

Medisinfri behandling

Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke

Mikael Julius Sømhovd

ph.d., spesialrådgiver, sekretær i Testpolitisk utvalg og Forskningspolitisk utvalg i Norsk psykologforening

Aina Fraas-Johansen

psykologspesialist, spesialrådgiver, Norsk psykologforening

Mye kan tyde på at hjelpere som ikke vil henvise til medisinfrie tilbud, handler ut fra et bekræftelsesbias og setter egen faglige overbevisning over brukernes rettigheter. Reportasjen «Må kjempe for medikamentfri behandling» i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet viser eksempler på fagfolks negative holdninger til legemiddelfrie behandlingstilbud, og er nedslående lesning. Vi oppfatter at forskning og mangel på forskning brukes som misvisende argumentasjon mot disse tilbudene.

Evidenspyramiden

På toppen av den såkalte evidenspyramiden troner randomiserte kontrollerte studier (RCT) og helst statistiske meta-analyser av RCT-er. Pyramiden er som enhver modell et fattig forsøk på å beskrive en kompleks virkelighet. Modeller er riter i akademias forståelse av verden, men er altså ikke verden.

Pyramiden er likevel et godt bilde, fordi det den egentlig viser, er at uten et fundament av andre studier har vi gjerne ikke engang fornuftige spørsmål å stille i en RCT. Alle design er ikke like konklusive om effekt og årsaksretning, men det ene eksisterer ikke uten det andre.

... all offentlig innovasjon forutsetter brudd med etablert praksis

I den virkelige virkeligheten i psykisk helsevern finnes derimot ikke den nøye selekterte pasienten som ofte studeres i RCT-er (f.eks. Humphreys, 2017; Humphreys et al., 2013; Wong et al., 2018). Så dersom dette brukes som eneste gyldige kunnskapsbase, er det i beste fall misvisende, i verste fall farlig.

For det andre: Mangel på forskningsevidens er ikke evidens på manglende effekt. Heller ikke det at noe har effekt, er evidens på at noe annet ikke har det.

Ikke alternativbevegelsen

Legemiddelfrie tilbud er for mennesker som opplever at medisiner, særlig med antipsykotiske medikamenter, gir flere ulemper enn fordeler. Problemstillingen synes å være kjent verden over (Bjørnstad et al., 2020). Behandlingen er frivillig og selvvalgt og godt evaluert (Johansen et al., 2020; Øvernes, 2019). Brev fra Helsedirektoratet (2017; 17/31156–6) har presisert at medisinfrie tilbud er forsvarlig. Det er altså ikke alternativbevegelsen vi snakker om, men en del av spesialisthelsetjenesten, der behandlingen foregår under forsvarlige rammer og med høye faglige standarder.

Kunnskapsbasert praksis er en integrering av beste forsknings- og erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket). Dermed er det balansen av de ulike

elementene som skal sikre god praksis. Samvalgmetodikken (Folkehelseinstituttet, 2019) skal sikre retten til å foreta valg for egen helse. Det er forstemmende at dette overprøves for mennesker som ønsker medisinfrie tilbud.

Innovasjon

Psykologer og leger hindrer ifølge reportasjen menneskers rett til å velge (Bjørgeren et al., 2020). Retten til medvirkning og informasjon i egen behandling (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001) innebærer i praksis retten til å velge bort behandling, selv om helsepersonell mener noe annet. Mye kan tyde på at hjelpere som ikke vil henvide til medisinfrie tilbud, handler ut fra et bekreftelsesbias (Øvernes, 2019). Dermed setter de sin egen faglige overbevisning over brukernes rettigheter.

Heldigvis går verden fremover. OECD definerer at all offentlig innovasjon forutsetter brudd med etablert praksis og utvikles som regel etter kritikk av det eksisterende (OECD, 2019). Dette gjelder også helsetjenester.

Vi er midt i en pandemi og har sett dødsfall i sammenheng med en av koronavaksinene. Ingen legger bevisbyrden på de som av den grunn vil ha en annen type – eller ikke ønsker vaksine. Men det er nettopp det som skjer for mange som ønsker medisinfri behandling.

Prinsipielt sett handler det om den enkeltes rett til å kunne velge en helsehjelp de synes de kan leve med.

Referanser

- Bjørnstad, J., Lavik, K.O., Davidson, L., Hjeltnes, A., Moltu, C., & Veseth, M. (2020). Antipsychotic treatment – a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of Mental Health*, 29(5), 513–523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581352>
- Folkehelseinstituttet (2019). Samvalg. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>
- Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Humphreys, K. (2017). A review of the impact of exclusion criteria on the Generalizability of schizophrenia treatment research. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 11(1), 49–57. <https://doi.org/10.3371/1935-1232-11.1.49>
- Humphreys, K., Maisel, N.C., Blodgett, J.C., Fuh, I.L., & Finney, J.W. (2013). Extent and Reporting of Patient Non-Enrollment in Influential Randomized Clinical Trials, 2002 to 2010. *JAMA internal medicine*, 173(11), 1029–1031. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.496>
- <https://www.kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2020/12/Sluttrapport-KBT-evaluering-BSB-legemiddelfrie-tilbud-2020-Elektronisk-versjon-1.pdf>
- OECD (2019). Declaration on Public Sector Innovation. (OECD/LAGAL/0450). <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0450>
- Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3 (2001). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Wong, J.J., Jones, N., Timko, C., & Humphreys, K. (2018). Exclusion criteria and generalizability in bipolar disorder treatment trials. *Contemporary clinical trials communications*, 9, 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2018.01.009>
- Øvernes, L.A. (2019). Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser. <https://helse-bergen.hn.nhn.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20sluttrapport.pdf>