

Peter C. Gøtzsche

# **Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse**

**People'sPress**

## **Dødelig psykiatri**

© Peter C. Gøtzsche og People'sPress, København 2015

© Denne udgave: People'sPress, 2015

Omslag: Stine Trampe

Grafisk tilrettelæggelse: LYMI

ISBN: 987-87-7159-608-3

1. udgave, 1. oplag

Printed in Denmark 2015

Kopiering fra denne bog er kun tilladt i overensstemmelse mellem  
Undervisningsministeriet og Copy-Dan.  
Enhver anden udnyttelse uden forlagets skriftlige samtykke er forbudt  
ifølge gældende lov om ophavsret.  
Undtaget herfra er korte uddrag til brug i anmeldelser.

People'sPress  
Vester Farimagsgade 41  
1606 København V

[www.artpeople.dk](http://www.artpeople.dk)

# 15 Tvangsbehandling og tvangsindlæggelse bør forbydes

Af alle tyrannier er det tyranni, som oprigtigt udøves for at gavne ofrene, det mest undertrykkende. Det ville være bedre at leve under røverbaroner end under almægtige moralske plageånder. Røverbaronens grusomhed sover undertiden, og hans begærlighed mættes på et tidspunkt; men de, der piner os for vores eget bedste, vil pine os uden ophør, fordi deres egen samvittighed billiger det.

C.S. LEWIS, NORDIRSK FORFATTER (1898-1963)

Tvangsbehandling er det største etiske problem i psykiatrien. Selvom det er imod vore dybeste instinkter, er tvangsbehandling almindelig, ikke kun ved alvorlige tilfælde af psykose, men undertiden også for folk, der siger, at de tænker på at begå selvmord, og for folk, der ikke er særligt psykotiske. Som frie borgere modsætter vi os på det kraftigste undertrykkelse og tyranni i alle dets former.

Det er menneskets natur at dominere og få kontrol over andre; det ligger dybt i vore gener og har en stor evolutionær værdi. Stræben efter dominans er en af de stærkeste drivkræfter i naturen, og at have magt over andre giver os følelsesmæssig tilfredsstillelse og mere afkom, hvilket vi kan observere så tydeligt hos vores slægtninge menneskeaberne.

Da magt korrupperer, er det nødvendigt at have en magtbalance i menneskelige relationer. I psykiatrien er ufrivilligt indlagte patienter imidlertid totalt magtesløse. Denne ekstreme magtubalance er opskriften på en katastrofe, og der er intet, psykiatriske patienter frygter mere end tvangsbehandling. De har været ofre for strafeforanstaltninger i århundreder uden deres samtykke, og den blotte trussel om sådanne foranstaltninger har ofte afskrækket patienterne i en sådan grad, at de blev føjelige for at undgå dem. Nogle

psykiatere har brugt elektrochok for de patienter, de brød sig mindst om, og lægerne har rutinemæssigt ordineret elektrochok for dem, der kæmpede eller var rastløse, støjende, stridbare eller stædige.<sup>1</sup>

På grund af den ekstreme magtubalance er der stor risiko for, at tvangsbehandling bliver brugt til gavn for personalet snarere end for patienterne med henblik på at gøre deres arbejde mindre stressende. Mange patienter har fortalt, hvordan truslen om bæltefiksering er blevet brugt til at overtale dem til at tage medicin, de ikke ønskede på grund af dens frygtelige bivirkninger. Og truslen fortsætter, når patienterne har forladt hospitalet og opholder sig på et bosted. Hvis de nægter at tage deres medicin, kan de blive smidt ud og tvangsindlagt igen,<sup>1</sup> de kan miste deres sociale ydelser, og de kan endda blive nægtet adgang til psykiatriske sundhedscentre. Det skete for et fireårigt barn, da en praktiserende sygeplejerske i New York sagde, at barnet havde en bipolar lidelse og en kemisk ubalance, og foreslog tre lægemidler: valproat (et epilepsimiddel), risperidon og lithium. Hendes forældre nægtede at give barnet denne farlige cocktail, og hun fik det godt uden lægemidler.<sup>2</sup>

## Menneskerettigheder i Europa

Patienterne opfatter ofte tvangsbehandling som tortur, og i Europa føres der tilsyn med tvangsbehandling i henhold til Konventionen om Forbud mod Tortur. Artikel 3 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention er meget kort, men præcis: "Forbud mod tortur. Ingen må underkastes tortur eller umenneskelig eller nedværdigende behandling eller afstraffelse."<sup>3</sup>

Hvad dette betyder, er beskrevet i et andet dokument,<sup>4</sup> og for at sikre, at konventionen ikke bare er til pynt, er der nedsat en europæisk komité, som besøger behandlingsstederne og undersøger, om beskyttelsen af frihedsberøvede personer bør styrkes for at undgå tortur og umenneskelig eller nedværdigende behandling eller afstraffelse.<sup>5</sup>

Om psykiatri bemærkede udvalget i sin rapport fra 2013, at arbejdet med psykisk syge altid vil være en vanskelig opgave, og at udvalget har observeret, at et overvældende flertal af ansatte i de fleste psykiatriske institutioner er dedikeret til plejen af patienterne.<sup>5</sup> Udvalget bemærkede dog også, at bevidst mishandling af patienter på psykiatriske institutioner forekommer.

I de næste to afsnit gengiver jeg de centrale budskaber i rapporten og vil derefter kommentere dem.

## **Tvangsbehandling**

Indlæggelse af en person på ufrivillig basis må ikke opfattes som en tilladelse til behandling uden personens samtykke. Fastholdelse af ophidsede eller voldelige patienter kan undertiden være nødvendigt, men det er et område, som Komitéen til Forebyggelse af Tortur (CPT) er særligt optaget af på grund af risikoen for misbrug og mishandling. Fastholdelse af patienter bør baseres på en klart defineret politik, som beskriver, at de indledende forsøg på at begrænse patienternes udfoldelser så vidt muligt skal være ikkefysiske (fx verbale instrukser), og at hvis fysisk fastholdelse er nødvendig, "skal den i princippet begrænses til manuel fastholdelse".

Automatisk anvendelse af mekanisk eller kemisk fastholdelse er ikke nødvendig i de tilfælde, hvor en kort periode med manuel fastholdelse i kombination med psykologiske midler til at berolige patienten ville være tilstrækkeligt. Den foretrukne teknik er at tale med patienten for at berolige ham eller hende.

Brug af instrumenter til fysisk fastholdelse (stroppe, spændetrøjer etc.) kan kun meget sjældent begrundes og skal altid enten udtrykkeligt ordineres af en læge eller straks godkendes af en læge. Sådanne instrumenter skal fjernes snarest muligt, og de må aldrig anvendes som afstraffelse.

Alle psykiatriske institutioner bør have en omfattende, omhyggeligt udarbejdet politik om fastholdelse. Politikken bør også indeholde afsnit om uddannelse af personale, klageprocedure, regler for intern og eksternt afrapportering og debriefing.

Patienterne har ofte bemærket, at de følte det som en ydmygende prøvelse, hvilket undertiden blev forværret af den måde, fastholdelsen blev praktiseret på.

*CPT finder ofte, at fastholdelse af patienterne, som regel med instrumenter, er en sanktion for, hvad personalet opfatter som dårlig opførsel, eller er et middel til at skabe en adfærdsændring.*

I mange psykiatriske institutioner er fastholdelse af patienterne et bekvemmelighedsmiddel for de ansatte. Den sædvanlige

begrundelse er personalemangel, men dette ræsonnement er usundt. Fastholdelse forudsætter flere – ikke færre – ansatte, idet det er nødvendigt, at en plejer fører direkte personligt og løbende tilsyn. Det er indlysende, at videoovervågning ikke kan erstatte en sådan ubrudt tilstedeværelse.

Der bør oprettes et særligt register til at notere enhver brug af fastholdelse. Det kræver ofte en kulturændring at reducere anvendelsen til et minimum.

*I mange psykiatriske institutioner kan brugen af fastholdelse reduceres væsentligt, og programmer oprettet i flere lande til dette formål synes at have været en succes, uden at det har ført til øget brug af kemisk fastholdelse eller manuel kontrol. Spørgsmålet er derfor, om ikke fuldstændig (eller næsten fuldstændig) udryddelse af mekanisk fastholdelse kunne være et realistisk mål på længere sigt.*

## **Patienternes rettigheder**

Komitéen til Forebyggelse af Tortur nævner, at psykiatriske patienter skal behandles med respekt og værdighed og på en sikker, human måde, der respekterer deres valg og selvbestemmelse. En velkomst-brochure, der beskriver institutionens rutiner og patienternes rettigheder, bør gives til alle patienter ved indlæggelsen og til deres familier. Patienter, der ikke kan forstå brochuren, bør modtage passende vejledning.

Endvidere, som på ethvert sted med frihedsberøvelse, er en effektiv klageprocedure en grundlæggende beskyttelse mod mishandling. Der bør være særlige ordninger, som giver patienterne adgang til at indgive formelle klager til en klart udpeget myndighed og til at kommunikere på et fortroligt grundlag med en passende myndighed uden for institutionen.

*Det er principielt, at patienterne bliver i stand til at afgive deres frie og informerede samtykke til behandling. Enhver undtagelse fra dette grundlæggende princip bør baseres på loven og kun vedrøre klare og nøje definerede særlige omstændigheder.*

Selvfølgelig kan samtykke til behandling kun betegnes som frit og informeret, hvis det er baseret på fuld, præcis og forståelig

information om patientens tilstand og den foreslåede behandling; at beskrive elektrochok som "soveterapi" er et eksempel på information, der ikke er fyldestgørende og præcis. Alle patienter bør forsynes systematisk med relevante oplysninger om deres tilstand og den behandling, som foreslås anvendt.

Det er vigtigt at opretholde kontakten med omverdenen, ikke kun for at forebygge mishandling, men også fra en terapeutisk synsvinkel. Patienterne skal kunne sende og modtage korrespondance, have adgang til telefonen og skal kunne modtage besøg af deres familie og venner. Der bør også sikres fortløbig adgang til advokatbi-stand.

Patienten bør have adgang til sin journal, medmindre det ikke er tilrådeligt fra et terapeutisk synspunkt, og til at anmode om, at journaloplysninger stilles til rådighed for familien eller en advokat. Ved udskrivelse fra institutionen bør journalen – med patientens samtykke – sendes til en behandlende læge i samfundet.

Når fastholdelsen er stoppet, er det vigtigt, at en debriefing af patienten finder sted. Det giver lægen mulighed for at forklare rationalet bag indgrebet og dermed mindske det psykiske traume af oplevelsen samt at genoprette læge-patient-forholdet. Debriefing giver patienten en lejlighed til at forklare sine følelser forud for indgrebet, hvilket kan øge både patientens egen og personalets forståelse af hans opførsel.

Psykiatrisk behandling bør indeholde en plan for hver patient, der omfatter en bred vifte af rehabiliterende og terapeutiske aktiviteter, herunder adgang til ergoterapi, gruppeterapi, individuel psykoterapi, kunst, drama, musik og sport. Patienterne bør have adgang til passende udstyrede opholdsrum og have mulighed for daglig udendørs motion; det er også ønskeligt, at de bliver tilbudt uddannelse og passende arbejde.

*CPT finder alt for ofte, at de grundlæggende elementer i en effektiv psykosocial rehabilitering er underudviklede eller helt mangler, og at patienternes behandling hovedsagelig består af farmakoterapi.*

Regelmæssige vurderinger af en patients helbredstilstand og eventuelle medicin er et grundlæggende krav, som vil gøre det muligt at tage kvalificerede beslutninger om eventuel udskrivelse eller overflytning til et mindre restriktivt miljø.

## Mine kommentarer

Den europæiske tilgang bør efterleves af alle nationer. Opretholdelsen af kontakten med omverdenen er helt afgørende, men ikke altid respekteret, fx fortalte en socialrådgiver i Norge mig om en patient, der ikke fik lov til at ringe til nogen uden for hospitalet. En sådan isolation øger risikoen for magtmisbrug og for Stockholm-syndromet, hvor fangerne udtrykker empati og medfølelse for deres fangevogtere. Sådanne følelser er irrationelle i lyset af den fare, ofrene udsættes for, fx brugte en norsk psykiater tvangsbehandling med olanzapin og argumenterede fejlagtigt for, at ubehandlet skizofreni forårsager hjerneskade.

