antipsykotiske legemidler eller har de ikke den effekten vi er ledet til å tro? Skal mennesker ha full autonomi når det gjelder behandling? Og er det uetisk å tvinge mennesker til å ta medikamenter med så store bivirkninger som kanskje også endrer hjernen?

Professorene Ulrik F. Malt og Jan Ivar Røssberg er blant dem som har ytret seg kritisk til medisinfritt behandlingstilbud, som det åpenbart er anledning til. Imidlertid er det argumentene for og imot som må komme fram i diskusjonen, og spørsmålsstillingen skal med fordel belyses fra alle sider. Et sentralt omdiskutert spørsmål er virkningene av langtidsmedisinering av antipsykotika. Hvor er studiene som viser at antipsykotika har en positiv langtidseffekt?

Walter Keim
walter.keim@gmail.com

Walter Keim (f. 1948) er pensjonist og tidligere høyskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Videoopptak. Fagkonferanse på Litteraturhuset 8. februar. «Hva er kunnskapsgrunnlaget for behandling med eller uten bruk av psykofarmaka?» www.stiftelsenhumania.no/ (28.3.2017).
2. Videoopptak. Robert Whitaker. Fagkonferanse på Litteraturhuset 8. februar kl 17–21. Rethinking antipsychotics. www.stiftelsenhumania.no/2017/02/20/rethinking-antipsychotics-robert-whitaker/ (28.3.2017).
3. Whitaker R. The door to a revolution in psychiatry cracks open. MIA Report: Norway's Health Ministry Orders Medication-Free Treatment. 25.3.2017. https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/ (28.3.2017).
4. Bergem AK. Treatment without medication. The Nordic Psychiatrist. 2/2016 https://flipflashpages.uniflip.com/2/35014/376260/pub/document.pdf (28.3.2017)

Re: Psykiatriens indre konflikter eksponert

Jeg takker Ketil Slagstad for et reflektert innlegg med faglig og etisk viktige innspill knyttet til medisinfrie tilbud. Idet både Malt og Røssberg og medarbeidere som et slags «argument» mot mye av innholdet i teksten påpeker at Slagstad er medisinsk redaktør, vil jeg påpeke følgende: I tillegg til å være et medlemsblad for Den norske legeforening, skal Tidsskriftet, i henhold til lover for Den norske legeforening, ha som sine målsettinger å være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som kliniker; å stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling; å bidra til holdningsdanning hos leger ved å videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon og ikke minst: å fremme helsepolitisk debatt (1).

Jeg vil hevde at Slagstad nettopp tar Tidsskriftets målsettinger og rollen som medisinsk redaktør på alvor, idet han i lys av Røssberg og medarbeideres innlegg tilfører flere perspektiver. Slik åpner han opp for ulike syn og innfallsvinkler. Jeg er glad for at Tidsskriftet ikke lar seg styre av faglig berøringsangst og misforstått kollegial lojalitet, men tar denne debatten offentlig. At temaet innebærer store faglige uenigheter er ikke ukjent, og det bør være i medisinfagets interesse at dette kommer til syne i Legeforeningens tidsskrift. Det er i stor grad i offentlighetens interesse.

Utover dette har jeg en kommentar knyttet til noe Slagstad kommer inn på mot slutten av sitt innlegg. Han spør: «Gitt at pasienten er samtykkekompetent og gir uttrykk for et klart ønske om ikke å bli medisinert, hvorfor skal vi da ikke lytte til det?» Min respons er at det skal lyttes uavhengig av om helsepersonell anser personen samtykkekompetent eller ei. Jeg viser til FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter (CRPD) (2). Dette er en menneskerettskonvensjon som Norge har forpliktet seg på, og den er relevant i debatten om medisinfrie tilbud, selv om Norge ennå ikke har tatt de nødvendige grep i implementeringen av konvensjonen. Konvensjonen peker fremover; motstanden mot medisinfrie tilbud peker etter min mening bakover. Personer med psykososiale funksjonsnedsettelser trenger adgang til å utforme juridisk gyldige forhåndserklæringer med tanke på eventuelle situasjoner der man ikke klarer å gjøre seg forstått av omgivelsene, som omtalt i punkt 17 FNs konvensjon (3). Dette burde for lengst ha vært på plass (i tillegg til at loven om psykisk helsevern for lengst skulle vært fjernet). En slik forhåndserklæring er ikke minst aktuell hvis man kommer i situasjoner der man av helsepersonell anses psykotisk og ikke samtykkekompetent, begge CRPD-stridige kriterier for fratagelse av rettslig handleevne. Også i slike situasjoner skal man kunne ha full trygghet for at man ikke blir utsatt for medisinering mot sin vilje.

