



Hjem > Bøker

Bøker

# En lesning av Tor-Johan Ekelands essay «Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform»

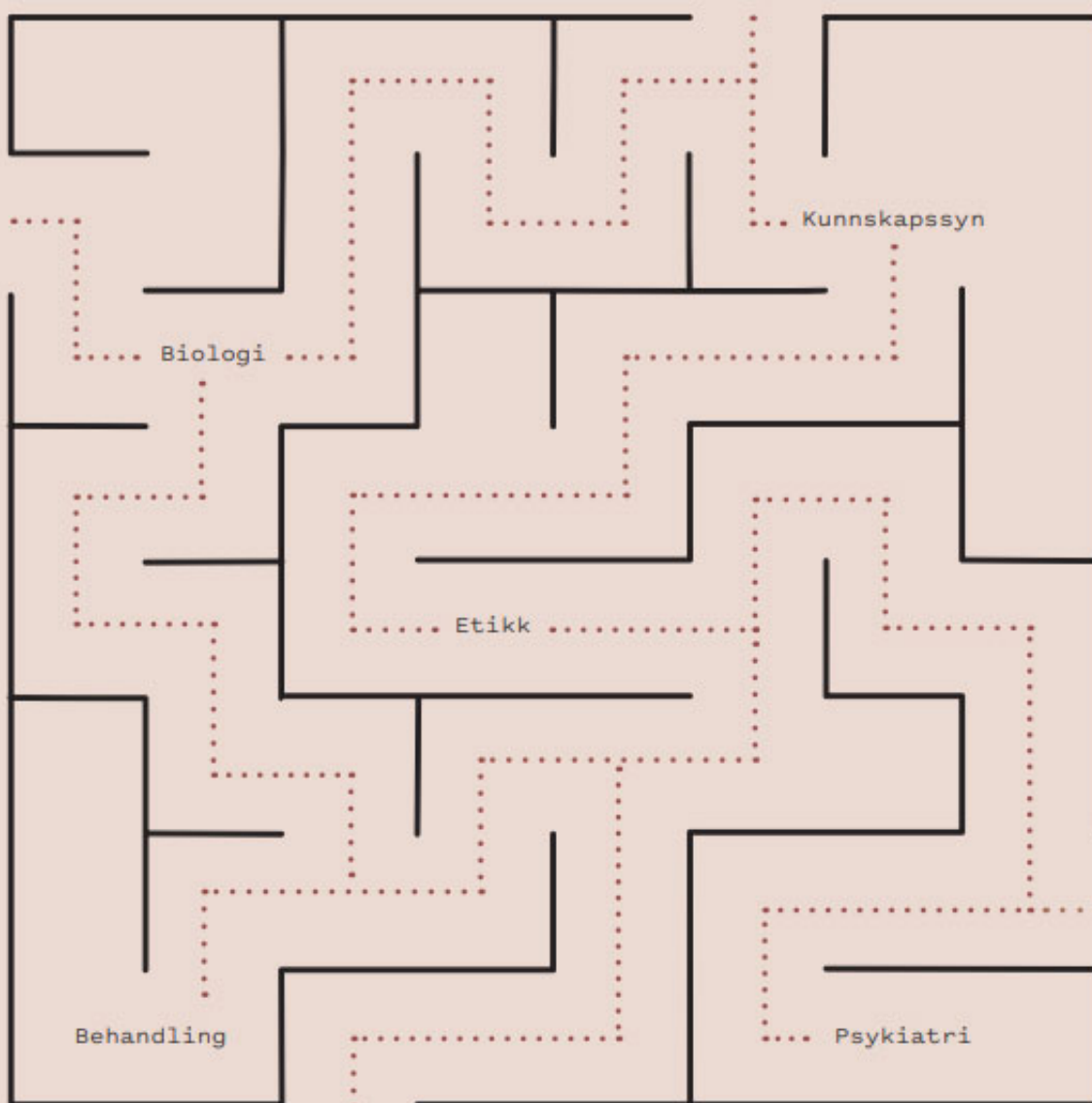
Av [Ragnfrid Kogstad](#) - 30.08.2021





# Psykisk helsevern - en kunnskapsplattform

Tor-Johan Ekeland



**Tor-Johan Ekelands kritikk av psykisk helsevern er ikke høylytt, men desto grundigere. Den handler om selve kunnskapsgrunnlaget denne tjenesten er bygd på. Eller, den går dypere enn som så, og handler heller ikke om riktig eller gal kunnskap, om for eksempel behandlingsmåter eller om lidelsers årsaker. Den handler om våre forforståelser, om hvor ulikt kunnskapssystemer kan bygges, og hvor viktig det er å reflektere over i hvilken grad kunnskapen vi lener oss på kan si noe relevant om det vi forsøker å forstå.**