Jeg opponerer på det kraftigste imod den europæiske komité's standpunkt, at patienten ikke skal kunne få adgang til sin journal, hvis det ikke er tilrådeligt fra et terapeutisk synspunkt. Komitéen forklarer ikke, hvad dette betyder, og undtagelsen fra patienternes ret til journaladgang misbruges overordentligt meget. Den amerikanske advokat Jim Gottstein har fortalt mig, at han ikke kender til et eneste tilfælde, hvor en patient har fået journalen blot ved at bede om den. Derfor giver patienterne tilladelse til videregivelse af journalen til PsychRights (se nedenfor), der så giver den til patienten. Dette fungerer i omkring halvdelen af tilfældene. En af de ting, personalet gør for at forsøge at forhindre patienten i at få adgang til sin egen journal, er at opkræve penge for kopieringen, hvilket kan gøre adgangen umulig, idet de fleste patienter er ramt af fattigdom.

I USA er mange patienter unødigt i fængsel eller er hjemløse på gaden.<sup>6</sup> Nogle amerikanske stater har stadig dødsstraf, og en psykisk syg patient kan henrettes af staten, hvis en komité beslutter, at patienten ikke var sindssyg, da han slog ihjel. Dette er sket, men det er moralsk forkasteligt. En patient, der er under indflydelse af et psykofarmakon, kan tilsyneladende handle rationelt, når han dræber, men kan alligevel opføre sig helt irrationelt i en tilstand, hvor han ikke længere er sig selv.<sup>7</sup> Hvis en psykiater skriver i en retsmedicinsk rapport, at personen ikke var sindssyg i gerningsøjeblikket, hvilket er en meget subjektiv afgørelse, kan psykiateren således komme til at bidrage til statsautoriseret mord. Dette er så langt fra at være læge, som man kan komme, og psykiatere bør afstå fra at spille konger eller guder, der beslutter over liv og død.

Jeg var ekspertvidne i en meget omtalt retssag, hvor Graham



Bishop, der er englænder, forsøgte at dræbe sine to døtre med knivstik på Rigshospitalet. Han blev idømt 11 års fængsel og permanent udvisning fra Danmark, men sagen blev anket. Retslægerådet havde udtalt, at methylphenidat (Ritalin) kan medføre "øget irritabilitet og følelsesmæssige udsving", og at man ikke kunne udelukke, at stoffet kan have påvirket Bishops psykiske tilstand, da handlingen blev begået. Men man anså dette for at være usandsynligt og begrundede det med, at han tidligere havde taget lignende doser uden problemer.

Der var flere problemer med dette argument. Sagen var, at han aldrig før havde taget en så høj dosis, som han tog, lige før han stak sine døtre, men selvom han ikke havde øget dosis, kunne han stadig have reageret som en person, der var fremmed for sig selv, under indflydelse af lægemidlet, idet de begivenheder, der førte op til ugerningen, var meget stressende. Endvidere er de skadelige virkninger af methylphenidat langt værre end rådets eufemistiske bemærkning om "øget irritabilitet og følelsesmæssige udsving". Methylphenidat kan forårsage vold, herunder manddrab.<sup>8</sup>

Jeg spurgte Retslægerådet, om det mente, at det var god lægegering, at Bishops psykiater tilsyneladende havde sagt, at Bishop kunne øge dosis uden problemer og uden nogen øvre grænse. Dette spørgsmål, og flere andre jeg havde stillet, blev ignoreret af rådet, og dets svar på mit spørgsmål: "Mener Retslægerådet, at indtagelse af methylphenidat kan øge risikoen for voldelige handlinger, inklusive mord?" var: "Spørgsmålet er af generel karakter".

Jo, det var af generel karakter, men relevant for sagen. Jeg havde det skidt med ikke at få noget svar og også med, at Retslægerådet var i en situation, hvor det dybest set blev bedt om at vurdere sin egen tidligere vurdering. Dette udgør en uacceptabel interessekonflikt, idet de færreste er villige til at indrømme deres fejl og underkende sig selv. Ingen ved, om Bishop ville have begået sin hæslige forbrydelse, hvis han ikke havde været på methylphenidat.

Jeg synes, at lovene om tvangsbehandling er yderst problematiske. I mange lande kan en person, der anses for at være sindssyg eller befinder sig i en lignende tilstand, indlægges mod sin vilje, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet (såkaldt helbredsindikation).

Men er det nogensinde tilfældet? Findes der behandlinger, der kan helbrede sindssyge patienter, eller som kan føre til så væsentlige forbedringer, at patientens tilstand ville blive væsentligt forringet, hvis hun ikke blev tvunget til at blive indlagt med det samme? Det mener jeg ikke, der gør, og i betragtning af det misbrug, der finder sted på psykiatriske afdelinger, bør denne paragraf fjernes fra loven i alle lande. Der er allerede en bestemmelse om, at patienter, der frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (såkaldt fareindikation), kan blive tvangsindlagt. Og den har vi ikke engang brug for. Ifølge Italiens mentale sundhedslov er farekriteriet ikke en lovlig begrundelse for tvangsbehandling. Hvis folk er farlige, er det en sag for politiet.

Vi har således ikke behov for tvangsbehandling under nogen omstændigheder. Vi har heller ikke behov for tvangsindlæggelse, idet italienske patienter kan beslutte, at de vil have behandlingen andetsteds.

Vore læger kan ikke give os insulin uden vores tilladelse, heller ikke selvom den manglende insulin kan dræbe os, og de kan ikke tvinge os til at tage andre lægemidler end psykofarmaka. Denne forskel giver ingen mening.

Der er selvfølgelig en generel antagelse i loven, at hvis en person ikke er i stand til at give samtykke, handler sundhedspersonen i overensstemmelse med, hvad hun selv ville have foretrukket, fx ved at give en livreddende blodtransfusion til en bevidstløs person, der er ved at forbløde. Men vi kan ikke antage, at en svært psykotisk person ønsker psykofarmaka, eller at hun ikke er i stand til at forstå, hvad der bliver foreslået eller dets konsekvenser, fx kunne hun modsætte sig behandling på grund af tidligere erfaringer med alvorlige skadevirkninger.

Vore love om tvangsbehandling bygger på den forfærdeligt skadelige misforståelse, at antipsykotika har en specifik virkning på psykose, hvilket er godt for patienterne.<sup>1</sup> I 1975 begyndte patienterne imidlertid at kæmpe for deres menneskerettigheder ved de amerikanske domstole. Samtidig smuglede sovjetiske dissidenter manuskripter ud, som beskrev neuroleptika som den værste form for tortur, hvilket gjorde det svært at forklare, hvordan det samme stof kunne være en gift i et land og et nyttigt lægemiddel i et andet,<sup>1</sup> især fordi giften blev brugt som ufrivillig "behandling" i begge lande.

Ideen om, at det er tilladt at medicinere inkompetente mennesker mod deres vilje, ender i den slags omgivelser med at blive begrundelsen for at medicinere alle, der ikke er enige. Det kan ikke forsvares ud fra et etisk perspektiv, da det – helt objektivt – som regel *ikke* er i personens bedste interesse. Desuden drejer det sig om patientens autonomi, hvilket ikke er en alt eller intet-tilstand. Folk kan være inkompetente i nogle henseender og ikke i andre, og jeg er overbevist om, at alle er kompetente til at sige nej til psykofarmaka og elektrochok, især hvis de har været udsat for det tidligere. Nøgleordet er derfor forhandling.

Psykiatriske patienter er de virkelige eksperter og dommere, og det er kun dem, der kan give et troværdigt indblik i et til tider forvirrende kaos forårsaget af sårede følelser, ligesom kun den lidende ved, hvordan det føles at have fysisk smerte og kan beskrive det. Det er private følelser, og det kan være værdifuldt at finde en mening med galskaben i stedet for at afvise den og slå patienterne ned mod deres vilje med farlige lægemidler og gøre dem til zombier. Det vil ikke hjælpe dem med at komme sig og med at håndtere symptomerne på galskab. Det er en glidebane, hvis psykiaterne antager, at patienterne mangler indsigt i deres sygdom og i de lægemidler, der anvendes til at behandle den, på grund af deres psykiatriske lidelse, og at deres vurderinger derfor ikke bør tælle med, fordi de ikke ved, hvad der er bedst for dem. Det åbner slusen for, at de sundhedsprofessionelle træffer afgørelse om alt, hvilket kortslutter de gode intentioner om at inddrage patienterne i deres egen behandling og øger risikoen for misbrug.

Psykiateren David Rosenhan har gjort opmærksom på *catch 22*-situationen for psykiatriske patienter.<sup>9</sup> Nogle af patienterne har fundet ud af, at de skal undgå at nævne visse ting for deres psykiater, når de er indlagt, fordi det kan føre til yderligere diagnoser og mere medicin, som psykiateren sjældent vil være interesseret i at stoppe igen.

Hvad skal en patient, som er overbevist om, at lægemidlet og ikke sygdommen er årsag til hendes symptomer, så gøre? Hvis hun siger, at hun gerne vil have en lavere dosis, kan det ende med, at dosis sættes op, eller at der lægges et andet lægemiddel oveni med det argument, at hun mangler indsigt i sin sygdom.

Mange af de e-mails, jeg har modtaget fra patienter og pårørende, beskriver netop dette. Den magt, det psykiatriske miljø giver til

de sundhedsprofessionelle, bliver ofte misbrugt på en måde, der gør patienterne hjælpeløse og fratager dem deres værdighed som menneske; de opfattes som en "ting". Dette er, hvad en tidligere patient skrev til en psykolog, jeg samarbejder med:

Jeg er sygeplejerske, men stiftede bekendtskab med psykiatrien fra patientens side i 1999. Jeg kan "kun" sige, at hvis jeg nogensinde havde behandlet noget menneske som det, jeg har set og stået model til i psykiatrien, så ville jeg ikke have været i stand til at leve med så dårlig samvittighed, som det ville have givet mig. Jeg kom til at sidde ved siden af en person, hvis søn var indlagt på en psykiatrisk afdeling, og som sagde, at han kun så personalet, når de kom for at fortælle ham, at han skulle tage sin medicin. Jeg slap ud af psykiatriens "fængslende spiral" i 2004, og det gør mig så ondt at høre, at der ikke er sket nogen nævneværdig udvikling i systemet. Jeg ved, at psykologer har tilbudt deres hjælp, men de har skullet deltage i kurser, før de kunne indgå i behandlingsteamet. Det er jeg uforstående over for, fordi det vigtigste er at vise interesse for patienterne, og hvis du gør det, vil patienterne sikkert åbne op for de traumer, der kunne være årsagen til deres psykiske lidelse.

Vi hjælper ikke folk ved at stigmatisere dem, låse dem inde og medicinere dem, og det er bemærkelsesværdigt, at det er patienterne, der har forlangt medicinfri alternativer. At "stabilisere" patienterne vil for lægerne sige at bruge medicin til at berolige dem, hvilket er meget anderledes end at møde patienterne med deres forvirrede tanker og afsætte tid til at arbejde dem igennem uden medicin.

Psykiatere har erfaret, at assertiv kommunikation, hvilket indebærer at tage et skridt tilbage i stedet for at løbe efter patienten og gribe ind under stort postyr, kan reducere brugen af tvangsbehandling betydeligt. Et sådant program er Basal Eksponeringsterapi, som bruges af Åse Lyngstad og hendes kolleger i Norge.<sup>10</sup> Det har ligheder med behandling af fobi, idet det udsætter patienterne for de ting, der får dem til at gå i panik. Personalets rolle er at være på lige fod med patienterne, og det er patienternes egne erfaringer med medicinen, der diskuteres, i stedet for den sædvanlige oppe fra og ned-tilgang, hvor lægerne ignorerer patienternes klager over bivirkninger og deres ønsker om at stoppe med medicinen. Denne fremgangsmåde

gennemtvinger en anden måde at arbejde på, og patienten tilbydes et lægemiddelfrit alternativ, altid med en plan for aftrapning.

Hvorfor er der så få lysende eksempler på, at psykiaterne forstår, at psykiatrien ikke primært drejer sig om lægemidler, men om menneskelige relationer?

