLO 7. Tlf: (02) 52 18 78.

Vi håper å gjøre lista lenger og mer geografisk fordelt til neste nr.



# INNSYN OG OVERSYN

Treng du ei avis som gir deg meir enn overskrifter?  
Prøv Dag og Tid — kritisk og uavhengig vekeavis  
med vekt på:

- Dokumentar- og bakgrunnsstoff
- Humor og gravalvor
- Bøker, musikk og teater
- Politikk og debatt

Ting avisa for eit år eller eit halvår og du får avisa gratis i ein måned i tillegg. *Abonnementet gjeld til det blir oppsagt.*

Til Dag og Tid,  
Karl Johansgt. 13,  
0154 Oslo 1  
Eller ring tlf.:  
02-11 14 55

Ja, eg/vi tingar Dag og Tid

1/1 år for kr 355- + 1 måned gratis

1/2 år for kr 185- + 1 måned gratis

Namn: .....

Adr.: .....



## TRENGER DU ADVOKAT ?

Det kan ofte være vanskelig for tvangsinnlagte å få advokater til å ta saken sin. Dessuten er det mange advokater som behandler slike saker overfladisk. Søkelyset vil anbefale følgende advokater, som alle har erfaring fra saker mot psykiatrien:

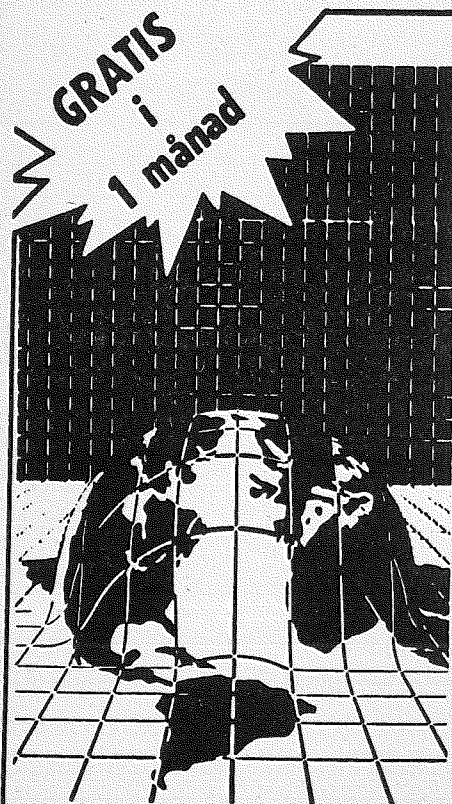
Ketil Lund, Storgt 13, 0155 OSLO 1. Tlf: (02) 33 46 00.

Øyvind Solberg, Torggt 10, 0181 OSLO 1. Tlf: (02) 41 06 36.

Tom Torgersen, Ostadalsvn 77, 0753 OSLO 7. Tlf: (02) 52 18 78.

Vi håper å gjøre lista lenger og mer geografisk fordelt til neste nr.

\*



GRATIS  
i  
1 måned

# INNSYN OG OVERSYN

Treng du ei avis som gir deg meir enn overskrifter?  
Prøv Dag og Tid — kritisk og uavhengig vekeavis  
med vekt på:

- Dokumentar- og bakgrunnsstoff
- Humor og gravalvor
- Bøker, musikk og teater
- Politikk og debatt

Ting avisa for eit år eller eit halvår og du får avisa gratis i ein måned i tillegg.  
*Abonnementet gjeld til det blir oppsagt.*

Til Dag og Tid,  
Karl Johansgt. 13,  
0154 Oslo 1  
Eller ring tlf.:  
02-11 14 55

Ja, eg/vi tingar Dag og Tid

1/1 år for kr 355- + 1 måned gratis

1/2 år for kr 185- + 1 måned gratis

Namn: .....

Adr.: .....

## Adresseliste:

Søkelyset, Amalie Norsk Forlag, postboks 67, 1450 NESODDTANGEN.

Norsk Forening for Mental Helse, postboks 298, 3701 SKIEN.  
Besøksadresse: Duestien 12, Skien. Tlf: (03) 52 17 60.

Juklerøds Venner, c/o Marit og Jan Røsåsen, Gml Hovseterv 3, 0768 OSLO 7.  
Tlf: (02) 14 25 86.

We Shall Overcome, c/o Marie Beate Fjørli, Bekkefaret 21, 2600 LILLEHAMMER.  
Tlf: (062) 55 343.

