

En debatt om alt og ingenting



Etter fem år har de medisinfrie tilbudene ikke blitt det mange trodde de skulle bli. Vi ser trolig allerede slutten på tiltakene.

TEKST:

Jan Ivar Røssberg

ILLUSTRASJON:

Hilde Thomsen

PUBLISERT 1. juli 2021

EMNER medisinfri behandling

FÅ DEBATTER HAR vært så innholdsrike som den om medisinfrie tiltak. Det er vel ikke den ting som ikke har blitt diskutert: psykofarmaka, tvang, diagnoser, autonomi, paternalisme, psykososiale behandlingstilnærminger, forhåndserklæringer, kunnskapsevidens, den medisinske modellen, brukermedvirkning, medisinfri søyle i akutt psykisk helsevern, pasientens helsetjeneste, om en minister kan bestemme hva spesialisthelsetjenesten skal tilby av behandling, og en profesjonskamp mellom psykiatere og psykologer.

Det mest påfallende med debatten er imidlertid ikke alle temaene den har berørt, men alle de ulike definisjonene av hva medisinfrie tiltak egentlig er. Det er spesielt at alle helseforetakene har laget sine egne og helt forskjellige medisinfrie tiltak. Enda mer spesielt er det at alle som skriver om emnet, har sin egen definisjon av hva det egentlig

er (inkludert undertegnede). Dette er vel et uttrykk for at tiltaket ikke er særlig gjennomtenkt. Men det er kanskje ikke så farlig, siden dette bare gjelder behandlingen av personer med psykiske lidelser?

«Jeg er (...) i tvil om hvor lurt det er for fagfeltet å bygge opp slike enheter, og hvilke signaler det sender ut.»

Jan Ivar Røssberg

Etter fem års virksomhet er jeg ikke så bekymret for behandlingen pasientene får i disse enhetene. Slik jeg kjenner tiltakene, er det lite som tyder på at noen tilbyr uforsvarlig behandling. De medisinfrie tiltakene ble nemlig ikke medisinfrie, og tar ikke imot pasienter med akutte psykoser. Jeg er imidlertid mer i tvil om hvor lurt det er for fagfeltet å bygge opp slike enheter, og hvilke signaler det sender ut. Vi har en lang og brokete historie i psykisk helsevern når det gjelder egne spesielle enheter (Soteria House, Kingsley Hall, Terapeutisk samfunn, Chestnut Lodge) som er blitt bygget opp, gjerne på ideologisk grunnlag, som svinner hen og er borte etter en 10 års tid. Så hvorfor er det fortsatt en dårlig idé med disse tiltakene?

Ingen vet for hvem eller hva medisinfrie tiltak egentlig er. Skal det være for personer med depressive lidelser, psykoselidelser eller personlighetsforstyrrelser? Skal det være for polikliniske pasienter, eller skal det tilbys på egne sengeposter? Skal det tilbys medisiner eller ikke? Den manglende innholdsbeskrivelsen i medisinfrie tiltak er i stor diskrepans til de stringente pakkeforløpene som definerer flyt og innhold i behandlingen. Vi kan ikke innføre et tiltak i det offentlige helsevesen som ikke er definert, og der de enkelte helseforetakene har opprettet sine helt egne og ulike versjoner.

Medisinfrie tiltak – et navn uten innhold. Opprettelsen av et tiltak i det offentlige helsevesen som ikke innebærer det navnet tilsier, er spesielt. Er det en ting som er sikkert, er det at de medisinfrie tiltakene IKKE er medisinfrie. Det som også er sikkert, er at under halvparten av pasientene i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern bruker medisiner. Mange pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys altså allerede ekte medisinfrie tiltak. Paradoksalt nok er det sannsynligvis flere pasienter som bruker medisiner i de medisinfrie tiltakene enn i det vanlige offentlige helsevesenet. Vi kan ikke opprette behandlingsintervensjoner som tilbyr noe annet enn det de utgir seg som i offentlig psykisk helsevern. Det er å holde brukerne for narr.

Et behandlingstiltak basert på hva behandling ikke skal inneholde. I helsevesenet utvikler vi behandlingsintervensjoner vanligvis med tanke på hva de bør inneholde, og ikke hva de ikke skal inneholde. Ville ikke debatten bli mer nyansert om vi drøftet hva behandling i psykisk helsevern skal inneholde og være, istedenfor hva den ikke skal

være (f.eks. kunnskapsbaserte psykososiale intervensjoner). Dette ville ha skapt en langt mer fruktbar debatt.

