

Medisinfri behandling av alvorlige psykiske lidelser

*En kvalitativ undersøkelse av erfaringer fra
miljøpersonalet på en medisinfri døgnavdeling*

Ingrid Engeseth Brakstad



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2018

Medisinfri behandling av alvorlige psykiske lidelser

En kvalitativ undersøkelse av erfaringer fra
miljøpersonalet på en medisinfri døgnavdeling

© Ingrid Engeseth Brakstad

2018

Medisinfri behandling av alvorlige psykiske lidelser - En kvalitativ undersøkelse av erfaringer fra miljøpersonalet på en medisinfri døgnavdeling.

Ingrid Engeseth Brakstad

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Ingrid Engeseth Brakstad.

Tittel: Medisinfri behandling av alvorlige psykiske lidelser - En kvalitativ undersøkelse av erfaringer fra miljøpersonalet på en medisinfri døgnavdeling.

Veileder: Odd Arne Tjersland

Bakgrunn og mål: Medisinfri behandling (MFB) av psykiske lidelser er en dagsaktuell, kontroversiell og lite utforsket behandlingsform. Psykofarmakologisk behandling av en rekke psykiske lidelser er utbredt praksis i Norge i dag. Særlig gjelder dette for psykose og alvorlige affektive lidelser. I de senere år har det vokst frem en bevegelse som stiller seg kritisk til denne praksisen og det vitenskapelige grunnlaget den bygger på. I Norge har brukerorganisasjoner fått gjennomslag for at Helse- og omsorgsdepartementet ga de regionale helseforetakene frist til 1. juni 2016 med å etablere egne avdelinger for medisinfri behandling av psykiske lidelser. Målet med oppgaven har vært å undersøke hva ”medisinfrihet” innebærer på én slik avdeling, hva som kjennetegner behandlingen og pasientene som benytter seg av den, hvordan det er for pasientene å gå gjennom en slik behandling og hvordan det er for miljøpersonalet å jobbe med den.

Metode: Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte intervjuer er benyttet for å intervju 8 personer som jobber i miljøet på én medisinfri avdeling. Min undersøkelse inngår som en del av en bredt anlagt undersøkelse av MFB (Heiervang, 2018), men er å betrakte som et selvstendig forskningsprosjekt hvor jeg selv har samlet inn og bearbeidet dataene. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter bearbeidet ved hjelp av tematisk analyse.

Resultater: ”Medisinfrihet” på avdelingen handlet først og fremst om selvbestemmelse, men med en viss påvirkning i retning lavere medisinfbruk. Pasientgruppen hadde mangeårig erfaring fra psykisk helsevern, men hadde mindre alvorlig problematikk og høyere motivasjon for behandling enn tidligere. Behandlingen var kjennetegnet av ansvarsoverføring til pasientene, høye krav til og tydelige forventninger om egeninnsats og deltakelse, hovedsakelig gruppebasert behandling og mindre en-til-en kontakt mellom pasientene og miljøpersonalet. Behandlingsutfallet var godt for de fleste pasientene, noe som ble tilskrevet til reduksjon av medisiner, pasientenes økte ansvarliggjøring og selvbestemmelse, flere og bedre psykososiale tilbud, økt samhold og fellesskapsfølelse mellom pasientene og lenger

innleggelsestid. Miljøpersonalet oppfattet arbeidet sitt som meningsfullt og lystbetont, men opplevde overgangen til MFB som belastende. Deres ansvar for egen trivsel og utvikling hadde økt etter innføringen av MFB. I sjeldne tilfeller kunne de oppleve dilemmaer mellom det medisinfrie mandatet og andre hensyn, hovedsakelig i møte med pasienter som sterkt ønsket medisiner, pasienter som ønsket å trappe ned mer enn det som fra utsiden opplevdes som forsvarlig og pasienter som opplevdes som for syke for MFB.