## **Forskning og vitenskap – entydige begrep?**

Essayet «Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform», er en oppfølger til rapporten Ny kunnskap – ny praksis (Ekeland 2011) som tok utgangspunkt i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St meld 25, 1996-1997). Om denne planen sier Ekeland at den bygger på en antakelse om at fenomenene – psykiske lidelser, problemer, symptomer – foreligger i verden og kan studeres fra en utvendig posisjon med vitenskapens objektiviserende blikk. Det forhold at det finnes ulike kunnskapssyn og at det eksisterer spenninger mellom disse, erkjennes som en utfordring i Opptrappingsplanen, men svaret der er 'mer forskning'. Spørsmålet Ekeland da stiller er: Hva slags forskning?

I media hører vi ofte: «forskning viser» og tenker gjerne at vi da får sikker kunnskap om noe. Men som Ekeland skriver, er dagens dominerende måte å tenke om vitenskap og sannhet på, en arv fra 16-1700-tallet. Under det som kalles moderniteten vokste troen på at det finnes en utvetydig sannhet fram, og sammen med det, forestillingen om at vi har bestemte metoder for å avdekke denne sannheten. Det sanne ville vise seg som empiri eller noe 'positivt' gitt. Muligheten til 'avsløring', og med det en bedre oversikt over verden, økte også framskrittstroen og troen på at mennesket kunne kontrollere verden og oppnå større frihet.

Gradvis vokste det fram en idé om at også mennesker kunne underlegges vitenskapelige undersøkelser etter samme lest som naturen for øvrig. Det mentale kunne studeres som et naturfenomen. Denne tenkemåte knyttet i psykologifaget gjerne til Wilhelm Wundt (1832-1920).

Det er en vanlig oppfatning at det sjelelige, åndelige og ikke målbare ble skilt ut fra vitenskapene med Descartes. På Descartes' tid var det viktig at 'sjelens verden' fikk være en del av kirkens domene. At 'vitenskap' ble begrenset til det vi i dag forbinder med naturvitenskap, var altså betinget av en historisk og kulturell situasjon.

Seinere var det flere som etter hvert forsøkte å forene det som var splittet opp. Fenomenologen Edmund Husserl (1859-1938) pekte på det skjebnesvangre i å skille ut en naturvitenskapelig

verden fra en verden av menneskelig erfaring og subjektivitet. Fenomenologi vokste med Husserl fram som en kriseterapi for (igjen) å gjøre livsverdenen vitenskapelig relevant, og ble som metode et redskap for å nå inn til fenomenenes egentlighet.

En annen som reagerte på at modernitetens (naturvitenskapelige) metoder skulle være enerådende, selv i studiet av mennesker, var Wilhelm Dilthey (1833–1911), som sa at naturen kan en *forklare*, men mennesker må en *forstå*. Med fenomenologisk og eksistensialistisk filosofi ble menneskets erfaringsverden forsøkt gjenopprettet som det en må studere for å forstå mennesket.

Likevel er vi i dag i en situasjon der den medisinske tenkemåten har en dominerende posisjon i psykisk helsevern. Galskap som ufornuft har blitt omtolket til galskap som maskinfeil – uten intensjon og mening. Vitenskapen ser fremdeles ut til å nære en grunnleggende mistenksomhet til det subjektive og erfaringsbaserte. Den medisinske tenkemåten speiles i bl.a.

Opptappingsplanens formulering om at: «For de alvorligste sinnslidelsene (psykosene) tyder forskning på at forekomsten i mindre grad kan settes sammen med sosiale forhold, mye er sannsynligvis biologisk betinget» (St. Meld. 25, 96/97). Det mest interessante med formuleringen er at man gjerne vil formidle en forbindelse mellom biologi og 'de alvorligste sinnslidelsene', men dette har man ikke konkret dokumentasjon på. Derfor bruker man formuleringer som: 'i mindre grad kan settes sammen med..' og 'er sannsynligvis biologisk betinget'. Dette er etisk problematisk fordi de antydde sammenhengene – om de var dokumenterte – ville ha alvorlige konsekvenser for hvordan vi ser på og behandler mennesker som faller inn under kategorien «de alvorligste sinnslidende». En annen sak er at de i sin antydning allerede har slike alvorlige konsekvenser.