Galebevegelsen i Stavanger, c/o Torgeir Bråstein, postboks 3109 Mariero,  
4000 STAVANGER. Tlf: (04) 53 53 93.

Norsk Pasientforening, Pilestredet 27, 0164 OSLO 1. Tlf: (02) 20 43 13.

Bare Angst, kontakt-tlf i Bergen (05) 34 77 90, i Oslo (02) 28 86 63.  
Bladet Bare Angst, Sverre Hjeltnlandsv 4A, 5031 LAKSEVÅG. Tlf: (05) 33 14 86.

"31B", Grønlandsleiret 31 B, 0190 OSLO 1. Tlf: (02) 68 85 12.

Sinnets Helse, Foreldreboden, Arbinsgt 1, 0253 OSLO 2. Tlf: (02) 11 34 47.  
Mental Barnehjelp (samme adresse). Tlf: (02) 44 14 51.

\*

Oslo-laget av Norsk Forening for Mental Helse har opprettet en krisetelefon, med praktisk veiledningstjeneste for psykiatriske pasienter og deres pårørende. Ring tlf (02) 41 26 86 mandager på dagtid. NFMH har også liknende tilbud i Vestfold og i Sandvika. Sigrid Håtveit i Oslo NFMH forteller at pårørende og pasienter ringer fra hele landet.

NFMH i Oslo arrangerer også såkalte torsdagstreff i sine lokaler i St. Olavs gate 27, torsdager kl 18-21.

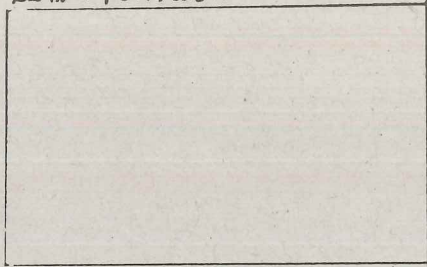
\*

## NYTTIGE TELEFONNUMMER I OSLO-OMRÅDET

LEGEVAKTEN, (også mottak for voldtekts ofre)	20 10 90
SOSIAL VAKTTJENESTE, (hele døgnet, alle dager)	41 22 75
KIRKENS SOS, (hele døgnet, alle dager)	37 81 30
KRISESENTERET FOR KVINNER I OSLO	35 00 48
KRISESENTERET FOR KVINNER I ASKER OG BÅRUM	13 35 00
KRISESENTER, ROMERIKE	71 41 78
KRISE- OG RÅDGIVINGSTELEFON FOR MENN	20 91 12
STØTTESENTERET MOT INCEST	19 84 53

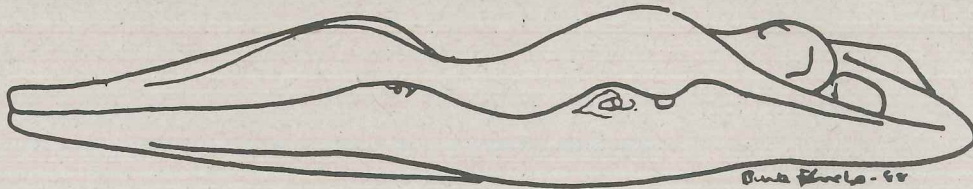


BLAD I POSTABONN. TIL :



RETURADRESSE :

AMALIE NORSK FORLAG  
postboks 67  
1450 Nesoddtangen  
Norge



Amalie Skram (1846-1905) er en av de store norske forfattere, selv om hun etter hvert følte mer tilknytning til Danmark. Hun var en pioner, langt forut for sin tid. To av hennes viktigste bøker er "Professor Hieronimus" og "På St. Jørgen". De handler om hennes erfaringer i møtet med psykiatrien, og er fortsatt aktuelle. Selv om mye har forandret seg på 100 år, er grunnholdningene for en stor del de samme den dag i dag.

Amalie Skram turde si ifra. Hun skrev ikke for å bli populær, men fordi hun hadde noe å fortelle. Amalie Norsk Forlag vil følge opp tradisjonen fra Amalie Skram. Første skudd på stammen er bladet Søkelyset.

Vi vil rette Søkelyset mot psykiatrien. Bak de låste dørene skjer det overgrep, og mange lever under umenneskelige forhold. Søkelyset skal bringe dette fram i lyset.

Søkelyset er et blad for alle som ønsker et mere menneskelig samfunn, et samfunn som ikke skaper psykiske lidelser. Der konflikter løses på en fredelig måte, uten diagnoser, tvang og vold. Et samfunn der mennesker bryr seg om hverandre.