Anne Grethe Teien
agteien@hotmail.com

Anne Grethe Teien (f. 1973) har egenerfaringer fra psykisk helsevern.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lover for Den norske legeforening. §5-2 Tidsskriftets formål. https://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/dnlf-lover/den-norske-legeforenings-lover/ (28.3.2017).
2. United Nations. OHCHR. Convention on the rights of persons with disabilities. http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx (28.3.2017).
3. United Nations. OHCHR. Convention on the rights of persons with disabilities. General Comment No 1. 19.5.2014. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf (28.3.2017).

Re: Psykiatriens indre konflikter eksponert

Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt alle helseforetak å innføre medikamentfri behandling av psykoser på tross av sterke advarsler fra erfarne psykiatere. Påbudet vil føre til at pasienter med psykoselidelser ikke lenger er garantert behandling i tråd med det samme Helsedirektoratets retningslinjer! Det er et viktig prinsipp i medikamentell behandling av alvorlig sykdom at man prøver ut potensiell virksom behandling og seponerer den for de pasientene som ikke har god effekt. Slik er det i indremedisin, onkologi og f.eks. pediatrien; så også i psykiatrien. Det er svært vanskelig å identifisere non-responderne prospektivt. Helseminister Høie har latt seg manipulere av interesseorganisasjoner i denne saken og vist seg lite villig til å lytte til fagfolk. Denne kritikken er godt oppsummert i en nylig publisert artikkel i legetidsskriftet. Det var derfor en skuffelse å lese kommentaren til medisinsk redaktør i Tidsskriftet med overskriften *Psykiatriens indre konflikter eksponert*. Ketil Slagstad fortaper seg i refleksjoner rundt avdankede filosofer som er pensum på ex.phil. Han burde ha benyttet anledningen til å støtte opp under kritikken av de medikamentfrie postene. Mennesker med psykoselidelser er en svært sårbar gruppe med liten evne til å stå på barrikadene for å få garantier om at de blir tilbudt behandling etter god medisinsk praksis. Standard behandling i Norge er ressurskrevende og består av både samtaleterapi, poliklinisk oppfølging, tilbud om innleggelse, rehabilitering med fokus og skole/arbeid og også medikamentell behandling. Vi jobber ut fra en biopsykososial modell, og da gir det liten mening å ekskludere en del av behandlingen. Det bør også en medisinsk redaktør i vårt Tidsskrift ha som utgangspunkt.

Tor Ketil Larsen
tkmaclarsen@me.com

Tor Ketil Larsen (f. 1960) er overlege ved Stavanger universitetssjukehus og professor dr.med. ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

K. Slagstad svarer:

I et akademisk tidsskrift er det viktig, også her, å holde et saklig debattnivå. En åpen debatt fører forhåpentligvis til at andre stemmer som tradisjonelt gjerne har vært utenfor i de medisinske fagdebatter, for eksempel pasientenes, også får komme til uttrykk. For

>>>

øvrig er det lite som tyder på at den «avdankede» filosofen Michel Foucaults (1926–1984) maktkritikk ikke er relevant for dagens psykiatridebatt.

Ketil Slagstad
ketil.slagstad@tidsskriftet.no

Ketil Slagstad (f. 1983) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Psykiatriens indre konflikter eksponert

Medisinsk redaktør Ketil Slagstad anfører at effekten av antipsykotika er omdiskutert. Jeg ønsker kort å kommentere dette punktet. Nyere metaanalyser viser at effektstørrelsen av antipsykotika sammenlignet med placebo ved akuttbehandling av schizofreni er om lag 0,5 for samlet symptomreduksjon, med variasjoner mellom 0,3 og 0,9 for ulike antipsykotika (1). Leucht og medarbeidere (2) har sammenlignet effektstørrelser av vanlige legemiddelgrupper innen generell medisin, med effektstørrelsene av psykofarmaka. Konklusjonen er at effektstørrelsen for antipsykotika er fullt på høyde med effektstørrelsen for en rekke andre medikamentgrupper innenfor eksempel antihypertensiva, antiastmatika, perorale antidiabetika og antibiotika. Interessant nok kan det være holdepunkter for at metaanalysebaserte effektstørrelser for antipsykotika representerer underestimater. Disse bygger hovedsakelig på randomiserte, kontrollerte dobbeltblindede studier preget av høyselekterte pasientutvalg med lang sykehistorie, som er assosiert med dårligere behandlingsrespons. Eksempelvis var gjennomsnittlig sykdomsvarighet i nevnte metaanalyse 14 år (1). Studier med mer representative pasientutvalg finner betydelig større symptomreduksjon. I den åpne, randomiserte EUFEST-studien fant man 60 % symptomreduksjon versus 40 % i tradisjonelle RCTer ved førsteepisode psykose (3). Robinson og medarbeidere (4) fant i deres naturalistiske oppfølging av førsteepisodepasienter at 87 % responderte på behandling i løpet av det første året, med 9 ukers median tid til respons. Pasientene ble behandlet i henhold til en standardisert algoritme, der også klozapin inngikk.