Det vi i dag tenker på som vitenskap er altså kulturelt konstruert og har fått sin dominerende posisjon i konkurranse med andre grunnleggende perspektiver på hvordan vi får kunnskap om verden. Disse andre perspektivene har ikke fått samme status som de naturvitenskapelige. Dette kan ha sammenheng med vår tendens til å søke det målbare og de enkle kausale sammenhengene som igjen kan gi konkrete anvisninger på handling. Det kan kjennes enkelt og håndgripelig å forsøke å avsløre fenomeners sanne natur ved målinger. Men nettopp innen psykisk helsevern viser forsøkene på å avsløre fenomenene ved målinger og beskrivelser av tegn og symptomer, denne vitenskapelige tenkemåten begrensninger: Tegnene og symptomene fører oss verken til en beskrivelse av mulige årsaker, underliggende biologiske prosesser, prognoser eller hvilken behandling som vil virke.

## **Den subjektontologisk posisjonen**

Det store spørsmålet hos Ekeland er hvilken vitenskapsteoretisk forforståelse vi tar for gitt når vi skal forske på et felt. Antar vi at det vi ønsker å studere eksisterer uavhengig av oss, som noe vi kan være tilskuere til, eller er det et terreng som *formes* i det øyeblikk vi går i samhandling med andre mennesker? Ekelands svar er at fenomenet psykiske lidelser har en interaktiv natur og skapes gjennom et samspill. Med andre ord, ontologien (det som er) er ikke objektiv. Vi har å gjøre med en verden av fenomener som ikke kan eksistere uavhengig av oss. Dette er også en verden av fenomener der mennesker har ønsker, de er handlende subjekter med egne verdier og holdninger. Et slikt perspektiv står i motstrid til det å hevde at ting skjer som resultat av mekanisk virkende krefter (eplet faller til bakken pga. tyngdekraften). Det mentale er intensjonalt: mennesker har ønsker og de søker mening. Vi skaper, lider og begeistres. Vi er også kroppsobjekter, men som kropper erfarer, tolker, føler vi og skaper mening. I naturvitenskapens verden skjer det *hendelser* (meteorer faller til bakken, og det prøver vi å *forklare*); i samfunnsvitenskapens verden er det derimot *handlinger* vi er vitne til (mennesker som har en selvstendig *vilje* med det de gjør, og det prøver vi å *forstå*).

Mennesker har evne til språk og symbolisering, og kapasitet til meningsskapning. Vi kan definere meningssystemer som irrasjonelle eller ekstreme. Vi vurderer alltid normativt. Et menneskes subjektivitet *dannes*, den er ikke gitt. Den er heller ikke bare privat, men kulturell og intersubjektiv, og vi kan i ulik grad gjenkjenne andres tenkemåte og deres intensjonalitet. Om vi ikke gjenkjenner andres væremåter som intensjonale, vil vi lettere ty til kausale og objektiverende forklaringer.

De fenomenene psykiatrien studerer – følelser, tanker og adferd – er meningsfulle bare innen en forståelsesramme der fenomenene ses som noe som skapes og trer fram i samspill mellom mennesker og ved hjelp av våre tolkninger. En psykiatrisk diagnose er først og fremst en normativ avgrensning. Vi har mange eksempler på standardiserte skjemaer som skal være en hjelp til å få et 'objektivt' bilde av person og lidelse, men uansett hvor mange skjemaer som fylles ut, er vurderinger av et annet menneskes adferd, tanker og følelser, *normative* vurderinger. Vi er i et terreng som ikke er formet uavhengig av menneskers subjektivitet, heller ikke om psykiatriens drøm om (objektive) biomarkører, mulige genotyper og sikrere diagnoser skulle la seg realisere. Om forståelsen for det normative utgangspunktet glipper av syne, kan de kliniske implikasjonene av kartlagte biomarkører og diagnosekjennetegn bli svært problematiske.

Det er ikke bare kunnskapsteoretiske grunner som nødvendiggjør en forståelse av at terrenget består av mer enn objekter som kan studeres fra en utvendig posisjon. Like mye er det etiske grunner. Som Ekeland sier, er risikoen for villfarelser og mulig inhumanitet størst når en forankrer kunnskapen objektontologisk, det vil si at vi tar for gitt et objektivt (biologisk) terreng som kan eksistere uavhengig av oss. Studier av stigma tyder på at biologiske forklaringer svekker empati.

