

Avhengighet til sterke behandlere

Som pasient i en sårbar situasjon er man i et avhengighetsforhold med behandlingsapparatet. Ikke alle klarer å stå imot sterke behandlere med klare meninger – eller å ta sjansen på at det å nekte, blir brukt som bevis på at man ikke nyttiggjør seg behandlingen og ikke er motivert.

Publisert: 2016-08-08 14:07 Skrevet av: Nina Knagenhjelm

*Innlegg: **Nina Knagenhjelm**, utdannet lege og sykmeldt på AAP siden 2011*

SOM UTDANNET lege, og mange år i rollen som psykiatrisk pasient, har jeg prøvd å få med meg debatten om medikamentfri behandling. Jeg har også prøvd å lese meg opp på fakta i forhold til hva og hvem et slikt tilbud som skal omfatte. Jeg må helt ærlig innrømme at jeg fortsatt er en smule forvirret.

Det jeg særlig har bitt meg merke i, er debatten rundt antipsykotika, psykoser og mani. Om medikamentfri behandling ved disse tilstandene er et smart alternativ – og at forskningsresultater og såkalt objektive kliniske erfaringer som validerer et slikt alternativ, ikke foreligger og at alternativet derfor ikke bør innføres ennå. Akkurat det har jeg ikke tenkt å uttale meg om siden jeg verken har kompetanse eller erfaring som lege eller pasient. Men med utgangspunkt i **Jan Ivar Røssbergs innlegg** (</artikler/2016/07/10/medisinfrie-tiltak---ideologi-eller-vitenskap/>) i Dagens Medisin på nett, og innlegget til **professor Ulrik F. Malt** (</artikler/2016/08/05/antipsykotika--og-alvorlige-psykiske-lidelser/>) (5. august), som omtaler nettopp medikamentgruppen antipsykotika, sitter jeg igjen med noen spørsmål.

NAIVITET. Er det kun tvangsbehandling med antipsykotika på disse to indikasjonene man skal ha rett til å nekte ved det nye behandlingsalternativet? Og mener dere, og andre fagpersoner der ute, at antipsykotika kun brukes på disse to indikasjonene? Jeg håper virkelig ikke det. For da blir jeg skremt over naiviteten deres.

Faktum er at disse medikamentene også brukes på andre indikasjoner, som jeg ikke finner dekning for i Felleskatalogen, og med min (for tiden) begrensede tilgang til forskningsmateriale og fagfolk å diskutere dette med, heller ikke har klart å finne noe som sier at disse medikamentene har bevist effekt på slike indikasjoner. Annet enn å utnytte bivirkningene da? Opplys meg gjerne.

REDSSEL OG FRYKT. Jeg snakker av personlig erfaring: Som 26-åring satt på antipsykotika for første gang – uten å være verken psykotisk eller manisk. Aldri tvangsparagraf. Den første gangen kan jeg «unnskyldes». De var desperate og ville hjelpe meg, ingenting virket, og jeg sov ikke og hadde et kaos

uten like i hodet mitt. Jeg valgte å slutte etter en god stund, og det var da greit. Men pausen ble kortvarig. Medikamentene kom kjapt på bordet igjen med neste behandler.

I åtte år sto et antipsykotika på «faste medisiner» i medisinalista mi. Da sa jeg stopp. Jeg hadde ønsket det lenge. Helt fra starten. Men gjennom de første rundene endte jeg opp med en frykt og redsel som gjorde at jeg presset meg selv helt til jeg klarte å ta dem fast, og til slutt ble de redningen i et drøyt år fordi de i alle fall lot meg få sove noen timer.

Det har dukket opp et argument i denne debatten allerede. Jeg var ikke på tvang, det var jo bare å si nei. Men det er ofte stor forskjell på teori og virkelighet, også i psykiatrien. Jeg kaller det «frivillig tvang» – når beskjeden er at «uten medisinen vil du ikke bli bedre», eller at «du vil raskt falle tilbake til sykdommen».

STERKE BEHANDLERE. Flere behandlere snakker om de positive effektene medisinen kan få, men nevner knapt bivirkningene. Medisinering blir også brukt som argument for fortsatt å kunne ha deg på avdelingen. Og det å nekte, eller å ikke ta medisinen som forskrevet, blir brukt som bevis på liten motivasjon og vilje til å følge opp behandlingen. Noe som fort får konsekvenser i forhold til videre oppfølging og behandling.

