

Medisinfri behandling

Kravet om medisinfri behandling er et brukeropprør

Anders Skuterud

psykologspesialist, konsulent for Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helse

De som kritiserer de medisinfrie tilbudene i psykisk helsevern, unnlater å drøfte pasientenes opplevelser. Det er mildt sagt forbausende.

Når det i sin tid oppstod et krav om medisinfri behandling, skyldes det at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde opplevd at de ble møtt med medisiner som eneste behandlingstilbud, og at dette tilbudet hadde gitt dem mer bivirkninger enn ønskede effekter. Vi som har fulgt disse tjenestene i mange år, vet at manglende effekt av medisiner ofte har ført til økte doser og/eller mange medikamenter parallelt uten god effekt. Og det uten at medisineringen har hatt dekning i forskning.

Tillitskrise

Når mange pasienter i tillegg ikke har opplevd seg hørt når de har tatt opp plagsomme bivirkninger, har det dessverre oppstått en tillitskrise mellom mange pasienter og de psykiske helsetjenestene. Tillitskrisen handler om usikkerhet om den medikamentelle behandlingen er nyttig (Whitaker, 2014). Men kanskje enda viktigere er det at mange brukere ikke har opplevd villighet til å ta i bruk (og forske på) alternativer til medisiner. Kravet om medisinfrie behandlingstilbud er et brukeropprør.

Det er selvsagt mye en kan si om dette, men jeg mener det er svært viktig at dette utgangspunktet blir tatt alvorlig. Det er fortsatt mange pasienter og pårørende som er misfornøyde med det som blir tilbudt av hjelp.

Ingen seriøs fagperson vil benekte at for å forstå og behandle psykiske lidelser trengs det bio-psyko-sosiale forståelsesmåter. Men for mange pasienter har det fremstått som om det er den biologiske forståelsen som trumfer andre forståelsesformer. Slik sett er ønsket om medisinfrie tilbud et ønske om større vekt på de psykososiale forståelsesformer. Det kan betraktes som et opprør mot at det medisinske paradigmet skal ha dominans.

Usikkert forskningsgrunnlag

Det er helt riktig som Røssberg påpeker i sin kronikk i Psykologtidsskriftets julinumner, at det ikke er noe samlet alternativt paradigme som står som alternativ. Brukerrepresentantene har fremmet ønsker om svært ulike tiltak. Det er imidlertid mye usikkerhet i forskningsgrunnlaget for dagens behandlingstilbud til pasienter med psykose, inkludert medikamentelle behandlingsformer. I juniutgaven beskriver Bjørnstad og ten Velden Helgestad en ideell metode for implementering av behandling. Etter å ha fulgt psykisk helsevern i 50 år vet jeg at innovasjon nesten alltid har skjedd i hele spekteret fra tilfeldigheter, sterke personligheters tro på metoder og mer eller mindre god forskning. Dette gjelder både medisiner, psykoterapi og andre tiltak.

Det er mye forskning på medikamenter (NOU 2011:9., kap. 9). Vi vet for eksempel at medikamenter hovedsakelig har en beroligende og dempende virkning, og at de på kort sikt gir god effekt på positive symptomer ved psykose (Lingjærde & Aarre, 2015). Vi vet mindre om effekten på lang sikt, og vi vet at en del av pasientene ikke har nytte av medikamentene (Folkehelseinstituttet,

2018). Vi vet også at medikamentell behandling kan gi store og til dels alvorlige bivirkninger for mange pasienter. Og vi vet at mange får tilbakefall og hyppige reinnleggelser. Det er få holdepunkter for at medisinene hjelper pasienter med schizofreni-lidelse til bedre sosial og yrkesmessig fungering (Whitaker, 2014).

Det stemmer at vi kunne hatt mer forskning på medikamentfri behandling. Jeg støtter at slik forskning gjennomføres. Brukerbevegelsen har etterlyst dette i mange år. Hvis forskningen hadde vært igangsatt da brukerne først ba om det, ville vi hatt et bedre kunnskapsgrunnlag i dag.

Dette betyr likevel ikke at vi ikke vet noe om de enkelte alternativene til medikamenter. Det finnes mye forskning som ligger bak utviklingen av basal eksponeringsterapi (BET) (Hammer, Heggdal, D. Ludvigsen, K., 2020). Miljøet på Blakstad arbeider nå også med forskning for å definere bedre hvilke pasientgrupper som ikke har positiv effekt av BET, eller som hovedsakelig har negativ effekt.

Det finnes også mye forskning på Illness Management and Recovery (IMR) (Mueser et al., 2002), som er et systematisk, gruppebasert tilbud som tilbys ved mange medikamentfrie avdelinger. Ulike former for psykoedukasjon, psykoterapi, individuelt og i gruppe, har vi også evidens for.

Når mange pasienter (...) ikke har opplevd seg hørt når de har tatt opp plagsomme bivirkninger, har det dessverre oppstått en tillitskrise

Det samme gjelder for fysisk aktivitet (især når det gjelder depresjon), musikkterapi (Sollie, 2012) og sensoriske metoder / sanserom (Andersen et al., 2017). På lang sikt ser det også ut som ulike former for undervisningsbaserte tilbud, som recoverycollege (Newman-Taylor et al., 2016) og de danske minihøyskolene (Lauveng et al., 2015), kan ha positiv effekt og forebygge tilbakefall for i alle fall noen pasienter.

Ingen «dikter helsetilbud»

Det trengs imidlertid mer forskning, særlig på ulike tiltak som kan benyttes i akutte kriser, der medisiner i dag er den desidert viktigste tilnærmingen. Men det stemmer ikke at noen «dikter helsetilbud», slik ten Velden og Bjørnstad antyder. Vi vet ganske mye om de enkelte alternativene. Og noen av dem har sannsynligvis bedre evidens enn deler av det standardiserte tilbudet noen pasienter møtes med i dag.

Spørsmålet er altså ikke enten JA eller Nei til medisiner. Ulike medikamenter skal nok ha sin plass i totalbildet, men vesentlig mindre enn de har hatt i de siste 65 årene. Hvis det kommer en større villighet til å lytte til pasientenes negative erfaringer med medisiner, og til å forsøke alternativer til medikamentell behandling, vil tjenestene fremstå som reelt bio-psyko-sosiale. Da vil brukernes tillit sannsynligvis bli gjenopprettet, og kravet om medisinfrie avdelinger kommer til å bli borte.

Referanser

- Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic journal of psychiatry*, 71(7), 525–528. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346142>
- Folkhelseinstituttet (2018). *Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt*.
- Hammer, J., Heggdal, D., Ludvigsen, K. (2020). *Inn i katastrofelandskapet*. Abstrakt forlag.

- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.J., Ruud, T. (2015). Same diagnosis, different lives. A qualitative study of adults with severe mental illness, in treatment and education. *Psychosis*, 7(4), 336–347. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1024715>
- Lingjærde, K. & Aarre, T. (2015). *Psykofarmaka*. Cappelen Damm Akademisk.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Newman-Taylor, K., Stone, N., Valentine, P., Hooks, Z., Sault, K. (2016). The Recovery College: A unique service approach and qualitative evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 187–190. <https://doi.org/10.1037/prj0000179>
- NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, kapittel 9. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>
- Sollie, H.P. (2012). Med pasienten i førersetet. Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i Psykiatrien online*, 7(2). <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v7i2.114>
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi*. Abstrakt forlag.