Individets subjektstatus svekkes, noe som igjen gir økt avstand. Dialog er bare mulig mellom subjekter. Særlig der praksis handler om menneskelig nød og lidelse, må kunnskapen vurderes ut fra hva den gjør, ikke bare ut fra dens sannhetsgehalt. Etikken må ha forrang framfor evidensen.

Om feltet psykisk helsevern kan vi si at det er en grunnleggende feil i måten terrenget eller fenomenene forstås på. Et blikk som passer for fenomener som kan studeres objektivt og utenfra har trengt seg inn på et område som også består av menneskelig erfaring og subjektivitet. En kan ikke behandle psykiske lidelser, bare lidende mennesker. Psykiske lidelser er ikke sykdommer som andre sykdommer. Språkbaserte og mellommenneskelige hjelpetiltak kan heller ikke forskes på som om de var medisiner. Det kontekstuelle og relasjonelle er en altfor stor del av behandlingen til det. Evidensforskningen (basert på en naturvitenskapelig tilnærming) i behandlingsforskningen, er ifølge Ekeland ikke kunnskapsbasert om vi tar på alvor kunnskapsfeltet for psykiske lidelser. Evidensforskningen skygger for en kunnskapstradisjon der en verden av menneskelige erfaringer, meninger og intensjoner ikke er skilt fra en naturvitenskapelig verden. I evidensforskningen er en opptatt av å teste effekten av intervensjoner, mer enn de subjektive erfaringene rundt hva som har vært hjelpsomt. Det økende presset om evidensbasert praksis (EBP) forsterker et kunnskapssett som er orientert mot at virkeligheten kan ses som et sett av objektive fenomener. Logikken bygger på biomedisinsk kunnskap der en bestemmer evidensbaserte behandlingstiltak ut fra definerte diagnoser. Oppmerksomheten rettes mot hva som virker på en gjennomsnittspasient. Det «kunnskapsbaserte» er vanskelig å argumentere mot, men den evidensbaserte kunnskapen er egentlig ganske avgrenset, skapt gjennom bestemte metodededesign (randomiserte kliniske forsøk – RCT – og metaanalyser) som viser at noe er bra for gjennomsnittspasienten. Når pakkeforløp igjen bygger på denne forskningen, kan en komme til å standardisere dårlig kvalitet.

## **Hva vet vi om norske fagfolks kunnskapsteoretiske tenkning og forståelse?**

Det er vanskelig å hevde at psykiatri som profesjonsfag har skaffet seg et avklart vitenskapelig grunnlag for sin praksis. Hvem kan svare på om biologiske variabler er årsak eller virkning? Eller om det kan lokaliseres en grense for når biologisk variasjon går over til å være avvik? Eller om en psykiatridiagnose er en normativ eller biologisk avgrensning? Bak adferden som utløser f.eks. en ADHD-diagnose kan det finnes et mønster av mulige gener, men ingen har påvist (eller kan påvise) at genene er feil, skadede eller patologiske. Genene har i så fall vært blant oss i tusenvis av år.

Epigenetikken – kunnskapen om at gener kan skrues av og på og at disse prosessene kan knyttes

til relasjonserfaringer – viser at prognosene om livslang kronifisering er ubegrunnede, men de kan likevel bli farlige selvoppyllende profetier. Arv er ikke skjebne. Forskningen på epigenetikk viser at det biologiske nivået kan være sekundært.

Amund Meidell Andenæs (2017) er en av få som har spurt norske psykiatere om deres kunnskapsforståelse. Her fant han to hovedkategorier av psykiatere: medisineren og fortolkeren. Den første er sykdomsorientert, den andre personorientert. Andenæs viser hvordan de ulike orienteringene speiler en lang kamp om kunnskapen i feltet og fører med seg ulike forståelser av klinisk praksis. Ellers har vi lite kunnskap om hvilken epistemologisk identitet eller kunnskapstradisjon norske fagfolk vedkjenner seg.

