

# Medisinfri behandling fra innsiden

Anders Wenneberg  
psykologspesialist

Det vil være synd om medisinfrie tilbud legges ned, slik Jan Ivar Røssberg anbefaler, før vi får resultater fra forskning. For om tilbudet er like bra som ordinær behandling, er det vel en revolusjon?

Få som jobber i behandlingstilbudene, har deltatt i debatten om medisinfri behandling. Her vil jeg derfor dele min historie: I min første jobb som seksjonsleder i psykisk helsevern ble jeg utpekt som prosjektleder for medisinfri behandling på Ahus. Det var høsten 2016. Den polariserte debatten om behandlingen var i gang, og jeg hadde liten formening om hva medisinfri behandling var.

Tiden etter at jeg overtok jobben, fikk jeg flere klager direkte fra pasientene. «Hvorfor fikk de ikke hjelp under innleggelsen? Hvor var behandlingen?» Klagene kom på samme tid som personalet gjorde det de var bedt om, og opplært i å gjøre. Behandlingen innebar en time på kontoret til legen eller psykologen, og pasientens oppgave var å komme i kontakt med dem. Den var begrenset til en eller to timer i uka. Tilgangen til legemidler og eventuelt medisiner var god. Medisinnrommet ble kalt «Godtebua» av pasientene. Pasientene satt på røyketerassen og snakket om sin misnøye med den manglende behandlingen. Aktivitetene var færre, og strukturen var løs. Pasientene kunne sove over frokost. Jeg vet at jeg beskriver dette litt nedlatende, men det er ikke fordi jeg eller personalet var dumme eller ondsinnede som drev behandling slik. Vi var den samme gruppen mennesker som tidligere, likevel klarte vi å snu om på hele behandlingen og arbeide annerledes.

*... det er roligere på Medisinfri døgnenhet fordi vi involverer, forstår og snakker med pasientene på en annen måte enn før.*

## Pasientens helsevesen?

Prosjektgruppen som iverksatte Medisinfri døgnenhet, laget mandat, basert på problemstillinger som hva Medisinfri behandling skulle være, og hva den skulle inneholde. Vi skulle følge de syv aksjonspunktene for medisinfri behandling, men hvordan skulle vi tolke dem (Hammer, 2017)? For dette er ikke en kampanje mot all legemiddelbruk. Det var i grunnen en ny opplevelse for meg hvor lite fornøyd mange av pasientene og brukerorganisasjonene var, hvordan de mislikte virkningen av psykofarmaka, og hvor fortvilede de virket for behandlingen de hadde fått. Var det takken? Alt strevet alle fagfolk la inn i lange studier, spesialisering og karrierer, nitidig og grundig forskning og vitenskap, og så ville de ikke ha det?

Jeg leste det jeg kom over av forskning om Recovery. Vi leste oss opp på psykose, nevroleptika og SSRI-studier, historiene til psykoseoverlevende, psykiatrioverlevende, antipsykiatri, Robert Whittakers litteratur (han driver nettstedet «Mad in America») og psykiater Joanna Montcrief, som skriver godt om hvordan legemidler kan forstås. Vi dro til BET på Lier og hospitererte der. Vi leste om Modum og ISTDP-posten på Thorsberg, som ble nedlagt ved Drammen DPS. Vi leste oss opp på Feedback Informerte Tjenester (FIT), Open dialogue, Illness Management and Recovery (IMR), Affektbevissthetsmodellen. Vi kalte vår tilnærming IFA-metoden. Illness Management and Recovery, FIT og Affekt. Tre bokstaver kan fagfolk huske, tenkte vi. Vi ønsket å tilby et mangfold av psykologiske

tilbud som pasienten kunne velge fra, der pasienten kunne nyttiggjøre seg ut fra egen personlig preferanse. Fysisk aktivitet, musikkterapi, kunst og uttrykksterapi, og så videre.

Vi fikk straks utfordringer med å åpne en medisinfri enhet. Det var to enheter på Moenga (avdelingen på Ahus), og spørsmålet var hvilken som skulle bli den medisinfrie enheten. Til min store forbauselse svarte 97prosent av personalet etter en spørreundersøkelse at de ønsket å arbeide på en slik avdeling. Noen ønsket faglig påfyll, noen ville gjøre noe nytt og spennende. Andre ønsket kanskje å erfare at den medisinfrie enheten fikk mer ressurser, eller lot seg rive med i entusiasme. For oss var det ikke så lett å forklare den nye metodikken. Å sette seg inn fersk litteratur og formidle kunnskap til personalet tok tid. Vi sendte rekordmange på IMR-kurs, og arrangerte fagdager. Personalet ble bedt om å jobbe annerledes. Miljøpersonalet skulle være behandlere, ikke bare de som fulgte pasientene til behandling hos lege/psykolog. Vi drev døgntjeneste og lagarbeid. En annen type behandlingstilbud enn poliklinikk. De første pasientene ble prøvekaniner. De var tålmodige og forståelsesfulle, kanskje fordi personalet viste ydmykhet.

Det kom ikke mer ressurser. Vi brukte mindre tid på administrasjon av legemidler, og nå forvalter pasientene sine legemidler i egen dosett. Etter trekvart år stengte vi enheten i helgene. Ikke på grunn av økonomi, selv om det også var gunstig, men fordi personalet hadde blitt dyktige til å mobilisere pasientene til å reise hjem, trene på det som var viktig for dem, og utforske livet utenfor behandlingen, så de kunne komme tilbake til å jobbe med seg selv og sine prosjekter uken etter. Siden den andre posten holdt åpent, hadde vi beredskap. Vi lurte lenge på om pasientene på den andre posten var der i helgene fordi de hadde et høyere lidelsestrykk, men målinger med Outcome Questionnaire- 45, (OQ-45) bekreftet ikke en slik hypotese.