Medisinfrie tiltak – begrepet er i seg selv polariserende. Enten man er for eller mot medisinfrie tiltak, kommer man ikke utenom at begrepet åpenbart polariserer ved at en konkret behandlingsform utelukkes. Dette gir et inntrykk av en enten ellerbehandling og ikke en både ogbehandling. De aller fleste studier viser at både ogbehandling er det beste for personer med psykiske lidelser. Fagfeltet må hele tiden forholde seg til ulike biologiske, psykologiske og sosiale behandlingsformer.

Ikke la historien gjenta seg! Mange studier undersøkte psykososiale behandlingsintervensjoner (spesielt miljøterapi og psykodynamisk terapi) med og uten bruk av medisiner på 1970–1980-tallet [1–4]. Oppsummert kom de psykososiale behandlingsmetodene dårlig ut [5]. Konsekvensene ble dramatiske etter at den berømte lederen til Mueser og Berenbaum ble publisert i *Psychological Medicine* i 1990 [6]. Den henviste psykodynamisk terapi ved psykoselidelser til historiens skraphaug. Dermed gikk mye kunnskap om psykososiale intervensjoner tapt – altfor tidlig etter min mening. Vi ser akkurat den samme polariseringen med de medisinfrie tiltakenes inntog og enten ellerbehandling i dag [7]. Psykologiske intervensjonsstudier mangler medikamentstudienes metodologiske stringens, og resultatet av denne sammenligningen har blitt en økende kritisk holdning til blant annet kognitiv atferdsterapi (KAT) ved psykoselidelser. KAT er den best undersøkte psykososiale intervensjonen ved psykoselidelser. Likevel ser vi nå at effekten har falt dramatisk (gjennom korrigerende for alle mulige feilkilder som ved medikamentstudier). Publiserte systematiske studier blir trukket tilbake, eller effekten blir kraftig nedjustert i korrigerende analyser [8–10]. Bli det en tilsvarende gjennomgang av andre etablerte psykososiale metoder (tidlig intervensjon, familiearbeid, miljøterapi), vil effekten være enda mer dramatisk. Vi må ikke gjenta historiens feiltrinn ved å bidra til en polarisering som vil føre til at metoder som kan være virksomme, blir forkastet for tidlig og på for dårlig grunnlag. La oss heller fortsette å forske på og videreutvikle de psykososiale metodene. Medikamenter alene er aldri nok til at en person med en psykoselidelse skal få tilbake optimal funksjon og livskvalitet.

Ekstreme holdninger blant mange som er for medisinfrie tiltak, vil forhindre at mer moderate stemmer blir hørt. Som de ekstreme holdningene som fulgte med deler av den antipsykiatriske bølgen på 1960- og 1970-tallet ødela for mye av det gode den ville oppnå, ser det ut til at ekstreme holdninger på ny kan ødelegge for kunnskapsbaserte psykososiale behandlingsmetoder. I sosiale medier (og på «medisinfrie nettsteder») er det en uttalt negativ holdning til medisiner og forfremmelse av alternative behandlingsmetoder. Noen er så spesielle at selv «vanlige» alternative behandlere som homeopater og akupunktører reagerer. Det er sjamanisme, healing og en idyllisering av psykiske lidelser som utelukkende en personlig vekstfaktor som kan sammenlignes med de ekstreme holdningene på 1970-tallet. Disse ekstreme holdningene kan fort ødelegge for de psykososiale kunnskapsbaserte metodene som møysommelig er utviklet de siste 20–25 årene.

Antipsykotika dreper, og antidepressiva virker ikke. I debatten om medisinfrie tiltak har holdninger til medisiner vært i fokus. Mye kan sies om antipsykotika, antidepressiva og legemiddelindustrien. At legemidler ikke er noe vidundermiddel, er hevet over enhver tvil. Vi har ingen metoder verken i psykisk helsevern eller i medisinen generelt som virker for alt og alle. Men er de så farlige og uheldige som det er blitt hevdet i denne debatten, må vi slutte å bruke de overalt. Ingen må da få tilbud om disse medisinene. Dessverre er det slik at personer med psykiske lidelser blir feilmedisinert, overmedisinert og står på medisiner for lenge før man trapper ned. Dette må unngås for enhver pris. Fordelene med å bruke medisiner må alltid overveie de negative konsekvensene. Dette må være klar kunnskap blant behandlere og håndteres i det vanlige helsevesenet, ikke ved små, spesielle enheter.