Ekeland nevner den norske psykiateren Petter Andreas Ringen som har skrevet artikkelen «Psykiatrien – hvor står du, hvor går du?» (Ringen 2018). I artikkelen prøver Ringen å gi et samlende bilde av psykiatrifagets status og argumenterer for et integrerende biopsykososialt perspektiv. Han erkjenner at det økte biologiske søkelyset ikke har ført til noe gjennombrudd for psykiatrisk diagnostikk, men ser likevel en mulighet i at biologi i økende grad blir integrert i 'psykiatrisk fenomenologisk forskning', for eksempel ved å koble problemer med å oppfatte omgivelsene riktig til endring i hjerneområder. Han prøver videre å forene to utviklingstrender: På den ene siden analyse av gener og registrering av fysiologiske aktivitetsmønstre på ulike områder. På den andre siden mer vekt på brukermedvirkning og individtilpasset behandling. Selv om Ringen prøver å gi et samlende bilde av feltets status og fremtidsmuligheter, inntar han en posisjon som er tydelig forankret i et naturvitenskapelig kunnskapssyn. En underliggende forståelse er at psykiske lidelser er tekniske av natur. De ikke-spesifikke terapeutiske faktorene – håp, tillit, mening, og kvaliteten i den terapeutiske alliansen (se bl.a. Thomas mfl., 2012), har knapt noen plass i dette perspektivet. I et perspektiv der fenomenene ses som formet av og formbare i relasjoner, blir disse faktorene derimot avgjørende.

Mange vil mene at teorier og terapimetoder basert på en forståelse av samhandlingens og subjektivitetens betydning har vært en viktig bestanddel i de kliniske fagene i lang tid. Her kommer Ekeland med en todelt kritikk: For det første spriker de ulike tilnærmingene i mange retninger når det gjelder grunnforståelse, og de klarer i liten grad å framstå som et alternativ til det biomedisinske hegemoniet. Dette kan blant annet ha sammenheng med lite refleksjon knyttet til hvilket fundament og kunnskapssyn tilnærmingene bygger på. For det andre presenterer de gjerne prangende deklarasjoner om tilbudenes unikheter, selv om det er mye felles innhold, noe som gjør det enda vanskeligere å framstå som et tydelig alternativ.

## **Kunnskapsplattformen – fundamentet som kan bære**

# alternative terapeutiske modeller

En første byggestein i skissen av en kunnskapsplattform for psykisk helsevern bør være en erkjennelse av at vi oppnår relevant kunnskap gjennom å få del i menneskers erfaringsverden, og at vurderinger av symptomer i utgangspunktet er subjektive og normative. Den dominerende tenkemåte i dag passer ikke med det Ekeland betegner som en subjektontologisk posisjon.

Et kunnskapssyn i tråd med forståelsen av at virkeligheten blir til gjennom oss, må også være forankret i en oppfatning av hva det vil si å være menneske og hva vi ikke kan velge bort. Dette handler ikke minst om avhengighet, sårbarhet, relasjonenes skjørhet, eksistensiell ensomhet og at vi alle er dødelige. Når grunnvilkårene settes på prøve, settes mennesket på prøve.

Det finnes fortsatt ingen kur for psykiske lidelser. Det er nødvendig å se seg om etter andre teorier som kan passe bedre. En vei å gå er å definere psykoterapi som en hermeneutisk (fortolkende) og kommunikativ praksis som gjenoppretter mening og subjektets egen kraft til å mestre, bygd på en forståelse av fenomenet psykiske lidelsers interaktive natur. Menneskelig lidelse lar seg lindre i samvær med et medlidende menneske. Dette var lenge den viktigste og eneste medisinen. Utgangspunktet må fortsatt være en grunnformel som tar for gitt at et gjensidig perspektiv er mulig.

## ***Dialogen***

I møte med en pasient må det fra starten av ligge et forsøk på å opprette dialog. Dette kan ta tid når utgangspunktet er sammenbrudd eller fornektning av selvet. Da er det ofte en møysommelig prosess å gjenopprette dialogen med den «normale» verden, noe som er avhengig av at den Andres opplevelse anerkjennes og at man finner fram til et felles språk som ikke fremmedgjør hva psykiske lidelser er, men er en hjelp til å skape mening og gjenkjenning.

Så vet vi at mennesker har ulike behov, og at skreddersøm framfor standardisering er avgjørende. Fra psykoterapiforskningen kjenner vi til at det er fellesfaktorene og relasjonen som er viktig. Virkningene er ikke spesifikke. Man kan i liten grad sette inn ett spesifisert tiltak overfor et spesifikt symptom.