I vedlikeholdsbehandling har antipsykotika vist betydelig reduksjon av risiko for psykotiske tilbakefall sammenlignet med placebo (5). Om behandlingen ble bråseponert eller gradvis trappet ned, påvirket ikke resultatene (5).

Oppsummert er antipsykotika effektive, og det store flertallet kan forvente behandlingsrespons. Det finnes en undergruppe pasienter uten sikker effekt av medikamentene, men disse er inntil videre ikke mulig å identifisere før behandling er utprøvd.

Erik Johnsen
erik.johnsen@helse-bergen.no

Erik Johnsen (f. 1973) er assisterende avdelingssjef og overlege ved Haukeland universitetssykehus og professor II ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2013; 382: 951–62.
2. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. Br J Psychiatry 2012; 200: 97–106.
3. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al; EUFEST study group. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. Lancet 2008; 371: 1085–97.
4. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM et al. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 1999; 156: 544–9.
5. Leucht S, Tardy M, Komossa K et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012; 5: CD008016.

Re: Psykiatriens indre konflikter eksponert

Tor Ketil Larsen demonstrerer i sin kommentar om medikamentfri behandling en bedrevitende arroganse som ripper opp i smertefulle minner fra min tid som psykiatrisk pasient. Det gjør vondt å være vitne til den tilsynelatende totale mangelen på respekt for pasienters erfaringskompetanse og medbestemmelsesrett som Larsen fremviser. Den nedlatende og paternalistiske holdningen til Larsen er dessverre fremdeles ganske gjengs blant endringsresistente psykiatere. Heldigvis er ikke alle fagfolk like umusikalske som Larsen. Heldigvis er ikke alle fagfolk like kunnskapsløse om bakgrunnen for tilblivelsen av medikamentfrie behandlingsplasser som ham.

Larsen har rett i at det er vanskelig å identifisere ikke-responderne prospektivt. Det er imidlertid mye som tyder på at viljen til å indentifisere ikke-respondere retrospektivt er mangelfull og vilkårlig i mainstream psykiatri. Min erfaring er at psykosepasienter som ikke har ønsket effekt av psykofarmaka slett ikke alltid får trappe ned eller seponere slik Larsen hevder; vi får i stedet høyere doser, ikke sjelden langt over anbefalingene, og altfor ofte i medikamentcocktails som det ikke finnes fnugg av vitenskapelig belegg for å bruke på levende mennesker. Protesterer vi, nedtegnes det i journal at vi er lite samarbeidsvillige og mangler sykdomsinnsikt, og så får vi medikamentene på tvang i stedet. Argumenterer vi saklig for at vi har prøvd dette før, med dårlig resultat, får vi en diagnose til. Dette er virkeligheten vi som ønsker oss medikamentfrie behandlingsplasser, står i. Å underkjenne eller bortforklare dette med at dere ikke kjenner dere igjen i vår virkelighetsbeskrivelse (som er gjengangeren vi møtes med, både i klinikk og i avisspalter) er et hån mot mennesker som virkelig fortjener bedre.

Jeg vet ikke om jeg skal le eller gråte når pasientorganisasjoner jeg er medlem av, blir beskyldt for å manipulere helseministeren til å fatte beslutninger som vil frarøve pasienter rett til behandling i tråd med retningslinjene. Det er kanskje stygt av meg å le, men det er unektelig en smule komisk når Larsen nærmest fremstiller det som om tilgangen på behandlingsplasser med psykofarmakologisk behandling blir truet av at det endelig opprettes en håndfull medikamentfrie sengeposter i hver helseregion.

Ja visst er mennesker med psykoseerfaringer en sårbar gruppe, men kom ikke og fortell oss at vi ikke evner å stå på barrikadene! Sårbarheten vår handler ikke om at vi mangler «tilbud» om psykofarmakologisk behandling. Den handler først og fremst om at muligheten til å takke nei til psykofarmaka ikke er lovfestet, at det brukes altfor mye tvang og at det fremdeles er psykiatere som har makta og alle midlene i møtet med både nye og garvede, kompetente pasienter.

Pasienter som får komme til medikamentfrie avdelinger, har tatt et valg basert på erfaringer eller kunnskap som Larsen ikke bør stille seg til doms over. Definisjonen på god behandling handler ikke om medikamenteffektstudier med diskutabelt design. Til syvende og sist må det være opp til den enkelte pasient å vurdere hvorvidt behandlingen oppleves som nyttig eller ikke. Endelig får vi non-respondere et tilbud vi har bedt om i flere tiår. Det er forunderlig at det har skapt slik furore.

Merete Nesset
meretesmetode@gmail.com

Merete Nesset (f. 1963) er student.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>