Er det da frivillig i praksis? Du hadde kanskje sagt nei uansett. Men som pasient i en sårbar situasjon, med angst, depresjon, spiseforstyrrelser og tankekaos, kanskje også kognitiv svekkelse, er man i et avhengighetsforhold med behandlingsapparatet. Å stå imot sterke behandlere med klare meninger, er ikke noe alle klarer å gjøre. Ei heller å ta sjansen på at det å nekte, blir brukt som bevis på at man ikke nyttiggjør seg behandlingen og ikke er motivert.

Det eksisterer en maktubalanse mellom behandler og pasient, og pasienten med minst makt ender ofte opp med å velge sine kamper, eller ikke å ta noen. Husk også at mange mennesker i Norge fortsatt har et «opphøyd» syn på leger; legen vet best, og det er lurt å gjøre som legen sier. Mangler man også kunnskap og ressurser til å undersøke selv, blir ofte utfallet i favør av behandlerens ønske.

«FLINK PASIENT». Jeg hadde vært sjeleglad om jeg – med pasientrettighetene i ryggen – kunne ha sagt den gangen at jeg ikke ville ha disse medisinene, og vite at det var en rettighet og ikke noe som kunne brukes mot meg. Diskusjonen med behandler ville ha blitt en helt annen. Makt-ubalansen ville ha blitt mindre. Jeg vet som sagt ikke sikkert om det finnes forskningsresultater som beviser effekt og indikasjon for bruk av disse medikamentene ved andre lidelser enn mani og psykose – og i mitt tilfelle; spiseforstyrrelser, søvn, og en rekke uklare og svake teorier rundt personlighetsavvik og tvang og «simulering». Og mulig noe annet også.

Jeg kunne ha sluttet da jeg byttet behandler. Men da var jeg allerede overbevist om at hvis jeg nektet, ville det bli brukt mot meg. Jeg gjorde alt for å være en «flink pasient» i mine nye behandlingsrelasjoner: Ved å unngå tidligere konflikter og problemer, ved å bevise at jeg samarbeidet, tok medisinene mine og tok tak i søvnproblemer. Jeg hadde hatt mange bivirkninger frem til da.

ALDRI MER. Da jeg tok medisinene fast hver dag i over nesten tre år, ble bivirkningene uttalte og omfattende. Jeg måtte hele veien opp i relativt høye doser for å oppnå «ønsket» effekt, hos meg søvn. Altså oppnå én av bivirkningene. Med alle de andre bivirkningene som fulgte med på kjøpet. Ikke løste de problemet heller. Jeg var jo like søvnforstyrret etter seponering.

De andre «indikasjonene» har antipsykotika aldri hatt noen effekt på. Tvert imot.

Aldri igjen sier jeg ja til slike medisiner, utenom ved klare og dokumenterte indikasjoner, svært uttalte symptomer og en situasjon der det synes som absolutt nødvendig. Men for spiseforstyrrelsestankekaos og søvnproblemer; aldri mer!

MEDIKAMENTFRITT BEHOV. Jeg mener det er behov for medikamentfritt behandlingsalternativ. Hvordan det skal fungere i praksis, hvem det skal gjelde, og om det skal foregå i egne avdelinger, skal jeg ikke uttale meg om med tanke på fagkompetanse. Men at det er et behov, og at det ville ha vært bra for mange pasienter i psykiatrien, er jeg ikke i tvil om.

Medikamenter kommer skremmende fort på bordet. Det kan virke som en misforstått teori om at medikamenter vil løse de fleste pasienters problemer både raskere og enklere. Men for hvem? På udokumenterte indikasjoner, da med forbehold, kan medisinene faktisk gjøre det stikk motsatte.

Det er ikke bare spørsmålet rundt medikamentfrie behandlingstilbudene som bør drøftes. Det er kanskje på tide å ta en debatt rundt selve bruken av medisiner i psykiatrien også? Jeg bare undrer meg – fra både fagsiden og pasientsiden.

Ingen oppgitte interessekonflikter