## ***Diagnoser***

Stigma knyttet til tradisjonelle diagnoser er et problem, samtidig kan diagnosene bety at samfunnet tilbyr en sykerolle – en ny form for aksept og inkludering og et symbolsk asyl.



Diagnoser ses ofte som noe mer absolutt enn de er. Ekeland har i tidligere publikasjoner levert grundige kritikker av diagnosesystemene og diagnosenes funksjon (Ekeland, 2014, 2016, 2017). Disse publikasjonene anbefales som utfyllende lesning. I stedet for tradisjonell diagnostisering bør vi ha måter å finne ut av problemet på og så i neste omgang finne ut av hva som kan være til hjelp. Bevisstheten om kontekst er viktig. Lidelsens fremtredelsesform vil være påvirket av samfunn og kultur. Ekeland viser til at diagnostisering eller forsøk på å forstå problemene må handle om subjektive erfaringer, livsverden og mening.

## ***Psykosser***

Psykosser ses innenfra. Det psykotiske subjektet, og psykosen som opplevelse og erfaring bør være den avgjørende tilnærmingen. Anstrengelsen for å forstå seg selv er en meningsfull vei til kunnskap. Ekeland viser også til psykiateren Harry Stack Sullivan (1966) som skrev om 'Psykotiske talehandlinger' der motivet er å skape et sosialt rom hvor identiteten blir relativt trygg for angrep. I psykosen kan en slippe unna den truende angsten ved å måtte være aktør i en verden der det av ulike grunner blir for smertefullt å være som et talende og ansvarlig jeg. Å objektivere seg selv blir en måte å beskytte seg selv på.

Ekeland trekker også fram dikteren Olav Hauge (2000) som skrev levende om 'synene og draumane' som han ville holde høgt, men 'likevel ikkje misse fotfeste i røyndi'. Her trekker Ekeland en parallell mellom kunst og galskap, fenomener som begge handler om eksistensens grenser mellom orden og uorden.

## ***Psykofarmaka***

Medikamenter kan det skrives mye om. Ikke minst i sammenheng med at Folkehelseinstituttet bl.a. har gått ut med en metastudie som sier at vi ikke har holdbare studier som kan si noe om positive effekter av antipsykotika utover en toårsperiode (FHI, 2018). Det jobbes også med nye behandlingsretningslinjer på dette feltet. Som Ekeland skriver, virker ikke antipsykotika bare på 'gale' følelser. De virker på følelser, tanker og adferd i sin alminnelighet.

Legemiddelindustrien har hatt makt til å få gjennomslag for fortellingen om at psykiske lidelser er sykdommer. Det er ikke vitenskapelig grunnlag for å hevde at medisinene virker direkte på den diagnostiserte sykdommen. De kurerer ikke, og innebærer risiko. At antipsykotika like fullt gis mennesker med tvang, betyr at praksis er et godt stykke unna evidensen, at vi har et etisk problem og at subjektet verken har første eller siste ord.

## ***Tvang***

Ekeland er her tydelig på at det må trekkes et klart skille mellom hva som er hjelp og hva som er sosial kontroll. Han går dermed med forsiktige skritt inn i en diskusjon som berører både norsk lovgiving på psykisk helse-feltet og Norges forhold til internasjonale organisasjoner (særlig FN/WHO) som forvalter de ulike menneskerettighetskonvensjonene. Her kan det legges til at diskrimineringskonvensjonen (UN, 2006) understreker at tvang i behandlingsøyemed er illegitimt og at beskyttelse mot fare må skje på et allment rettslig grunnlag. Tvangen kan ifølge FN ikke legitimeres særskilt ut fra at personen anses å ha en mental eller annen funksjonshindring.

Diskusjonen om hjelp vs. sosial kontroll har omfattende implikasjoner også fordi spørsmålet om tvangsbehandling har vært et kjernepunkt i diskusjonene rundt psykisk helsevern i mange tiår og gjennom tre ulike lovutvalg. Forslaget om å fjerne behandlingskriteriet har blitt nedstemt hver gang. Først i 1984 da Ketil Lund skrev en sterk dissens, deretter i 2011 da Hege Orefellen leverte en svært grundig dissens, og nå sist i 2020 da Vibeke Erichsen og Jens Petter Gitlesen tok dissens.