## Ingen døde, ingen skandaler

Nå er det snart fem år etter oppstarten i 2017. Ingen døde, ingen skandaler. Til og med Jan Ivar Røssberg mener vi er faglig forsvarlige, og nærmest så mainstream at vi burde legges ned (Røssberg, 2021). Selv om Røssberg erkjenner, etter fem år som deltaker i en opphetet debatt, at han ikke vet hva medisinfri behandling er. Og det er antagelig under én prosent av døgntilbudet i Norge som er medisinfritt. Samvalg finnes. Skiller vi oss i det hele tatt fra resten av psykisk helsevesen? Er dette noe spesielt? Er det ikke vanlig å drive nedtrapping av psykofarmaka når pasienten har behov for døgninnleggelse? Bør tilbudet legges ned, eller bør neste steg være å utvide til medisinfri akuttpsykiatrisk enhet?

Ukeprogrammet til medisinfri døgnenhet er endret, kanskje 20 - 30 ganger i løpet av de siste fire årene. Innholdet forbedret. Vi har vært opptatt av at pasientene skal spørres og høres. Det arbeides systematisk med å bedre relasjonen med hver enkelt. Derfor skal de delta i å planlegge behandlingen. Vi måler det hver uke, og vi snakker med pasientene om målingene for å tilpasse behandlingen. Da får vi kvalitative og kvantitative data.

Vi har tatt i bruk rollespill, økt samspill rundt personalets egne følelser og kommunikasjon om følelser, empati og tilbakemeldinger. Jeg tror American Psychological Association (APA) har et poeng ved å innføre «Direct Observations» som veiledningsstandard. Du blir ikke en bedre terapeut uten å trene ut fra hvor du står. Jeg tror at vi bør tørre å være sårbare overfor våre kolleger, og anerkjenne deres smerte. Du er ikke mindre sårbar enn din pasient. Hvordan bruker du makten din?

## *Hvorfor skal vi være redde for å snakke om at legemidler kan ha negative sider, ikke bare nyttige?*

Vi har opplevd at pasienter blir psykotiske, maniske og suicidale, men dette tales, forstås og snakkes om. Er det fordi pasientene trapper ned på legemidler? Det er en mulig tolkning. Fra et klinisk perspektiv kan det like gjerne være vanskelige livshendelser eller retraumatisering som utløser det. En skilsmisse, et forhold som tar slutt, andre krenkelser, eller dødsfall i familien kan også inntreffe mens du er sårbar og innlagt. Forverringene går fint, selv om vi noen ganger må «sitte ekstra tungt i stolen». Alle har overlevd. Personalet har også overlevd, og jeg tror de opplever det som meningsfylt å arbeide systematisk og metodisk sammen. Det høres dramatisk ut, men det er roligere på Medisinfri døgnet fordi vi involverer, forstår og snakker med pasientene på en annen måte enn før. Slik unngår vi konflikt og deler medmenneskelighet.

## **Fungerer medisinfri behandling?**

Blir pasientene bedre på lengre sikt? Verre? Vårt mål er å tilby økt valgfrihet. Valget til å velge annet enn legemidler, for å få det livet en vil ha. Vi håper at det er omtrent like bra som ordinært tilbud fra psykisk helsevesen. Vi lar forskningsgruppen vår finne ut av det. Jeg var heldig og fikk være med på en paneldebatt på Litteraturhuset i Oslo 2.11.17 (Slade, 2017). Der deltok professor Mike Slade, som er kjent for Recovery. Jeg fortalte ham om prosjektet. Jeg sa at vi ikke hadde ambisjoner om å være bedre enn ordinær behandling, men håpet på at vår behandling – sammen med nedtrapping av legemidler – kunne være like god. Han sa: «If you can show that Medication free treatment is equally good, It would be a revolution.»

Forskningsgruppen publiserte nettopp sin første artikkel i psykologspesialist Kari Standals ph.d.-oppgave (Standal, 2021). Vi har bidratt til at det er skrevet tre hovedoppgaver i psykologi, og vi har samlet inn hundrevis av OQ-45 og WAI, både til bruk i klinikk, intern kvalitetsforbedring og forskning. Vi ønsker å vite hvem som ønsker denne type behandling og hvorfor, hva de opplever, og hvordan det går med dem over en treårsperiode. Er dette forskningsfiendtlig eller mot vitenskap på noen måte? Vil ikke Røssberg vite mer om dette?

Det er jo litt synd om Medisinfri døgnet skal legges ned før vi får resultater fra forskning, på bakgrunn av en «anti-medisinfri»-dogmatisk bevegelse. For om den er like bra som ordinær behandling, da er det vel en revolusjon.

## **Referanser**

- Smedslund G., Siqveland J., Kirkehei I., Steiro A.K., (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/langtidsbehandling-med-antipsykotika-hos-pe..>
- Hammer, J. (2017.) Bort fra «god effekt, angir ingen bivirkninger» og mot et mer systematisk arbeid knyttet til psykofarmaka i akuttbehandling. Akuttnettverket.no
- Røssberg, J.I. (2021). En debatt om alt og ingenting. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58(7), 608 - 611.
- Slade, M. (2017). Mike Slade#– introduksjon til panelsamtale om Recovery#– Erfaringskompetanse.no
- Standal K., Solbakken O.A., Rugkåsa J., Martinsen A.R., Halvorsen M.S., Abbass A., Heiervang K.S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method

Study of User Accounts. Patient Prefer Adherence. 2021;15:1647 - 1660 <https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>