## Tvangsbehandling skal forbydes

Som for alle interventioner i sundhedsvæsenet er det altoverskygende spørgsmål, om tvangsbehandling gør mere gavn end skade. Jeg er ikke i tvivl om, at det gør langt mere skade end gavn, og at vi aldrig vil kunne forhindre udbredt misbrug, hvis vi beholder tvangsbehandling, og jeg skal forklare hvorfor.

Der findes ikke et eneste randomiseret forsøg, der har sammenlignet isolation eller instrumentel fiksering med ingen indgriben,<sup>11, 12</sup> men disse indgreb kan være fatale.<sup>11</sup> Elektrochok kan også være fatalt, men det mest bekymrende er, at medicinsk tvangsbehandling dræber mange patienter.

Det faktum, at tvangsbehandling kan være dødelig, blev for nylig understreget i et dansk registerstudie af 2.429 selvmord.<sup>13</sup> Studiet viste, at jo tættere kontakt der var til psykiatrisk personale – hvilket ofte indebærer tvangsbehandling – desto værre gik det. I forhold til personer, der ikke havde modtaget nogen psykiatrisk behandling i det foregående år, var den justerede rate ratio for selvmord 6 for personer, der kun fik psykofarmaka, 8 for personer med ambulanskontakt, 28 for personer med psykiatriske skadestuekontakter og 44 for personer, der var blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling. Naturligvis vil man forvente, at patienter indlagt på hospital vil være mest selvmordstruede, fordi de er mere syge end andre (*confounding by indication*), men resultaterne var robuste, og de fleste biaskilder i undersøgelsen var faktisk konservative, dvs. de favoriserede nulhypotesen om, at der ikke var nogen sammenhæng. En lederartikel bemærkede, at der ikke er tvivl om, at selvmord er forbundet med både stigmatisering og traumer, og at det er meget plausibelt, at stigmatisering og traumer i forbindelse med psykiatrisk behandling – især hvis den er ufrivillig – kan forårsage selvmord.<sup>14</sup> Lederskribenterne mente, at en del af de mennesker, der begår selvmord under eller efter en hospitalsindlæggelse, gør det på grund af de forhold, der gør sig gældende under en hospitalsindlæggelse.

Et tragisk tilfælde, hvor en forsøgsdeltager stak sig selv ihjel, mens han fik antipsykotisk medicin på et universitetshospital i Minnesota, belyser flere af de etiske spørgsmål, der er en følge af den ekstreme magtbalance på psykiatriske institutioner.<sup>15</sup> Dan Markingson accepterede at deltage i et forsøg, mens han var tvangsindlagt, hvilket rejser spørgsmålet, om han var i stand til at afgive informeret samtykke, og den ledende forsker var samtidig hans behandlende psykiater. En uafhængig gennemgang af forskningspraksis på universitetet fandt kun et enkelt eksempel på, at man havde overvejet den dobbelte og potentielt modstridende rolle, den behandlende psykiater/forsker havde. Personalet på den psykiatriske afdeling fortalte til efterforskerne, at de arbejdede i en "kultur af frygt". Den medicinske etiker Carl Elliott fra samme universitet og andre pressede på i næsten ti år, før universitetet indvilligede i en efterforskning, men efterforskerne fik udtrykkeligt forbud mod at undersøge Markingson-sagen!<sup>16</sup> Det så ud til, at man havde svindlet med fotokopiering af samtykkeformularer med identiske svar (angiveligt fra forskellige forsøgsdeltagere), falske underskrifter og forkerte diagnoser. Markingsons mor havde gentagne gange udtrykt bekymring over hans tilstand og hans deltagelse i forsøget, men hun var blevet ignoreret.

Et af psykiatriens mange uheldige modeluner er tvangsbehandling efter udskrivelse fra hospitalet (*community treatment orders*). En Cochrane-oversigt fra 2014 (af tre forsøg med 752 patienter) fandt ingen forskelle i brugen af sundhedsydelser, social funktionsevne eller livskvalitet sammenlignet med frivillig standardbehandling.<sup>17</sup> I klinisk praksis har dette initiativ heller ikke fungeret. I Storbritannien havde man håbet på, at tvangsbehandlingen uden for hospitalet, der trådte i kraft i 2008-09, ville føre til færre indlæggelser, men indlæggelserne øgedes.<sup>18</sup> Et andet problem har været den store variation i brugen. Nogle områder udskriver 45 % af patienterne med tvangsbehandlingsordrer og andre slet ingen, hvilket viser, hvor vilkårligt og usikkert det hele er. Nogle psykiatere finder behandlingsordrer uetiske, og det er ikke overraskende, at mange patienter finde dem stigmatiserende.

Den britiske velgørenhedsorganisation Mind har mange indvendinger mod tvangsbehandlingsordrer.<sup>19</sup> Hvis en patients lidelser kan håndteres, kan de sundhedsprofessionelle argumentere for, at ordningen fungerer og bør videreføres, men hvornår vil den så blive

stoppet? Uden den naturlige begrænsning på tvangstilbageholdelse, som det endelige antal senge sætter, vil disse ordrer uden tvivl blive brugt i alt for lang tid, for alt for mange mennesker som en humbertejne – let at komme ind i, men meget svært nogensinde at komme ud fra. Tvangsbehandlingsordrer betyder, at mange mennesker, der ikke ønsker at tage medicin i resten af deres liv, ikke længere er i stand til at træffe denne beslutning. Der er ingen flugtmulighed fra denne *catch 22*-situation. Hvis patienten har det godt, tages det som udtryk for, at medicinen virker, og hvis ikke, bliver den påtvungne medicinering ofte øget, hvilket forårsager endnu mere elendighed og flere dødsfald. Dette er fuldstændig uacceptabelt.

Da jeg underviste i Australien i 2015, fik jeg at vide, at kun 3-5 % af patienterne kommer af med tvangsbehandlingsordren igen, og jeg traf en læge, der havde været under en sådan ordning med afbrydelser gennem 20 år. Han gav mig en kopi af en vurdering fra en psykiater, som i 1995 anså ham for at være uden indsigt, fordi han havde gjort samfundet opmærksom på, at antipsykotika skader hjernen! En anden person, jeg mødte, var en psykiater, som også blev anset for at være sindssyg af sine kolleger, også fordi hun fortalte om de skadelige virkninger af psykofarmaka. De forsøgte at få hende tvangsindlagt, men det mislykkedes for dem. Dette er ikke meget anderledes end Stalins fængsling af politiske modstandere med "hjælp" fra psykiatere.

En stigning i brugen af tvang i samfundet vil uundgåeligt medføre en endnu større brug af psykofarmaka, især de skadelige depotindsprøjtninger af antipsykotika, der ofte benyttes til folk med behandlingsordrer, fx til lægen, jeg lige har nævnt.

I 2014 udstedte det danske sundhedsministerium, hvad der ligner en licens til at dræbe. Det tillod psykiaterne at bruge ekstraordinært store doser til tvangsbehandling og sagde, at dette især gælder for patienter, der har været i langvarig behandling, og hvor mindre doser har været forsøgt uden et godt terapeutisk resultat.<sup>20</sup> Det er utroligt. Disse patienter bør stoppe med deres medicin. At give mere af noget, der allerede har vist sig ikke at fungere, hjælper ikke – det skader.

Tvangsmedicinering forhindrer folk i at foretage deres egne vurderinger af gavnlige og skadelige virkninger af lægemidlerne og i at stoppe medicinen, selvom dette ofte vil være den mest rationelle beslutning. Ifølge Mind må folk, der skønnes egnet til at leve

i samfundet, også være egnet til at træffe sådanne beslutninger for sig selv, med fornøden støtte, og tilgangen til at arbejde med dem bør baseres på at opnå deres tillid; ikke på at tvinge dem til at tage medicin, hvilket undergraver det værdifulde terapeutiske samarbejde med læger, sygeplejersker og socialarbejdere, der ellers ville blive etableret. Mange mennesker, Mind har talt med, føler, at deres relationer til fagfolk skades af den øgede trussel om tvang, hvilket forvandler disse fagfolk til "den mentale sundhedslovs politistyrke".

Tvangsbehandling er meget almindeligt. Omkring 1 % af alle amerikanere udsættes for tvang i den mentale sundheds navn hvert år,<sup>21</sup> hvilket er en storstilet overtrædelse af de dybt skattede amerikanske frihedsrettigheder, og i Danmark blev 21 % af patienterne på psykiatriske hospitalsafdelinger udsat for tvangsbehandling i 2007.<sup>22</sup> Tvangsbehandling er langt mere udbredt, end de officielle statistikker fortæller os. Regel nummer 1 i psykiatriske institutioner er, at patienterne skal overholde medicinindtagelsen, og patienterne ved, at hvis de nægter, bliver de måske ikke udskrevet, eller der kan ske andre ubehagelige ting for dem. Dette får tvangsbehandling til at se "frivillig" ud.

Som jeg lige har forklaret, er tvangsmedicinering ikke nødvendig. Kun omkring 10 % af patienterne afviser behandling, og de fleste gør det kun kortvarigt, ofte fordi de ikke kan lide medicinen eller er bange for dens skadevirkninger, hvilket er meget gode grunde til at afvise den.<sup>23</sup>

Ekstremt sjældne tilfælde som tvangsfodring ved livstruende anoreksi er allerede omfattet af andre love end dem, der gælder specifikt for psykiatrien. Vi bør derfor protestere mod tvangsbehandling, indtil det er forbudt ved lov, og vi kan bruge loven til at opnå netop dette.

Professor Loren Moshers vidnesbyrd i en retssag i Alaska om tvangsmedicinering er særligt oplysende.<sup>24</sup> Han erklærede, at det terapeutiske forhold er langt det vigtigste, og hvis man har været politibetjent og har brugt tvang, er det næsten umuligt at ændre denne rolle til den traditionelle læge-patient-rolle, hvor lægen er patientens advokat. Det er derfor, psykiatere bør afholde sig fra at optræde som politi. Også fordi vold avler vold.

Mosher forklarede, at hvis nogen er ved at gøre alvorlig skade på sig selv eller andre på grund af en ændret bevidsthedstilstand, ville han stoppe dem på den måde, der var nødvendig. Han ville



foretrække at gøre det sammen med politiet, og en islandsk psykiater fortalte mig, at det er det, hospitalspersonalet gør i Island. Det er vigtigt, at politiet er ubevæbnet, hvilket er tilfældet i Island, og at der er meget klare regler for deres medvirken (som kun kan iværksættes af lægen), herunder at de ikke kan sætte nogen i fængsel. I ekstreme tilfælde er de nødt til at blive. Det er tegn på respekt. Politiet tilkaldes, hvis der er risiko for vold, hvad enten det drejer sig om folk med psykiske problemer eller andre. Samme love for alle, og i Island har folk tillid til politiet, som arbejder i folkets tjeneste. Dette er den naturlige måde at håndtere en vanskelig situation på, da det betyder, at plejepersonalet ikke bliver involveret i kampe med deres patienter.

Mosher fortalte, at i hele sin karriere havde han aldrig fungeret som politibetjent. Han skabte et forhold til patienten og en behandlingsplan, der var acceptabel for begge parter, og som forhindrede, at de kom i kamp med hinanden.

Det, der gør Moshers vidnesbyrd så vigtigt, er, at han sandsynligvis er den person i den vestlige verden, der har set flere akut psykotiske mennesker uden medicin end nogen anden. I sit Soteria-projekt, som han var chef for i 12 år, sad han i timevis med psykotiske, medicinfri mennesker, som han fandt var nogle af de mest interessante af alle mennesker.

*Alaskas højesteret besluttede, at regeringen ikke kan medicinere nogen mod deres vilje uden først at bevise med klar og overbevisende evidens, at det er i deres bedste interesse, og at der er ikke mindre indgribende alternativer.*

Det afgørende punkt i denne beslutning er, hvad det betyder, at der er mindre indgribende alternativer, og i en anden sag besluttede domstolen, at hvis et alternativ er "realistisk", er staten forpligtet til enten at tilbyde det eller at lade personen gå.