Samvalg og medisinfrie tiltak. Sammen med pasientene i psykisk helsevern må vi ta valg ut fra hva som er dokumentert, og hva som ikke er dokumentert av behandling. Deretter må pasienten selv velge hva han/hun ønsker av behandling. Det er ikke rom for egeninteresser eller ideologisk tenkning. Klarer vi det? I den forbindelse synes Psykologforeningen å være i tydelig utakt med hva som anses som kunnskapsbasert behandling av psykoselidelser. På spørsmål om hvordan vi skal informere om hva vi vet om kunnskapsbasert psykosebehandling til en pasient som er blitt psykotisk for første gang, svarte Tor Levin Hofgaard, daværende president i Psykologforeningen, 31. mai 2016: «Vi skal informere om til dels alvorlige bivirkninger av medisiner og om effekt av terapi, og så la folk velge selv.» Jeg tror de fleste som er oppdatert på psykosebehandling, vil se at dette blir feil og kan bidra til mer lidelse for personer med psykoselidelser og deres familier. Reelt samvalg må være basert på oppdatert kunnskap og best mulig informasjon om behandling for psykiske lidelser.

Fritt behandlingsvalg er en rettighet. Autonomi er viktig i all behandling, og det er selvsagt at den enkelte selv, forutsatt samtykkekompetanse, skal velge behandlingen vedkommende tror vil føre frem. Slik bør og skal det være i hele det offentlige helsevesenet. Ønsker en person med psykiske lidelser healing, NADA-akupunktur, urtemedisiner eller fotsoneterapi, skal dette selvsagt kunne oppsøkes for videre behandling. Spørsmålet er om det skal være en del av det offentlige helsevesenet, eller om dette må gjøres privat. Vi ser i dag at befolkningen generelt sett bruker mindre alternativ medisin. Samtidig øker bruken av udokumenterte behandlingsmetoder i det offentlige helsevesen. Det er ingen tvil om at effekten av mange av de mer etablerte alternative behandlingsmetodene har bedre dokumentasjon (ikke minst på skadelige effekter) enn det medisinfrie sengeposter for personer med psykoselidelser har. Skal knappe ressurser og få plasser i psykisk helsevern brukes på udokumenterte metoder eller godt dokumenterte metoder? Vi kan ikke bruke sårt tiltrengte midler i psykisk helsevern på metoder som ikke er dokumentert på noen som helst måte, og som vi ikke kjenner de negative effektene av.

De medisinfrie tiltakene har etter fem år ikke blitt det mange trodde de skulle bli. Det eneste som er sikkert, er at de ikke er blitt medisinfrie. I det minste burde de bytte navn. Mer sannsynlig er det at vi allerede ser slutten på tiltakene. Vi har gjennom historien

sett dette mange ganger før. Egne enheter med en spesiell «faglig» tilnærming vil leve sine egne liv på siden av andre enheter i psykisk helsevern – uten noen form for ytre korrektiv. Sjelden opplever de sin 10årsdag. Da er de igjen en integrert del av psykisk helsevern. Håpet er imidlertid at polariseringen dette begrepet har skapt, ikke ødelegger for videre forskning og utvikling av de psykososiale tiltakene som flere av oss ønsker mer av.

REFERANSER

- McGlashan, T.H. (1984). The Chestnut Lodge followup study: II. Longterm outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*. 41(6), 586-601. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790170060007
- Stone, M.H. (1986). Exploratory psychotherapy in schizophreniaspectrum patients: A reevaluation in the light of longterm followup of schizophrenic and borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 50(3), 287-306
- Gunderson, J.G., Frank, A. F., Katz, H.M. Vannicelli, M. L..., Frosch, J. P., Knapp, P. H. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564-598. doi: 10.1093/schbul/10.4.564
- Hogarty, G.E., Goldberg, S.C., Schooler, N.R., Ulrich, R.F. (1974). Drug and Sociotherapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients II. TwoYear Relapse Rates *Arch Gen Psychiatry*, 31(5):603-608. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760170005001
- Fenton, W.S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 47-72. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033445.
- Mueser, K.T., Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychological Medicine*, 20(2) 25, 3-262. doi: <https://doi.org/10.1017/S003329170001758X>
- Bighelli, I., Leucht, C., Huhn, M., Reitmeir, C., Schwermann, F., Wallis, S., Davis, J. M., Leucht, S. (2020). Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 496-504. doi: 10.1093/schbul/sbz090
- Guo, Z.H. et al. (2017). Brief cognitivebehavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China. *Br J Psychiatry*, 210(3), 223-229. doi: 10.1192/bjp.bp.116.183285
- Baandrup, L. et al. (2016). Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs–A national clinical guideline. *Nordic journal of psychiatry*, 70(3), 231-240. doi: 10.3109/08039488.2015.1074285
- Jauhar, S., McKenna, P.J...; Rauda, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K.R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry*, 204(1), 20-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 7, 2021, side 608-611

TEKST:

Jan Ivar Røssberg, professor og overlege, Universitetet i Oslo

ILLUSTRASJON:

Hilde Thomsen, Illustratør