



Tor Levin Hofgaard
President i Norsk Psykologforening

Medisinfritt, ja takk!

På tross av at vi i dag har virksomme, evidensbaserte behandlingstilbud som kan erstatte medisiner, har brukerne i regelen minimal valgfrihet. Det er bekymringsfullt.

«Vil du ha medisin, eller ønsker du en annen form for evidensbasert behandling?» Da vi stilte dette spørsmålet i en undersøkelse for noen år siden, var svaret entydig. De fleste foretrekker samtalebehandling fremfor medisiner. Dessverre er det siste altfor ofte tilbudet.

Valgfrihet er et mantra i nær all politikk om dagen. Også i helsetjenestene er pasientenes valgfrihet et uttalt mål. Men på psykisk helsefeltet er det langt igjen.

Helsedirektoratets faglige veileder for behandling av milde og moderate depresjoner slår fast at samtaleterapi *skal* være forsøkt før foreskrivning av medisin. Forbruket av antidepressiver har til tross for dette steget til foruroligende høyder. I all hovedsak er det fastlegene som skriver ut disse medisinene. Det er kanskje forståelig. De opplever ofte at de har lite annet å tilby. Samtaleterapi for voksne er fortsatt ikke lett å oppdrive i kommunene. Og selv om enkelte fastleger lærer seg samtalebehandling og det startes forsøk med Rask psykisk helsehjelp her og der, kan vi ikke snakke om reell mulighet til å velge et medisinfritt tilbud mot depresjon eller angst.

Gruppen med de mer alvorlige lidelsene får nærmest alltid medisiner som del av behandlingen. For mange er dette både nyttig, viktig og virkningsfullt. Det gjelder imidlertid ikke alle, og mange pasienter kan ha et ønske om medikamentfri behandling. Dette har flere årsaker. Mange opplever å få direkte og indirekte fysisk sykdom av medisineringen. Vi vet at de fleste antipsykotiske medikamenter med-

fører vektøkning. Omtrent halvparten av alle som får slike medisiner, legger på seg mer enn syv prosent i løpet av det første året, og det bidrar til nedsatt livskvalitet, stigma og økt sosial isolasjon. Følgetilstander av dette gir seg selv. Og det kommer i tillegg til det vi ofte ser av alvorlig svekket generell helse som følge av selve lidelsen.

Det brukerne ønsker seg, er medikamentfrie døgnbaserte behandlingstilbud for mennesker i krise

Løsningen er ikke å kutte ut medisinene for alle. Som sagt er det mange som opplever medisinene som viktige. For disse blir det imidlertid essensielt at det i større grad enn i dag gis god oppfølging for kjente risikofaktorer av slike medisiner. Vi vet at etterlevelse av medisineråd er en særlig utfordring. Mange pasienter får ikke god nok informasjon ved oppstart, eller de er ikke tilstrekkelig motivert før medisiner settes i gang. Manglende oppfølging er et problem, og mange får i liten grad skreddersydd sin medisineringsplan slik at bivirkninger reduseres så langt det er mulig. Slik kan det ikke fortsette.

For dem som ikke ønsker medisinsk behandling, må det komme på plass reell valgfrihet i tilbudet. Dette er nå et samlet krav fra brukerorganisasjonene, støttet av Rådet for psykisk helse, der blant annet Psykologforeningen og Legeforeningen er medlemmer. Brukerne er opptatt av at de skal kun-

ne ta det valget de mener er riktig for seg, når det nå engang finnes virksomme alternativer. De beskriver at valget de stilles overfor i dag, ikke er reelt. Da oppleves «frivillige» piller som bedre enn depotsprøyter. Det brukerne ønsker seg, er medikamentfrie døgnbaserte behandlingstilbud som etablerte tilbud for mennesker i krise. Det må være steder der ingen blir tvangsmedisinert, og der overtalelser og press ikke forekommer. Et tillitsskapende og forutsigbart sted der andre metoder for å regulere følelser og mestre uro kan prøves ut, der egen mestringstro og tillit til andre kan bygges. Da kan det være mulig å komme over kneika uten å kjøre seg helt i bunn. Slike medikamentfrie tilbud kan i praksis være del av en godt fungerende kriseplan når det er behov for «timeout» og ekstra omsorg.

Heldigvis er medisinsk og psykologisk forskning kommet så langt at vi vet at slike tilbud kan etableres innenfor rammen av evidensbasert forsvarlig behandling. Da er det vanskelig å forstå hvorfor vi ikke kan gi pasienter med psykiske plager en reell valgfrihet – uansett om det er for milde, moderate eller alvorlige lidelser. Vi må komme forbi spørsmålet om det bør etableres slike døgntilbud. La oss sammen med brukerne diskutere hvor slike tilbud kan etableres, for hvem et slikt tilbud skal gjelde, og når et slikt tilbud ikke vil være tilstrekkelig eller godt nok. Og ikke minst bør vi mer inngående diskutere hvilket tjenestenivå døgntilbudet skal ligge på.