Jeg har truffet Jim Gottstein, som er den advokat, der overbeviste højesteretten om at tage stilling, som den gjorde. Gottstein er i øjeblikket formand for The Law Project for Psychiatric Rights i Alaska (<http://psychrights.org/>) – et advokatfirma, der varetager offentlige interesser, og som på sin hjemmeside siger, at det er:

Viet til forsvaret af mennesker, der udsættes for rædslerne ved tvangsmedicinering og elektrochok. Vi er endvidere dedikeret til at udstille sandheden om disse lægemidler og om, at domstolene bliver vildledt til at beslutte, at folk skal tvangsbehandles og udsættes for skadelige virkninger på hjerne og krop mod deres vilje. På grund af den massive vækst i psykiatrisk medicinering af børn og unge og målsætningen om endnu mere medicin har PsychRights prioriteret at angribe dette problem. Børn bliver næsten altid tvunget til at tage disse stoffer, fordi det er de voksne i deres liv, der tager beslutningen. Dette er en national tragedie af enormt omfang.

Gottstein har bemærket, at den offentlige mening er, at lægemidlerne virker, og at hvis folk ikke var sindssyge, så ville de vide, at lægemidlerne var gavnlige for dem.<sup>2</sup> Ved retsmøder, hvor sygehuse ansøger om en sanktionering af tvangsbehandling, hævder psykiatere derfor, at ingen fornuftig person ville afvise medicinsk fornuftig behandling, og domstolene handler i overensstemmelse med deres ønske.

Det var derfor en vigtig forudsætning for Gottsteins succes, at han brugte videnskabelige data til at overbevise højesteret om, at dette ikke er sandt. Domstolen fastslog, at "psykofarmaka kan have dybtgående og varige negative virkninger på en patients krop og sind", og at de "er kendt for at have en række potentielt ødelæggende bivirkninger".

Det var en fantastisk sejr for menneskerettighederne i psykiatrien. Det skete i 2003, og i 2009 lykkedes det Gottstein at overtale myndighederne til at finansiere et syvværelses Soteria-hjem i Alaska, hvor psykotiske patienter kan genvinde helbredet med minimal eller ingen brug af medicin. Men der er lang vej at gå. På hjemmesiden Psychiatry: Force of Law forklarer Gottstein, at:

*psykiatere, i fuld forståelse med og stiltiende accept fra dommerne, rutinemæssigt lyver i retten for at få tilladelse til tvangsinlæggelse og tvangsmedicinering.*

Ekspertene undergraver ofte åbenlyst de lovbestemte og retspraksismæssige kriterier, der pålægger strenge standarder for at tillade tvang, og de rejser uoverstigelige barrierer for at få medhold i, at det angiveligt er "terapeutisk korrekt" at anvende tvang.

Traditionelt har de advokater, som hospitalspatienter har fået tildelt, svigtet patienterne i enestående grad. Og den psykiatriske profession har udtrykkeligt indrømmet, at psykiatere regelmæssigt lyver over for domstolene. Fuller Torrey, som formentlig er den mest fremtrædende fortalere for ufrivillig psykiatrisk behandling, har sagt, at det nok ville være vanskeligt at finde en amerikansk psykiater, der ikke har overdrevet farligheden af en psykisk sygs persons adfærd for at opnå en retslig ordre om tvang.

Det er åbenbart, at den juridiske beskyttelse af mennesker diagnosticeret som psykisk syge er illusorisk, og at retshandlingerne må karakteriseres som en farce. Faktisk skaber vore love en *catch 22*-situation. For eksempel betyder "kompetent" i henhold til Alaskas vedtægter om tvangsmedicinering, at patienten medgiver, at han har en psykisk lidelse eller svækkelse, hvis der er bevis herfor; og benægtelse af en markant invaliderende lidelse eller svækkelse er bevis på, at patienten mangler evnen til at foretage beslutninger om behandlingen. Med andre ord: En benægtelse af, at man er psykisk syg, er bevis på, at man er psykisk syg!

Det værste af alt dette er måske, at mange af patienterne, undertiden over halvdelen, er fejlagtigt diagnosticeret med skizofreni (se kapitel 6). Dette faktum alene gør tvangsbehandling totalt forkastelig.

Psykiaterne plejer at sige, at det ville være umuligt at praktisere psykiatri forsvarligt uden at have mulighed for at bruge tvangsmedicinering, fastholdelse med bælt og remme og isolation. Men det er ikke rigtigt. Undersøgelser har vist, at det med god ledelse og uddannelse af personalet i de-escaleringsteknikker er muligt at praktisere psykiatri uden brug af tvang.<sup>25,26</sup> Undersøgelser har også vist, at anvendelse af tvangsforanstaltninger bygger meget mere på kultur, traditioner og politikker end på medicinske eller sikkerhedsmæssige behov.<sup>27</sup> For eksempel blev brugen af instrumentel fastholdelse på et psykiatrisk hospital i North Carolina med 398 senge reduceret med 98 % ved den akutte voksenenhed, og den forsvandt ved overgangsenheden ud til samfundet.<sup>28</sup> Samlet set blev antallet af skader reduceret, og dette blev opnået uden en stigning i brugen af isolation, manuel fastholdelse eller medicin.

Et andet eksempel er Dagligstuen i Arizona.<sup>29</sup> Ved at byde ufrivilligt indlagte patienter velkommen i en stue, hvor de kunne føle

sig respekteret og hjemme, afskaffede personalet brugen af isolation og fastholdelse næsten fuldstændigt, og langt færre patienter blev sendt videre til psykiatriske hospitaler. I starten var der betydelig modstand fra personalets side, men erfaringerne fra andre programmer havde vist, at det meste af det, personalet sagde, ville vise sig ikke at være sandt. Fokus er næsten udelukkende på personens problemer, og når deres ligemænd (recovery mentorer) lytter til dem, kan de sige, at de har haft de samme erfaringer og er blevet raske. Så fokus er på helbredelse og på patienternes styrker, ikke på sygdom og fejlfinding, og patienterne værdsætter at have et sted, de kan vende tilbage til, hvis det begynder at smutte for dem, uden at skulle bekymre sig om at blive låst inde eller blive udsat for tvang.

Et af Dagligstue-programmerne blev fjernet, da den lokale sundhedsmyndighed overtog krisetjenesten. Den ønskede at ændre fokus til at være en mere traditionel medicinsk model, og navnet blev ændret fra Psychiatric Recovery Center til Urgent Psychiatric Care. Jeg har set det ske i mange lande. Når klarsynede pionerer har indført en model, der bygger på respekt for patienterne og bevarelse af deres selvbestemmelsesret, og modellen har vist sig at give langt bedre resultater end den traditionelle medicinske model, så ødelægger "systemet" det. Det er ubeskriveligt tragisk. Hvad skal der til for at få folk til at indse det faktum, at de gør de forkerte ting i psykiatrien? Hvorfor er folk imod en human psykiatri?

En psykose indebærer normalt et ødelæggende tab af tillid til andre mennesker, og et akut psykotisk sammenbrud responderer ofte på kompetent menneskelig indgriben, men i stedet for at opbygge et tillidsfuldt forhold til deres patienter er psykiaternes refleks at ty til at presse eller tvinge patienterne til hospitalet mod deres vilje og at medicinere dem, hvilket yderligere ydmyger og fremmedgør dem.<sup>30</sup> Nogle få timer eller dage med forstyrret adfærd opfattes som tilstrækkelig grund til at behandle livslangt med medicin, og psykiatere under uddannelse vil næppe nogensinde komme til at se en patient, der ikke allerede er bedøvet med psykofarmaka, og derved får de et forkert indtryk både af patienten og hans styrker og af potentialet for helbredelse uden stoffer.

Psykiatere burde tænke på, at nogle patienter ikke fortæller dem om deres tanker, hvordan de har det, og hvad de oplever, fordi de er bange for, at det kan føre til tvangsbehandling, hvis de er ærlige. Dette er ikke et sundt terapeutisk forhold. Det er heller ikke

prisiværdigt, at personalet ofte "retfærdiggør" deres handlinger ved at sige, at uden den påtvungne behandling kunne patienten være død. De data, vi har, fortæller os det modsatte. Tvangsmedicinering dræber. En patient fortalte mig, at hun sammenlignede tvangsbehandling med voldtægt, og sagde, at der ikke kan være gode voldtægter. Denne patient blev voldtaget af en mand i sin familie, da hun kun var ni år gammel, med bemærkningen: Vil du tage dine bukser af selv, eller skal jeg gøre det? Hun blev rædselsslagen, når de ansatte udsatte hende for tvangsbehandling.

I Island blev isolation og fastholdelse afskaffet i 1932 og er aldrig brugt siden.<sup>11</sup> Dengang tog Helgi Tómasson, den første moderne psykiater i Island, de lænker, spændetrøjer og andre fysiske instrumenter, der var til stede på sindssygehospitalet Kleppur, og brændte dem i en ovn, bortset fra et sæt, som han sendte til Parlamentet, hvor det stadig er udstillet.

Den islandske psykiater, som informerede mig om, hvordan vanskelige situationer håndteres i Island, fortalte mig også, at han engang arbejdede på et hospital i England, hvor isolation blev brugt temmelig meget. Han fik en håndværker til at låse rummet og sætte et skilt op med teksten "I uorden!", som blev hængende i omkring en måned. Da han tog det ned, brugte personalet ikke længere isolationsrummet, fordi de havde vænnet sig til ikke at have denne mulighed.

Han sagde også, at da han arbejdede på en psyko-semodtagelse i London, ventede han og hans kolleger i gennemsnit omkring to uger, før de startede antipsykotisk medicin hos nyindlagte patienter, som desværre næsten altid var blevet tvangsindlagt. De ønskede ikke at tvangsbehandle nogen, men de fleste valgte i sidste ende at tage noget medicin, ofte i meget små doser, så det kan meget vel være, at det var respekt, tid og husly, der hjalp patienterne, ikke de subterapeutiske doser.

Praksis varierer enormt fra land til land. Ufrivillige hospitalsindlæggelser i Europa spænder fra 12 per 100.000 indbyggere i Italien til 233 i Finland.<sup>25</sup> Efter indlæggelsen varierer brugen af tvang også enormt. I Storbritannien er instrumentel fastholdelse ikke tilladt, og isolation bruges sjældent. I Østrig bruges instrumentel fastholdelse 45 gange så ofte som i Holland, hvor tvungen medicinering også er meget lidt brugt, da holdningen er, at tvangsmedicinering er mere invasiv og truer den personlige integritet mere end isolation

eller fastholdelse.<sup>11</sup> Den hollandske lovgivning er meget restriktiv med hensyn til tvangsmedicinering, som kun er tilladt i akutte nødsituationer, og en følelsesmæssig krise er ikke en medicinsk nødsituation. Psykiater Simon Wilkinson fra Akershus Universitetshospital i Norge har fortalt mig, at de ikke har nogle forskrifter for hurtig medicinsk beroligelse og aldrig har haft brug for det i de seneste tyve år, hvilket er i skarp kontrast til de britiske forhold. Bemandingen er bedre i Norge, og man forudser og styrer vanskelige situationer inden for den eksisterende plejekultur.

Patienterne er naturligvis imod tvangsmedicinering, og hvis de får mulighed for at vælge mellem to onder, foretrækker de fleste patienter instrumentel fastholdelse frem for tvangsmedicinering.<sup>31</sup> Men der bør ikke være noget onde. Ifølge psykiater Peter Breggin er tvangsmedicinering ikke terapi, men tvang, og bør ikke have nogen plads i psykiatrien.<sup>7</sup> Jeg citerer også Jim Gottstein:<sup>32</sup>

*En almindelig opfattelse er, at det er i patienternes bedste interesse såvel som samfundets at låse dem inde og medicinere dem med magt. Sandheden er meget anderledes. Frem for at beskytte offentligheden mod vold mindskes den offentlige sikkerhed. Snarere end at hjælpe psykiatriske patienter skades mange i udtalt grad.*

Jeg har forklaret i denne bog, hvorfor medicinsk behandling af psykiatriske lidelser øger volden i stedet for at reducere den, også hos patienter med skizofreni. Alle de data, vi har, fortæller os, at tvangsbehandling øger skaderne, ikke kun for patienterne selv, men også for andre.