For mange, undertegnede inkludert, er spørsmålet om retten til tvangsbehandling det ene nøkkelpunktet hvor potensialet for en endring ligger. Holdningsendringer har vært forsøkt i like mange tiår som diskusjonene har pågått, uten resultater. For de av oss som her ser hele systemets akilleshæl, er det umulig å tenke seg at omfattende endringer kan komme før makt er flyttet i juridisk forstand. Det er dermed godt å se at Ekeland skriver: «Tvangsmedisinering bør forbys» (s. 76).

## Avslutning

Ekeland har i mange sammenhenger vist til det Hans Skjervheim (1974) kalte et instrumentalistisk mistak; det at vi har en objektiverende tilnærming til menneskers tanker, adferd og følelser og ikke anerkjenner den andre personens subjektivitet som relevant kunnskapskilde. Vi er alle subjekter, og hvis vi studerer mennesker, så studerer vi oss sjøl. Dette kan stå som en enkel essens når vi skal definere en ny kunnskapsplattform for psykisk helsevern. Dermed er det (som påpekt foran), viktig å gjenopprette menneskers erfaringsverden som det en må forstå.

Ekeland minner oss på at vi må tilbake til en bredere forståelse av mennesker og psykiske lidelser enn den som ble dominerende etter at det sjelelige, åndelige og ikke målbare ble skilt ut fra vitenskapene på 1700-tallet. Naturvitenskapens begrensninger som helhetsvitenskap har vært problematisert gjentatte ganger, ikke minst i løpet av den såkalte positivismedebatten på 1960-tallet. Men nå ser vi igjen at et snevert vitenskapsbegrep, uttrykt gjennom biologismens og evidensialismens dominerende rolle, har fortrenget en kunnskapstradisjon der også menneskelige erfaringer, meninger og intensjoner har en naturlig plass. En kunnskapsplattform for psykisk helsevern må nettopp bygge på en tradisjon der fenomenene vi studerer også forstås som formet av og formbare i dynamiske mellommenneskelige samspill.

*Tor-Johan Ekeland (2021): Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform.  
88 sider. Erfaringskompetanse.no 2021:1.*

## Referanser:

St meld 25, 1996-1997. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Andenæs, AM (2017). Distanse og verdighet. Doktorgradsavhandling. Kristiansand: Universitetet i Agder

Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Skien: Erfaringskompetanse.no, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444757>

Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 211–220.

Ekeland, T.-J. (2016). Diagnoser som kunnskap. I: E. Skjeldal (red). *Levd liv*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Ekeland, T.-J. (2017). Psykiatridiagnoser – til pasientens beste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 43–53.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt* (Rapport 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/langtidsbehandling-antipsykotika-schizofrenispektrum-rapport-2018-v2.pdf>

Hauge, OH (2000) *Dagbok 1924-1994*. Bd 1-5. Oslo: Samlaget

Ringen, PA (2018). Psykiatrien – hvor står du, hvor går du? *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Doi: 10.4045/tidsskr.17.0936

Skjervheim, H. (1974). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Universitetsforlaget

Sullivan, HS (1966). *Conceptions of modern psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company

Thomas, P., Bracken, P. & Timimi, S. (2012). *The anomalies of evidence-based medicine in*

psychiatry: time to rethink the basis of mental health practice. *Mental Health Review Journal*, 17(3), 152–162. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1108/13619321211287265>

United Nations (UN). (2006). Convention on the Rights of Persons With Disabilities (CRPD). United Nations. Tilgjengelig fra <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>



Forrige artikkel

**#10 Birgit inviterer – Odd Volden / Den store psykoterapibløffen**

Neste artikkel

**Panel samtalen etter visning av Medicating Normal er nå publisert**

## Ragnfrid Kogstad

Ragnfrid er professor ved Høgskolen i Innlandet. Hun er sosiolog med doktorgrad fra medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Fagområder er blant annet psykiatri og menneskerettigheter, pasienterfaringer fra psykisk helsevern, folkehelse, recovery og humanistiske alternativer.

## Relaterte artikler

**Medisinering med bismak – om forbruket av medisiner i psykiatri, eldreomsorg...**

26.09.2021

**Kritikk på sviktende premisser**

16.08.2021

## **Bare litt spesiell? En psykiaters dagbok**

30.05.2021

### **OM**

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

Org.nr: 924 001 429

Bank: 1254.63.16902

Kontakt oss: [post@madinnorway.org](mailto:post@madinnorway.org)

**FØLG MED**



© 2021 Mad in Norway Crew