

Medisinfri behandling

Forskning først, behandling etterpå

Jone Bjørnestad

professor, Universitetet i Stavanger, TIPS Senter for Klinisk Psykoseforskning, Stavanger
Universitetssjukehus

Wenche ten Velden Hegelstad

førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger, TIPS Senter for Klinisk Psykoseforskning,
Stavanger Universitetssjukehus

Det burde være en selvfølge at grundige forskningsprosesser skal finne sted *før* ny behandling implementeres, ikke etterpå.

Innlegget «Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke» av Mikael J. Sømhovd og Aina Fraas-Johansen, begge spesialrådgivere i Psykologforeningen, er nok et megafoninnlegg i debatten om medisinfrie tilbud. Cherry picking av forskningsresultater og en svak forskningsforståelse brukes som brekkstang for å legitimere tilbudet. Skikkelig effektforskning er ikke gjennomført. Det kommer den sannsynligvis heller aldri til å bli. Dette krever randomisert rekruttering. Slik rekruttering har vist seg vanskelig når et tilbud allerede er implementert. For oss som forskere representerer denne riggen ikke innovasjon, men det glade vanvidd og utrygge helsetjenester. Og vi er i utgangspunktet skeptiske til overdreven og langvarig bruk av antipsykotika.

«RCT-problemet»

I innlegget skriver forfatterne: «I den virkelige virkeligheten i psykisk helsevern finnes derimot ikke den nøye selekterte pasienten som ofte studeres i RCT-er. Så dersom dette brukes som eneste gyldige kunnskapsbase, er det i beste fall misvisende, i verste fall farlig.» Dette utsagnet er vanskelig å være uenig i, og brukes ofte i argumentasjon mot RCT-er. Vi er enig i at RCT-er har svakheter, slik som for eksempel klinisk irrelevante utfallsmål, dårlig økologisk validitet, vanskelig gjennomførbare behandlingsopplegg, problemer med reliabilitet, og ukontrollerbare variasjoner som produkt av tid. Er man ikke obs på disse fallgruvene og forsøker så godt som mulig å korrigere for dem, har funn fra RCT-er begrenset nytteverdi. Det som er problematisk, er at forfatterne ikke serverer noe godt alternativ. De gjemmer seg bak selvfølgeligheter, som «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». Verst er det derimot når de skriver at medisinfritt tilbud er godt evaluert, ved å referere til norske rapporter, brev og forskning som ennå ikke er gjennomført. Dette er fullstendig useriøst!

En kunne også gjort det slik

En burde forsket på effekten av medisinfrie tilbud før det ble implementert, ikke etterpå

I mangel på kunnskap om årsaksforhold prøver ofte forskere å triangulere mellom forskjellige metoder og design, kvalitative så vel som kvantitative. Den gode og informerte RCT er ofte et resultat av at en over tid har klart å identifisere noe stabilt på tvers av studier. For eksempel kan en slik prosess starte

med at en eksplorerer ulike problemstillinger for, og sammen med, ulike pasientgrupper. Her kan kvalitativ metode være nyttig. Resultater kommer der i form av hypoteser som kan testes i større utvalg ved bruk av kvantitativ metode. Hvis hypotesene fremdeles holder vann, kan en gjennomføre en RCT der målsettingen er å teste om det faktisk er den faktoren man tror, som gir effekt. Positive resultater kan da brukes som et litt sikrere anker når man individtilpasser behandlingen.

En burde forsket på effekten av medisinfrie tilbud før det ble implementert, ikke etterpå. Det er en helt grunnleggende fremgangsmåte innenfor helse for å sikre trygge tjenester – man tester vaksiner, deretter lanserer man vaksiner, man tester psykoterapi, deretter lanserer man psykoterapi. Vi vet i dag svært lite om hvem som kommer til å respondere positivt på medisinfritt tilbud. Vi vet faktisk ikke engang hvem som responderer positivt på lavere doser av antipsykotika. Derfor burde en begynne med å teste på de subgruppene som har sannsynlig lavere risiko for symptomoppblomstring uten medisiner; kort varighet av ubehandlet psykose, akutt debut, psykoser med affektive symptomer og rusutløste psykoser. Dette kan gjøres i tett dialog med våre regionale etiske komiteer. Slik kan en bygge et solid system som sikrer at personer som blir dårligere under den medisinfrie behandlingen, får tilbud om gode alternativer. Dette krever tett monitorering av studiedeltakerne. Når det kommer til selve testingen, bør det først gjennomføres pilot-RCT-er der man tester effekten av delintervensjonene som inngår i det medisinfrie tilbudet. Deretter må en teste i større skala med samme design, og til slutt teste ulike kombinasjoner av delintervensjonene. Vi har mulighet til et slikt design i Norge. Vi kan følge personer over tid, og kan få til noen av de mest representative utvalgene i verden på grunn av den gratis norske helsemodellen. Slik forskning kunne bidratt til reell klinisk innovasjon og trygg differensiering av tilbudet for forskjellige subgrupper. Dette trenger vi!

Skal helsevesenet tilby behandling som noen tror kan virke?

Vi dikter ikke helsevesen, gjør vi vel?

God forskning er kostandsintensivt og krevende. Den lettvinde måten er å tro at noe fungerer. En kan tro at medisinfrie tilbud virker. Det kan jo godt hende, men vi vet altså ikke. Skal helsevesenet tilby behandling som noen *tror* kan virke? Se for deg et helsevesen der noen tror at sunt kosthold virker mot lungekreft, og dette har presset seg fram fordi cellegift har alvorlige bivirkninger. Som resultat opprettes egne avdelinger for pasienter som heller vil ha sunt kosthold enn medisiner. Det er svært usannsynlig at vi ville godtatt slik praksis. I likhet med kreft har de alvorlige psykiske lidelsene høy dødelighet, ekstremt ubehagelige symptomer og medfører ofte langvarig funksjonstap. Hvorfor skal vi da akseptere en slik praksis i psykisk helsevesen?

Det burde være en selvfølge at grundige forskningsprosesser skal finne sted *før* ny behandling implementeres, ikke etterpå. Det er behandling av de alvorligste psykiske lidelsene vi snakker om. Det er på tide at disse tas på alvor på lik linje med pasienter med andre alvorlige tilstander.