Kun soldater i krig og psykiatriske patienter bliver tvunget til at løbe risici mod deres vilje, som kan koste dem livet. Dette er måske det stærkeste argument imod tvangsmedicinering. I sjældne tilfælde kan der være behov for fastholdelse, fx hvis en patient er farlig, men manuel fastholdelse uden bæltefiksering vil være tilstrækkelig.

Tvangsbehandling kan undgås, og i stedet for at hævde, at det ville være umuligt at praktisere psykiatri uden tvangsbehandling, bør psykiatere tænke på, at det er umuligt for nogle patienter at leve efter at have været udsat for denne ydmygende og umenneskelige behandling. Nogle patienter begår selvmord efter en sådan oplevelse.<sup>13</sup>

Indtil vi har forbudt tvangsbehandling, bør vi nøje overvåge

anvendelsen af tvangsmidler som indikator for kvaliteten af psykiatrisk hospitalsbehandling.<sup>11</sup> Men vi behøver slet ikke at vente, faktisk er vi forpligtet til at stoppe denne praksis, som det fremgår af næste afsnit.

## **De Forenede Nationer forbyder tvangsbehandling og tvangsindlæggelse**

Den grundlæggende menneskeret om lighed for loven gælder for alle, også for mennesker med psykiske lidelser. Det fremgår af verdenserklæringen om menneskerettigheder, den internationale konvention om borgerlige og politiske rettigheder og De Forenede Nations konvention om rettigheder for personer med handicap, der er ratificeret af næsten alle lande.<sup>33</sup>

I 2014 tydeliggjorde konventionen, at medlemsstaterne straks skal begynde at tage skridt i retning af at virkeliggøre rettighederne ved at indføre love og politikker, der skal erstatte bestemmelser om stedfortrædende beslutningstagning med understøttet beslutningstagning, der respekterer personens autonomi, vilje og præferencer.<sup>33</sup>

Til ethvert tidspunkt skal den enkeltes autonomi og kompetence til at træffe beslutninger respekteres, også for mennesker med handicap, hvilket betyder, at "psykiatrilovgivning, der tillader tvangsbehandling, skal afskaffes". Folk har ret til at være fri for ufrivillig tilbageholdelse i en psykiatrisk institution og fri for at blive tvangsbehandlet; ret til respekt for deres fysiske og psykiske integritet; ret til fri bevægelighed og til at vælge, hvor og med hvem de vil leve; og ret til at samtykke til medicinsk behandling: "Stater har en forpligtelse til at kræve, at alle sundhedsprofessionelle, inklusive psykiatere, indhenter et frit og informeret samtykke fra handicappede forud for enhver behandling."

"Tvangsbehandling iværksat af psykiatere og andre sundhedsprofessionelle er en krænkelse af retten til lighed for loven og en tilsidesættelse af retten til personlig integritet (artikel 17); frihed fra tortur (artikel 15); og frihed fra vold, udnyttelse og misbrug (artikel 16). Denne praksis fratager en persons legale ret til at vælge medicinsk behandling og er derfor en overtrædelse af artikel 12 i konventionen."

Stater skal respektere handicappedes retsevne til at træffe beslutninger på alle tidspunkter, herunder i krisesituationer; skal sikre, at

præcis og tilgængelig information om servicemuligheder er tilvejebragt, og at ikkemedicinske metoder står til rådighed; og skal give adgang til uafhængig støtte. Stedfortrædende beslutningsprocesser er, ud over at være i strid med artikel 12 i konventionen, også potentielt krænkende i forhold til retten til privatlivets fred for personer med handicap, idet stedfortrædende beslutningstagere normalt får adgang til en bred vifte af personlige og andre oplysninger om personen.

Stater skal ophæve politikker og lovbestemmelser, der tillader tvangsbehandling, hvilket findes i de psykiatriske love over hele verden på trods af empirisk evidens for dens manglende effektivitet og på trods af, at patienterne har oplevet stor smerte og traumer som følge af tvangsbehandling.

Konventionen gør det klart, at et "usundt sind" og andre diskriminerende etiketter ikke er legitime begrundelser for at fratage et menneske dets retsevne, og at begrebet mental kompetence er yderst kontroversielt i sig selv.

"Mental kompetence er ikke, som det almindeligvis fremlægges, et objektivt, videnskabeligt og naturligt forekommende fænomen. Mental kompetence er betinget af den sociale og politiske situation og af de fag og den praksis, som spiller en dominerende rolle i vurderingen af mental kompetence."

"I de fleste af de nationale rapporter, komitéen har behandlet indtil nu, er begreberne mental kompetence og retsevne blevet blandet sammen, så når en person anses for at have svækkede færdigheder for beslutningstagning, ofte på grund af et kognitivt eller psykosocialt handicap, er personens retsevne til at tage en bestemt beslutning blevet fjernet. Dette er blevet besluttet udelukkende på grundlag af en diagnose om svækkelse (statustilgang), eller hvis en person tager en beslutning, der anses for at have negative konsekvenser (resultattilgang), eller når en persons beslutningstagningsfærdigheder anses for at være mangelfulde (funktionel tilgang).

Den funktionelle tilgang forsøger at vurdere den mentale kompetence og fjerner personens retsevne i overensstemmelse hermed. Den er ofte baseret på, om en person kan forstå karakteren og konsekvenserne af en beslutning, og/eller om personen kan bruge eller veje de relevante oplysninger. Denne fremgangsmåde er fejlbehæftet af to vigtige grunde: (a) den diskriminerer handicappede; og



(b) den forudsætter at være i stand til præcist at vurdere de indre processer i det menneskelige sind, og når personen ikke består vurderingen, fratages personen en central menneskeret – retten til lighed for loven. Ved alle disse tilgange opfattes en persons handicap og/eller besluttende kompetencer som legitime grunde til at fratage retsevnen og reducere personens status som retssubjekt. Artikel 12 tillader ikke en sådan diskriminerende nægtelse af retsevne, men kræver snarere, at der ydes støtte ved udøvelsen af den juridiske kompetence.”

En persons form for kommunikation må ikke være en hindring for at opnå støtte i beslutningsprocessen, selvom denne kommunikation er ukonventionel eller forstås af meget få mennesker. Stater skal træffe foranstaltninger til at give adgang til den nødvendige støtte og skal sikre, at støtten er tilgængelig til nominelle eller ingen omkostninger. Personen skal have ret til at afvise støtte og til at afslutte eller ændre støtteforholdet til enhver tid.

Evnen til at lægge planer på forhånd er en vigtig form for støtte, hvorved personer med handicap kan angive deres vilje og præferencer, der bør følges på det tidspunkt, hvor de måske ikke er i stand til at kommunikere deres ønsker til andre. Det tidspunkt, hvor et forhåndsdirektiv træder i kraft (og ophører med at have virkning), skal afgøres af personen selv og skal indgå i direktivets tekst; det bør ikke være baseret på en beslutning om, at personen mangler mental kompetence. Hvis det, efter at der er gjort en betydelig indsats, ikke er praktisk muligt at opfatte personens vilje og præferencer, skal den “bedste fortolkning af vilje og præferencer” erstatte “bedste interesse”-bestemmelser.

Alle mennesker risikerer at blive genstand for “utilbørlig påvirkning”, men det kan være værre for dem, der er afhængige af andres støtte for at kunne træffe beslutninger. Utilbørlig påvirkning forekommer, når samspillet mellem støttepersonen og den støttede person viser tegn på frygt, aggression, trusler, bedrag eller manipulation. Sikkerhedsprocedurer for udøvelse af retsevnen skal inkludere beskyttelse mod unødigt indflydelse; dog skal beskyttelsen respektere rettigheder, vilje og præferencer hos personen, herunder retten til at tage risici og begå fejl.

Stater har mulighed for at begrænse den juridiske kompetence for en person baseret på visse omstændigheder, såsom konkurs eller en straffedom. Retten til lighed for loven og frihed fra diskrimination

forudsætter dog, at når staten nægter retsevnen, skal det være på samme grundlag for alle.

Med hensyn til børn skal den bedste interesse for barnet komme i første række, og deres synspunkter skal tillægges passende vægt i overensstemmelse med deres alder og modenhed, således at handicappede børns vilje og præferencer respekteres på lige fod med andre børns.

Politibetjente, socialarbejdere og andre skal uddannes til at anerkende handicappede som fuldgyldige personer for loven og til at tillægge klager og udsagn fra personer med handicap samme vægt som for andre.

Det er et vedvarende problem, at handicappede nægtes deres juridiske kompetence, og at de tilbageholdes i institutioner mod deres vilje, enten uden deres samtykke eller med samtykke fra en stedfortrædende beslutningstager. Denne praksis udgør vilkårlig frihedsberøvelse og krænker artikel 12 og 14 i konventionen. Stater skal afholde sig fra en sådan praksis og indføre en procedure, der sikrer overvågning af sager, hvor handicappede er blevet placeret på et bosted uden deres specifikke samtykke.

Min kommentar: Hvis du stadig går ind for tvangsbehandling og tvangsindlæggelse, håber jeg, du vil ændre opfattelse efter at have læst det næste afsnit, som er et sammendrag af en bog, der beskriver næsten alt, der er galt i psykiatrien. Den rørte mig så meget, at hver gang jeg åbner den igen, bliver jeg overvældet af tristhed, fordi jeg ved, at mange psykiatriske patienter mishandles og dør under lignende omstændigheder.

## **Kære Luise**

I *Kære Luise* skriver Dorrit Cato Christensen om sin datter, som blev dræbt af psykiatrien.<sup>33</sup> I forordet, "Du skal være stærk for at være sårbar", beskriver tidligere statsminister Poul Nyrup Rasmussen bogen som hjerteskrærende. Det er den i sandhed, og den bør være obligatorisk læsning for alle læger, der overvejer at blive psykiatere. Hvis de kommer igennem den uden at græde, bør de finde sig et andet job.

Luisers hospitalsindlæggelser drejede sig altid om fejlfinding, aldrig om at finde ud af, hvilke styrker hun havde. Det var først, da

hun kom i en Tvind-skole, at folk var mere interesserede i hendes stærke sider end i hendes svagheder, og hun blomstrede op, mens hun var der. Hendes lærere havde den fornødne tålmodighed med hendes små særheder, som hurtigt forsvandt, hvis hun fik lidt tid. Psykiatrien dræbte hende, fordi psykiaterne ikke lyttede til hende eller til hendes mor eller til psykologer eller andre fagfolk i sundhedssektoren inklusive deres eget personale, som ellers kendte hende meget bedre, end de selv gjorde.

Desværre er Luises historie ikke atypisk på nogen måde. Det begyndte, da hun var syv år gammel og havde socialiseringsproblemer og var distraet. Det førte til en række forkerte diagnoser og skadelige behandlinger, som startede med valproat mod en formodet skjult epilepsi. Både neurologen og psykiateren sagde, at hun havde fået det bedre på valproat, hvorimod psykologen, der kendte hende bedre, sagde, at hun havde fået det værre. Hun tog 25 kg på i vægt, hvilket blev til 6 kg i hendes journal.

Da Luise var 11, blev hun indlagt på en psykiatrisk afdeling for at få dosis af valproat justeret, men hun endte på et psykiatrisk behandlingshjem, hvor hun blev voldtaget af en anden patient. Den måde, hun blev behandlet på, var dybt umenneskelig lige fra starten. Hun blev beskyldt for at lyve og leve i en fantasiverden, selvom det, hun fortalte, var sandt. Hendes "fantasier" blev indberettet til de sociale myndigheder som et stort problem og som tegn på hendes sygdom. Hun blev mobbet af de ansatte. Dorrit overhørte Luise sige: "Jeg har hovedpine", og en ansat sagde: "Tænk, Luise har hovedpine, er det ikke morsomt? Hvad skal vi dog gøre ved det?" Hvorefter personalet og alle beboerne grinede. Luise forsøgte også at begå selvmord, mens hun var hjemme på weekendorlov, fordi hun ikke ønskede at komme tilbage til institutionen.

Når Luise eller Dorrit klagede over bivirkninger, blev dosis af det mistænkte lægemiddel næsten uden undtagelse øget, og i flere tilfælde var det, der blev skrevet i Luises journal, fuldstændig forkert, men fik personalets handlinger til at se bedre ud. Ved flere lejligheder "forsvandt" ubekvem korrespondance med myndighederne simpelthen.

Personalet bemærkede, at hver gang Luise havde været hjemme i weekenden, havde de flere problemer med hende, når hun kom tilbage. Det gik ikke op for dem, at det var, fordi hun hellere ville bo hos sin mor. En dag stoppede en læge pludselig behandlingen

med valproat fra den ene dag til den anden, selvom det er farligt at udsætte patienterne for en kold tyrker.

Da hun fyldte 18, blev Luise betragtet som voksen, der fra nu af skulle tage sig af sine egne sager. På grund af sit tidligere "beskyttede liv" i behandlingssystemet var hun ikke forberedt på dette. Hendes læge foreslog en psykiatrisk vurdering, så hun kunne få opdateret papirarbejdet med hensyn til, hvad hun skulle have hjælp til.

Engang blev Luise ved med at tale om nogle venner, der skulle komme på besøg, men det var ikke rigtigt, og Luise og hendes mor tolkede det derfor som en vrangforestilling og bad om indlæggelse på Rigshospitalet for at få en vurdering. Dorrit sørgede for, at den modtagende psykiater dikterede til båndoptageren, at Luise ikke skulle have psykofarmaka, men kun skulle observeres. Den næste dag fandt Dorrit imidlertid Luise på gulvet i sin egen urin, stærkt påvirket af medicin, og personalet nægtede at besvare Dorrits spørgsmål om, hvilken medicin Luise havde fået. Der stod ikke noget i Luisers journal om, at hun skulle observeres uden medicin; i stedet var der urigtige oplysninger om, at hun allerede var i behandling med et antipsykotisk stof, da hun ankom, og dosis af dette ikke-eksisterende lægemiddel blev derefter "øget". Det var en kolossal og ildevarslende fejl. Luise havde aldrig fået et antipsykotikum før. Psykiateren stillede Luise mange ledende spørgsmål og fik svar, der ikke havde noget med hende at gøre, men som bekræftede lægens egne fordomme. Efter otte dage på den tunge medicin udviklede Luise malignt neuroleptikasyndrom, der har en høj dødelighed.

Psykiaterne ignorerede tilsyneladende dette, idet de fortsatte den voldsomme medicinering, som forvandlede Luise til en hjælpeløs baby, der puttede alting i munden. De fortolkede disse iatrogene (lægeskabte) symptomer som tegn på meget dårlig intelligens og regression til barndommen og startede tvangsmedicinering af hende. Dorrit accepterede modvilligt dette, fordi hun fik at vide, at hvis hun ikke gjorde det, kunne Luisers tilstand blive permanent!

Luise kæmpede imod de enorme doser, men da det endte med tvangsbehandling hver gang, stoppede hun modstanden. Efter 12 dage var hun knækket: "I dag yder patienten ingen korporlig modstand, men er angst ved medicineringen og holder i hånd, og bagefter er hun noget grædende."

Da Luise var tæt på at blive udskrevet, kom der en ny psykiater forbi, som så alle mulige problemer, og hun blev tvangsmedicineret

og lagt i bælte i 22 dage, hvor hun ikke fik frisk luft. Herefter fik Luise 30 minutters frihed, men vendte ikke tilbage. En uge senere var den lakoniske bemærkning i hendes journal: "Da patienten er udskrevet, ophæves tvangsbehandlingen." Jeg undrer mig over, hvorfor al denne tvangsbehandling var så vigtig, når Luise tilsyneladende kunne udskrive sig selv, og derefter var intet længere vigtigt?

Efter seks måneder uden medicin blev Luise hentet af politiet en aften, hvor hun vandrede rundt i lufthavnen. Det gjorde hun ofte, fordi lufthavnen mindede hende om at rejse, hvilket hun elskede. Da de sagde, de ville køre hende til Rigshospitalet, råbte og skreg hun. Hvorfor kørte de hende ikke bare hjem?

Psykiaterne troede ikke på Dorrit, da hun fortalte dem, at Luise kun var hallucineret, når hun fik medicin. Luise ønskede ikke medicin, men psykiaterne noterede i hendes journal, at hvis hun nægtede, ville de tvinge hende til at tage medicinen. Der synes ikke at have fundet nogen rigtig samtale sted, og der stod ikke noget i hendes journal om, hvordan det havde været for Luise i de seks måneder, hun ikke fik medicin. Det var totalt absurd. Psykiaterne gjorde hende psykotisk med antipsykotiske lægemidler, og derefter øgede de dosis, fordi hun var psykotisk.

Tre måneder senere, efter tre uger med tvangsmedicinering og bælte på Sct. Hans Hospital, flygtede hun og tog hjem til sin mor. Tre dage senere fik hun den ultimative straf på Rigshospitalet efter at have været indlagt i under to timer: diagnosen paranoid skizofreni, tilsyneladende uden nogen form for ordentlig diagnostisk proces og uden noget spørgsmål om, hvorfor Luise var løbet væk fra Sct. Hans Hospital. Psykiateren vidste ikke, og undersøgte heller ikke, hvilke stoffer Luise fik, men gav hende et beroligende middel og fire forskellige antipsykotika, herunder det stof, der kunne have dræbt hende tidligere, da det forårsagede et malignt neuroleptikasyndrom.

Luise blev sendt tilbage til Sct. Hans Hospital, men til en anden afdeling. De vidste ikke, hvilken medicin hun havde fået tidligere, hverken på Rigshospitalet eller på deres eget sygehus, og de startede fire nye antipsykotika.

To måneder senere faldt Luise i søvn i sin seng, mens hun røg en cigaret efter en ekstraordinært stor dosis af et antipsykotikum, sandsynligvis som følge af en lægefejl. Der gik ild i sengen, men en medarbejder fik hurtigt slukket ilden. I retten fik hun en behandlingsdom, som i princippet kunne være livsvarig. Ingen spurgte

personalet, der kendte hende, men en overlæge, der ikke kendte hende, afgav vidneudsagn, som dømte hende. Selv mange år senere brugte personalet hendes dom til at overmedicinere hende med henvisning til, hvor farlig hun var.

Luise flyttede til et behandlingshjem, hovedsageligt beboet af folk med senil demens. Hun havde ofte mareridt om læger, der holdt hende, mens de gav hende indsprøjtninger, og hun drømte engang, at en bestemt læge stak nålen direkte ind i hendes hjerne med en ond latter. På grund af den tunge medicinering tilbragte hun det meste af tiden i sengen. Nedtrapning blev undertiden diskuteret, men problemet var, at der kom nye psykiatere hele tiden, så der blev aldrig lagt en langsigtet plan.

Dorrit bad om at få medicinen reduceret, og en sygeplejerske, der var souschef på behandlingshjemmet, argumenterede også stærkt for en dosisreduktion. Dorrit spurgte, om Luise kunne være blevet hallucineret på grund af medicinen, idet hun aldrig havde været hallucineret uden at tage medicin, men psykiateren svarede, at det var utænkeligt. Luise fortalte engang psykiateren, at en anden patient havde sendt hende onde tanker, hvilket blev tolket som sindssyge og førte til en øgning af medicinen. Imidlertid skreg denne patient ofte om natten ting som: "Skrid med dig – jeg slår dig ihjel!", hvilket Dorrit selv havde hørt og fortalte psykiateren om, men psykiateren lyttede ikke. Der var afsat en halv time til denne vigtige samtale med Luise, Dorrit og sygeplejersken, men psykiateren gik efter fem minutter, og der var ikke noget i journalen om, at sygeplejersken havde været til stede.

Luise fik nu en fast psykiater, Sofus (ikke hans rigtige navn), men det var ikke noget fremskridt. Han forsøgte 11 forskellige antipsykotika på kun to år og ændrede dosis 26 gange op eller ned. Hun fik undertiden tre gange den højeste anbefalede dosis, og psykiaterne undrede sig over, at hun havde hallucinationer. Luise kastede op, og også dette symptom blev ignoreret og forklaret som et tegn på hendes sygdom. Dorrit fik at vide, at det var almindeligt, at patienter ikke ville acceptere, at de var syge, og derfor kastede op for at undgå medicinsk behandling.

Da Dorrit bad om en second opinion fra en anden psykiater, skrev Luises faste psykiater til hende: "Jeg tror, det vil være svært at finde en psykiater, der vil være villig til at lave en sådan vurdering ... Skulle hans vurderinger være væsentlig forskellige fra mine, vil jeg

naturligvis forholde mig til dem, men jeg kan ikke love at følge dem, så længe som jeg har ansvaret for behandlingen, vil jeg også have frie hænder. Den situation vil være overordentlig uheldig, når jeg tænker på vores fremtidige samarbejde. Og det vil næppe være til gavn for Luise.”

Dorrit læste om en test for langsom omsætning af lægemidler, hvilket ville kunne forklare, hvorfor Luise havde tålt medicinen så dårligt, eftersom medicinen så ville ophobes i kroppen. Hun kontaktede en forskningsleder, der var helt enig i, at Luise skulle testes på grund af hendes symptomer. Men senere talte han uafbrudt i en time og 18 minutter i telefonen og sagde, at sådan én som Luise ikke kunne få taget en test, for selvom den var positiv, var det stadig psykiaterens tunge lod at skulle medicinere så kraftigt, når hun var så syg, som hun var. Han var omhyggelig med at tilføje, at da Dorrit nu var blevet informeret, ville hun ikke få et brev om sagen.

Det var indlysende, at forskningslederen må have taget imod råd fra psykiateren, og Dorrit skrev et brev, hvori hun bad om et skriftligt svar med en begrundelse for afvisningen af hendes anmodning. Hun fik aldrig noget svar.

En måned senere blev Luise indlagt på Amager Hospital, og efter et par dage ønskede hendes psykiater at overflytte hende til Sct. Hans Hospital. Luise var rædselsslagen ved tanken om at komme tilbage dertil, og Dorrit opsøgte derfor hendes psykiater. Hun blev chokeret. Luise løb rundt for at undgå slanger og fiktive blodige væsener, der kom ud af væggene. En sygeplejerske, der havde haft vagt de seneste to nætter, fortalte Dorrit, at dette var resultatet af de sidste to dosisøgninger.

Men som altid nægtede psykiaterne at se konsekvenserne af deres udtalte inkompetence i øjnene. Der var nu en ny psykiater, og hun syntes at være utilpas over situationen. Hun var meget ubehagelig og så ikke engang på Dorrit, men bladrede i journalen, mens hun kom med den ene anklage efter den anden. Det var Dorrits skyld, at Luise ikke fik det bedre, fordi hun var imod medicinsk behandling. Det var Dorrits påvirkning, der gjorde, at Luise ikke ville til Sct. Hans Hospital. Psykiateren anbefalede, at Dorrit holdt op med at besøge Luise, fordi Luise efter personalets mening havde det dårligt efter hendes besøg. Psykiateren blev ved, stadigvæk med hovedet begravet i journalen. Dorrit fik aldrig mulighed for at stille spørgsmål, da hun var nødt til at forsvare sig imod alle anklagerne.

I journalnotatet fra samme dag stod der: "Undertegnede taler med patienten, der indtrængende beder om at få mere Seroquel [quetiapin], hvilket også findes indiceret".

Luise bad ikke om mere Seroquel; hun anede ikke, hvad der blev snakket om, og havde for travlt med at undgå de blodige uhyrer, som kom ud af væggen. Dorrit skrev til psykiateren og påpegede, at personalet ikke på nogen måde ville stå inde for hendes påstand om, at Luise fik det værre efter Dorrits besøg – faktisk tværtimod.

To år før hun døde, sagde Luise til sin mor: "Du kan godt skrive på min gravsten, at det var medicinen, der slog mig ihjel."

Nu begyndte repressalierne. Ingen på afdelingen ville tale med Luise eller Dorrit. Dagholdet var afvisende over for Luise og gjorde ingen forsøg på positiv kontakt. De var kolde, som Luise udtrykte det, og Dorrit blev også frosset ud, når hun kom på besøg; personalet sagde ikke engang goddag, men vendte ryggen til hende. En dag bad Luise Dorrit om at spørge hendes kontaktperson, en sygeplejerske, om de havde øget dosis den foregående dag. Sygeplejersken sad i gården med fødderne oppe på en stol og læste i et ugeblad, mens hun svarede, at det vidste hun virkelig ikke.

Luise blev sendt til Sct. Hans Hospital igen mod sit ønske. Det var naturligvis af afgørende betydning, at der blev givet en detaljeret beskrivelse af hendes problemer og hendes historie, men det skete aldrig. Et kort journalnotat fortalte om en 30-årig kvinde med "skizofreni og mental retardering", som var i behandling med to antipsykotika, tre beroligende piller og et lægemiddel mod medicininduceret parkinsonisme.

Den første psykiater, der dukkede op, var chokeret over de store doser medicin, Luise havde fået på Amager Hospital, og sanerede grundigt i medicinen. Senere kom der en anden psykiater, som øgede medicinen igen.

En tredje psykiater, der skulle have ansvaret for Luise, lyttede til Dorrit og var meget forundret over at høre, at Luise kunne være en almindeligt fungerende pige, når hun ikke var stærkt bedøvet af lægemidler. Dorrit fortalte hende, at Luise ville være blevet overflyttet til et hjem for mentalt retarderede, hvis Dorrit ikke havde grebet ind. Denne psykiater var meget usædvanlig, idet hun ikke alene behandlede Luise som et menneske, og ikke en upersonlig diagnose, men også gradvist reducerede hendes medicin, hvilket klart forbedrede Luises tilstand.



En dag ringede personalet til Dorrit og bad hende komme, da de ikke kunne forstå, hvad der var sket med Luise. Hun fægtede i vildelse og råbte, "nej, jeg vil ikke". Med god grund. Den afdeling, hun lige var flyttet til, var den samme, hvor hun gennem to år var blevet medicinforgiftet og havde været underlagt tvangsforanstaltninger, og hvor der var gået ild i hendes sengetøj. Disse begravede traumer var nu genopstået.

Den gode psykiater tog Luise alvorligt og arrangerede psykolog-samtaler. Luise var meget glad for dette og gik aldrig glip af en samtale, uanset hvor træt eller syg hun var. Hun begyndte igen at tale om at rejse, fulgte med i, hvad der foregik i byens kulturelle miljø og ønskede at se en udstilling af Turners landskaber, som hun og Dorrit havde set tidligere i London.

Grunden til, at Luise blev overflyttet til Sct. Hans Hospital, var, at hun skulle have tilpasset sin medicin. Efter 18 måneder blev hun – med Dorrits ord – sendt tilbage til helvede. I udskrivelsesbrevet står der:

"Under indlæggelsen har vi ikke fundet belæg for mental retarding. Patienten fremtræder normalt begavet, velorienteret i data og kan problemløse ... Vores erfaring er, at patienten er behandlingsresistent medikamentelt set. Der er blevet reduceret i den antipsykotiske behandling grundet bivirkninger ... der ses stadigvæk en mild form for tardiv dyskinesi (ufrivillige grimasser) ... Planen er umiddelbart, at der ikke skal forekomme medicinændringer de næste et-to år ... Derefter kan det vurderes, om patienten evt. gradvis sænkes yderligere."

Denne ekspertvejledning blev ikke respekteret på Amager Hospital. Luise vendte tilbage til sit behandlingshjem, hvor hun havde den samme psykiater som på hospitalet, og mindre end et år senere havde hospitalet dræbt hende.

Mens hun var på Sct. Hans Hospital, fik Luise omsider taget de prøver, man tidligere havde nægtet hende, og de viste, at hun havde en nedsat omsætning og derfor ophobede lægemidler i kroppen. Hun fik stadig medicin, fordi de gode psykiatere kun havde haft et halvt år til at nedtrappe hendes tunge medicinering, og da Sofus, Luises faste psykiater på Amager Hospital, indkaldte til et møde for at drøfte Luises ophold på Sct. Hans Hospital, mødte Dorrit og hendes bisidder op rustet til tænderne med gode argumenter for at reducere medicinen yderligere. Dorrit mindede Sofus om Luises

bekymrende tendens til at kaste op, hvilket hun stadig gjorde på grund af medicinen, men i det skriftlige referat af mødet sagde Sofus, at han ikke kunne huske noget om opkastninger, og at det stred mod hans opfattelse at reducere medicinen. Faktisk havde Sofus selv nævnt dette problem i hendes journal flere gange og havde sendt Luise til utallige ubehagelige gastroskopiundersøgelser.

Dagen efter havde personalet et møde med Sofus, som de havde arrangeret på grund af Luisers opkastninger. Luisers kontaktperson, Dorte, var til stede og fortalte Dorrit bagefter, at Luise selv havde ført ordet, og at hun aldrig havde set Luise så stærk og fokuseret som ved denne samtale. Dorte erklærede på mødet, at "Luise har haft det bedre og været klarere i hovedet, end hun havde oplevet hende før – 100 %".

Men referatet af mødet viser ikke engang, at Dorte var til stede, eller hvad hun sagde: "Patienten fortæller, at hun må stikke en finger i halsen for at fremprovokere opkastninger. Herudover er patienten meget talende, springende og noget usamlet. Fortæller om, at der inde på hendes værelse er forskellige personer, disse er venlige, har det svært og er hjemløse. De er venlige, men taler ikke til hende, fordi de er usynlige ... Jeg [Sofus] spørger ud om orientering: Patienten ved ikke, hvad ugedag det er. På spørgsmålet om måned svarer hun måneden før december, hvor juleaften ligger. Jeg spørger til årstal, hvilket jeg heller ikke får svar på."

Det, Sofus skrev om Luisers manglende orientering, var ikke sandt. Luise kendte altid datoerne. Dorrit følte, at Sofus fremstillede Luise som mentalt retarderet, idet manglende orientering om tid og sted er et af kriterierne for at stille diagnosen.

En måned senere var der et nyt møde, og Dorte beskrev, at personalet havde observeret, at Luise opførte sig meget anderledes end andre beboere med diagnosen skizofreni. Hun understregede, at det var, som om Luise faldt fuldstændig udenfor (hvilket personalet på de forskellige afdelinger, hvor Luise havde opholdt sig i årenes løb, også havde sagt). Dorte fortalte, at plejeholdet havde observeret, hvor meget bedre Luise havde det efter langvarige opkastninger (dvs. i en mindre bedøvet tilstand). Sofus sagde, at uanset om diagnosen var rigtig eller forkert, så ville den aldrig kunne slettes. Det var et meget langt møde, hvor Dorte argumenterede godt for personalets synspunkter.

Ved mødet bad Dorrit og Dorte om at se referatet af Luisers

samtale med Sofus tre uger tidligere. Dorrit blev chokeret over at se Sofus' notat om, at der havde været et såkaldt akut opkald fra personalet: "Patienten har været tiltagende psykotisk i den sidste tid og har haft opkastning. Hvis patienten ikke bedres, skal hun indlægges." Det passede jo slet ikke, så Dorte tog derfor afdelingens kardex frem og begyndte at oplæse personalets daglige optegnelser, hvor det fremgik, at Luise havde været meget social og glad. Hun havde deltaget i det daglige arbejde og havde ikke fået ekstra medicin, som hun plejede. Derfor var der intet, der tydede på en tiltagende psykose. Dorrit spurgte, hvordan det var muligt at observere tiltagende psykose ud fra en samtale, idet tiltagende er noget, der sker gradvist. Sofus sagde, at han havde mødt Luise på gangene og set, at hun virkede psykotisk.

Dorrit var meget bekymret og forstod ikke Sofus' motiver. Hvorfor skrev Sofus, at Luise var tiltagende psykotisk, når hun netop havde det bedre end længe? Lagde han op til, at Luises medicindosis snart skulle sættes op?

Referatet af dette møde handlede meget om WHO's diagnosebetegnelser i forbindelse med skizofreni og noget om Dortes og personalets holdning til Luises diagnose. Det hele var meget sløret skrevet. Dorrit fik aktindsigt to uger senere, og nu var der en helt ny version af denne samtale. Nøglepassagen om den indtrængende opfordring fra personalet og Luises tiltagende psykose var blevet slettet.

Det nye referat handlede nu kun om opkastninger, og teksten lignede til forveksling et brev, Dorrit havde skrevet til psykiateren om sine bekymringer over Luises opkastninger og seneste øgning i medicin. Dorrits sætning, hvor hun forudså, at Luise ville blive indlagt inden for en måned, hvis det gik, som det plejede, var heller ikke med.

Luise blev indlagt på Amager Hospital, efter at hendes opkastninger var ophørt, og hun blev forgiftet med medicin igen. Sofus bidrog til en dosisøgning på trods af, at han havde deltaget i udskrivelseskonferencen tre måneder tidligere på Sct. Hans Hospital, hvor han fik at vide, at Luise skulle tage så lidt antipsykotisk medicin som muligt. Luise mistede alt håb og spurgte sin mor under et af hendes besøg: "Mor, tror du, der er bedre i himlen?"

Luises bedste ven på behandlingshjemmet, som også var blevet indlagt på hospitalet og opholdt sig i værelset ved siden af hendes,

kollapsede pludselig på gulvet og døde i løbet af få minutter. Luise var fuldstændig knust, og alt, hvad hun sagde til sin mor, var: "Jeg bliver den næste."

Personalet tilbød ikke psykologhjælp og hævdede, at Luise optrådte fuldstændig uberørt af det chokerende dødsfald. I stedet for blev Luisers medicinering øget, og der stod i sygeplejejournalen: "Noget urolig på grund af uroen i afdelingen her til morgen. Synes, hun fejler alt muligt, og beder om at få taget blodtryk."

Psykiaterne havde lige dræbt en patient med deres medicin, men dette blev kaldt "uro", og personalet havde tilsyneladende ikke den mest elementære viden om de lægemidler, de anvendte, fx at de fjerner folks følelser, så de ikke reagerer som folk, der ikke er forgiftede. Desuden var de manglende reaktioner fra de andre patienters side på skrigene, da Luisers veninde døde, sandsynligvis også relateret til deres frygt for, at de kunne blive de næste, der døde af overmedicinering. De gjorde alt for ikke at reagere følelsesmæssigt på situationen, da de vidste alt for godt, at den behandling, der tilbydes for en intens reaktion, sjældent er en beroligende samtale, men snarere fastholdelse, eventuelt suppleret med en sprøjte. Det minder mig om den allestedsnærværende frygt, der herskede i de nazistiske koncentrationslejre, hvor alle gjorde deres yderste for ikke at vise følelser for at undgå at blive det næste lig. En tredje grund til, at Luise ikke reagerede, var, at psykiatrien havde nedbrudt hende. I første omgang kæmpede hun imod, hvilket resulterede i langvarige tvangsforanstaltninger. Til sidst var bare truslen om magtanvendelse tilstrækkelig til at gøre Luise føjelig. Luise bad ved flere lejligheder om at blive spændt fast, hvilket hun foretrak frem for det endnu værre alternativ: ekstra medicin eller indsprøjtninger.

Man skulle tro, at samtale var en normal del af behandlingen på en psykiatrisk afdeling, men det var ikke tilfældet for Luise. Når psykiatere opfatter patienternes problemer som fejlfyrende neuroner som følge af en eller anden hjernedefekt, bliver samtale irrelevant. Det ville have givet hende chancen for at fortælle, hvordan hun oplevede sin behandling, og hvorfor hun var bange for antipsykotisk medicin. Dorrit fandt det forbløffende, hvor meget bedre Luise havde det, da den gode psykiater på Sct. Hans Hospital lyttede til hende, og hvordan tingene blev endnu bedre i hendes samtaler med psykologen.

Europarådets komité til forebyggelse af tortur og umenneskelig

eller nedværdigende behandling eller straf besøgte Danmark i 2002 og igen i 2004, hvor den bemærkede, at brugen af tvangsforanstaltninger var steget. Fire måneder efter Luises død var brugen af bæltefiksering imidlertid faldet betydeligt. Psykiaterne havde indset, at “patienter kan tage langt mere ansvar, end vi troede”, og også, at der er langt mindre brug for tvang og i langt kortere tid, hvis de taler med patienterne og respekterer dem.

I årenes løb havde Dorrit skrevet til flere af de fremmeste psykiatere og spurgt, om de kunne hjælpe hende med en second opinion. Ingen bød hendes anmodning velkommen; de bad hende om at tale med Luises psykiater igen. Det er meget tydeligt for mig, at lægerne er yderst tilbageholdende med at bringe sig selv i en position, hvor deres uafhængige udsagn kan ses som en kritik af en af deres kolleger. Dorrit fandt dog endelig en, og han konkluderede, at Luise led af Aspergers syndrom. Det er meget almindeligt, at sådanne patienter fejldiagnosticeres som skizofreni. Han sagde, at han ville kontakte Luises psykiater (Sofus) og var sikker på, at de to sammen kunne lave en langsigtet nedtrappingsplan for Luise. En måned senere ringede han til Dorrit og fortalte, at Luises psykiater ikke ville gå ind i et samarbejde. Dorrit græd i telefonen og sagde, at så kunne hun blot vente på, at Luise skulle dø. Det skete fire dage senere.

En tidlig morgen fik Dorrit det telefonopkald, hun havde frygtet og havde haft mareridt om i årevis. Luise var faldet om på gulvet ligesom sin veninde et halvt år tidligere med kramper og var død. Dorrit skreg og råbte: “Nej, nej, nej, det kan ikke passe. I har dræbt hende med jeres medicin! Det er det, jeg hele tiden har sagt. I er ved at dræbe hende”.

Dorrit ringede straks til sin søster Elsebeth, som lovede at komme så hurtigt som muligt. I det næste opkald fra hospitalet sagde en kold kvindestemme, at hvis de syntes, der skulle ligge blomster ved Luises dødsleje, måtte de selv medbringe dem.

Halvfems minutter efter dødsopkaldet fik Dorrit et tredje opkald, hvor en stemme sagde, at “hvis du vil se Luise, før hun bliver kørt væk, skal du komme nu”. Dorrit råbte grædende: “Jeg kan da ikke tage alene ud til jer, jer, som har slået hende ihjel, og sige det sidste farvel til Luise, det menneske, jeg elsker højest i livet!”

Luises død blev beskrevet som en “utilsigtet hændelse” af lægen fra intensivafdelingen, som var den, der havde beordret den dødelige indsprøjtning. Ved hans side sad Luises faste psykiater (Sofus).

Der var ingen tegn på medfølelse. Lægerne forekom vrede, afvisende og ufølsomme. Elsebeth spurgte, hvorfor de ikke havde lyttet til Dorrits advarsler. En uge tidligere havde Dorrit fortalt dem, at mere medicin, og især depotmedicin, ville blive Luises død, fordi hun ikke kunne kaste den op. Dorrit havde argumenteret for, at ingen psykiater vidste, hvor meget medicin Luise kunne tåle, fordi hun altid kastede op.

Svaret på Elsebeths spørgsmål var: "Vi har handlet efter bogen". Men de havde ikke handlet efter bogen. Luise fik et nyt antipsykotisk lægemiddel oven i de tre, hun allerede tog, hvilket var stik imod Sundhedsstyrelsens vejledning, der siger, at læger bør undgå at give mere end ét stof ad gangen, og at to lægemidler kan administreres i ekstraordinære tilfælde.

Der var intet i journalen, der viste, hvilke oplysninger Luise havde fået om depotsprøjten, eller hvad hun havde sagt om det. Den dag, injektionen blev givet, mindre end ti timer før Luise døde, sagde journalen lakonisk:

"Patienten overtales i dag til at tage depotmedicin." Derefter lidt om dosis og om, at hun havde det godt. Obduktionen afslørede mærker rundt omkring på kroppen, som retsmedicineren ikke kunne forklare. Dorrit var ikke i tvivl om, at disse mærker stammede fra dengang, Luise fik indsprøjtningen. Luise ønskede ikke medicin med en sprøjte, hvilket fremgår krystalklart af et journalnotat fra en uge tidligere, hvor hun siger, "nej, aldrig i livet vil jeg have en indsprøjtning."

Dorrit havde ringet til Luise om eftermiddagen den dag, hun fik den dødelige indsprøjtning. Luise var vred og ønskede ikke besøg, hvilket bekymrede hendes mor, der ringede til afdelingen og fik at vide, at Luise havde det godt og bare ikke ønskede besøg. Da Dorrit spurgte, om der havde været en ændring i medicinen – idet hun frygtede den indsprøjtning, som lægen havde talt om, og som hun havde sagt ville blive Luises død – svarede de, at de havde besluttet at informere hende om eventuelle medicinændringer en gang om ugen, så det ville hun få at vide en uge senere. Nu blev Dorrit virkelig bange, men næste morgen var Luise allerede død.

Der var intet i journalen om injektionen undtagen tidspunktet, selvom lægeloven siger, at det skal fremgå af journalen, hvilke oplysninger patienten har fået om et nyt præparat, og hvad patienten har tilkendegivet.

Efter Luises død rådede alle Dorrit til ikke at indgive en klage, da det er en nedværdigende og opslidende proces, og at hun aldrig ville få et ben til jorden, fordi psykiaterne hænger sammen som ærtehalv.

Dorrit anmeldte Luises dødsfald til politiet, Patientklagenævnet og til Patientforsikringen. Hun følte, at der i det mindste var mulighed for en undersøgelse for uagtsomt manddrab. Ni måneder senere skrev politiet til hende, at de havde indstillet efterforskningen. Derimod havde de haft regelmæssig kontakt med Hovedstadens Sygehusfællesskab og dermed Amager Hospital. Tre måneder efter Luises død erklærede de, at de ikke fandt nogen grund til at afhøre den læge, Dorrit havde anmeldt til politiet, men at de afventede Sundhedsstyrelsens medicinske vurdering af Luises behandling.

Sundhedsstyrelsen konkluderede, at Luise var blevet behandlet i overensstemmelse med standarden for god speciallægepraksis, hvilket bestemt ikke var tilfældet, da behandlingen så tydeligt ikke havde overholdt Sundhedsstyrelsens egen vejledning.

Dorrits klage til Patientforsikringen, med overskriften “Dødsfald pga. medicinforgiftning” førte heller ingen steder hen. Ifølge Patientforsikringens psykiatrisagkyndige var Luise blevet behandlet efter bedste specialiststandard. Hvis det virkelig er tilfældet, forstår jeg bedre, hvorfor psykiaterne dræber så mange af deres patienter. Psykiateren bemærkede, at “den risiko, der ligger i den medikamentelle behandling, må afvejes over for den lidelse, Luise Hjerming Christensen ville have været udsat for uden behandling.” Det er ganske utroligt, at sandheden kan vrides på denne måde. Luises lidelse og død var forårsaget af den medicin, psykiaterne havde påtvunget hende. Hun ville have haft det godt uden medicinen, der løb op i tre gange den højeste anbefalede dosis – ovenikøbet til en person, der omsætter medicinen dårligt.

Det tog tre år for Patientklagenævnet at nå frem til en afgørelse. Også den lød på, at Luise var blevet behandlet i overensstemmelse med standarden for god speciallægepraksis.

“Licens til at dræbe” i James Bond-film har en pervers betydning i psykiatrien. Det anses for at være den højeste standard for specialistbehandling at dræbe folk efter at have tortureret dem i årevis med den medicin, der i sidste ende dræber dem, og som de bad deres torturbøddler om ikke at bruge. Endvidere tog denne “høje standard” ikke hensyn til offentlige udtalelser fra førende farmakologer fra

Danmark og Norden, som bekræftede, at den store medicindosis uden tvivl havde været årsag til Luises pludselige død!

Den totale absurditet fremgik også af, at netop den læge, Dorrit havde indgivet klagen over, blev ansat af Patientklagenævnet som psykiatrisagkyndig syv måneder efter Luises død, dvs. mens sagen stadig var under behandling. Det betyder, at sagen kunne være blevet afgjort, før den overhovedet kom i gang, da det ville have været ubelejligt for bestyrelsen at anklage en læge, de lige havde ansat.

Der skete flere underlige ting under sagens gang. Luises dødsattest sagde "dødsårsag ukendt", og som medvirkende dødsårsager var anført "epilepsi og mental retardering". Det var skandaløst. Der var ikke noget om medicin. Og hospitalet vaskede sine hænder. Det fralagde sig ethvert ansvar for de to forkerte diagnoser og sagde, det var en sag for politiet og retsmedicinerne.

Pudsigt nok havde Luises veninde, som døde et halvt år tidligere på samme hospital, også epilepsi opført som en medvirkende dødsårsag på sin dødsattest, selvom hun heller ikke havde epilepsi. Det er aldrig lægemidlets fejl eller psykiaternes skyld, det er dig og din sygdom.

Dorrits klager førte ikke til noget, men den massive mediedækning startede en meget omfattende debat om kvaliteten af psykiatribehandlingen i Danmark.

Systemet lykønskede sig selv med sit førsteklases manddrab, hvor alle synes at have været vaccineret på forhånd mod at blive fundet skyldige. Den officielt godkendte betegnelse for dødsfald som Luises er "naturlig død".

## Referencer

- 1 Whitaker R. Mad in America. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 2 Whitaker R. Den psykiatriske epidemi: illusionen om mirakelpillen. Søborg: Psykoveision; 2013.
- 3 Council of Europe. European Convention on Human Rights. 2010 June 1. [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int) (læst 27. dec. 2014).
- 4 Council of Europe. European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm>. 2002 March 1 (læst 27. dec. 2014).
- 5 Council of Europe. European Committee for the Prevention of Torture and



- Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf> (læst 27. dec. 2014).
- 6 Frances A. Resuscitating the biopsychosocial model. *Lancet Psychiatry* 2014;1:496-7.
  - 7 Breggin P. *Psychiatric drug withdrawal: a guide for prescribers, therapists, patients, and their families*. New York: Springer Publishing Company; 2013.
  - 8 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One* 2010;5:e15337.
  - 9 Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973;179:250-8.
  - 10 Høifødt BF. Medisinfrie enheter, for hvem og hvordan? 2014 Dec 5. <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/medisinfrie-enheter-for-hvem-og-hvordan> (læst 7. dec. 2014).
  - 11 Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2009. DOI 10.1007/s00127-009-0132-3.
  - 12 Sailas EES., Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;1:CD001163.
  - 13 Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1357-65.
  - 14 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1353-5.
  - 15 Couzin-Frankel J. Human subjects protections under fire at the University of Minnesota. *Science* 2015 March 2.
  - 16 Davies E. Investigating the fallout of a suicide. *BMJ* 2013;347:f6039.
  - 17 Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD004408.
  - 18 Wollaston S. Community treatment orders are not helping people with mental illness. *The Guardian* 2013 Aug 14.
  - 19 Mind. Community treatment orders. 2007 Dec. <http://www.mind.org.uk/information-support/legal-rights/supervised-community-treatment/community-treatment-orders/> (læst 23 April 2014).
  - 20 Notat om dosering af lægemidler i psykiatrien. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014 Oct 30.
  - 21 Kirk SA, Gomory T, Cohen D. *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2013.
  - 22 *Anvendelse af tvang i psykiatrien*. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
  - 23 *Mad in Australia*. Justice Action 2013 Nov.
  - 24 Superior court for the state of Alaska. Transcript of proceedings 3/5/03 & 3/10/03. <http://psychrights.org/States/Alaska/CaseOne/30-Day/3-5and10transcript.pdf> (læst 21. nov. 2014).
  - 25 Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiatr* 2011;26:201-7.

- 26 Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. *Int J Soc Psychiat* 2010;56:412-23.
- 27 Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry* 2011;26:244-51.
- 28 Godfrey JL, McGill AC, Jones NT, et al. Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2014;65:1277-80.
- 29 Ashcraft L. Peer services in a crisis setting; the Living Room. March 2006. <http://www.recoveryinnovations.org/pdf/LivingRoom.pdf> (læst 22 Feb. 2015).
- 30 Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
- 31 Schmied K, Ernst K. [Isolation and forced injection in the opinion of affected patients and patient care personnel]. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1983;233:211-22.
- 32 Gottstein JB. Involuntary commitment and forced psychiatric drugging in the trial courts: rights violations as a matter of course. <http://psychrights.org/Research/Legal/25AkLRev51Gottstein2008.pdf> (læst 22. feb. 2015).
- 33 United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 1 2014 May 19. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement> (læst 1. april 2015).
- 34 Christensen DC. Kære Luise: en beretning om magt og afmagt i psykiatrien. København: Løfbergs Forlag; 2011.