Implikasjoner: Undersøkelsen bidrar til en nyansering av begrepet ”medisinfritt”, belyser viktigheten av fellesskapsfølelse i behandling, og gir med dette innspill i debatten om MFB og hvorvidt denne skal tilbys i egne avdelinger eller som medisinfrie forløp. Undersøkelsen tilbyr et kritisk blikk på individualisering av ansvar hos pasienter og ansatte og gir innspill til hvordan MFB kan innføres på andre avdelinger. Undersøkelsen fremhever også viktigheten av alternative behandlingsformer som erstatning for effekten av medisiner som seponeres og setter søkelyset på alternative utfallsmål i studier av behandlingseffekt.

Forord

Først og fremst vil jeg takke informantene som har delt av sine erfaringer og sin kunnskap. Denne oppgaven ville ikke blitt til uten dere.

En stor takk til Kari Standal for invitasjon inn i prosjektet og for mange gode innspill i skrivearbeidet. Takk til Anders Wenneberg for introduksjon til emnet (med bratt læringskurve) og inspirasjon underveis. Jeg vil også takke Ann Kristin Aasen og alle andre som har hjulpet til med stort og smått.

Takk til Sintef-gjengen for en veldig hyggelig hovedoppgaveinnspurt, og spesielt Mathias for at du hadde så god tid med din egen oppgave at du kunne hjelpe meg med min.

Og til sist, tusen takk til min veileder, Odd Arne Tjersland, for all hjelp og støtte underveis.

Oslo, oktober 2018.

Ingrid Engeseth Brakstad

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og undersøkelsens formål	1
2	Fagpolitisk og vitenskaplig bakgrunn	3
2.1	Opprettelsen av medisinfrie tilbud i Norge	3
2.2	Debatten	4
2.2.1	Status for den vitenskapelige debatten i dag; en kort oppsummering	8
2.3	Den medisinfrie avdelingen som undersøkes	8
3	Metode	11
3.1	Rasjonale for valg av metode	11
3.2	Forforståelse	12
3.3	Rekruttering og utvalg	12
3.4	Datainnsamling og bearbeiding	13
3.5	Analyseprosessen	14
3.6	Mulige begrensninger ved metoden	17
3.7	Etiske betraktninger	17
3.7.1	Samtykke og frivillig deltakelse	18
3.7.2	Hensynet til informantene	18
3.7.3	Anonymitet	18
4	Resultater	20
4.1	Miljøpersonalets forventninger og overgangen til MFB	20
4.2	”Medisinfritt” – hva innebærer det egentlig?	22
4.2.1	Begrepet ”medisinfritt”	22
4.2.2	Selvbestemmelse og påvirkning	22
4.3	Hvem er pasientene?	23
4.3.1	Problematikk, bakgrunn og funksjonsnivå	23
4.3.2	Motivasjon for behandling	24
4.4	Kjennetegn ved behandlingen	25
4.4.1	Ansvarliggjøring	26
4.4.2	Høye krav og tydelige forventninger	26
4.4.3	Miljøpersonalets rolle og ansvar	27

4.4.4	Relasjonen mellom pasientene og miljøpersonalet	28
4.5	Behandlingsutfall	29
4.5.1	Reduksjon av medisiner.....	30
4.5.2	Selvbestemmelse og ansvar	30
4.5.3	Flere og bedre grupper og tilbud	30
4.5.4	Samhold og fellesskap	31
4.5.5	Tid.....	31
4.6	Dilemmaer	32
4.6.1	Pasienten ber om medisiner, og synes å trenge det	32
4.6.2	Pasienten ønsker ikke medisiner, men synes å trenge det	33
4.6.3	Pasienten er ”for syk” for MFB	34
5	Diskusjon	36
5.1	”Medisinfritt” – behovet for begrepsavklaring	36
5.2	Symptomreduksjon vs. livskvalitet	37
5.3	MFB handler om mer enn nedtrapping av medisiner.....	38
5.4	Betydningen av et terapeutisk felleskap.....	39
5.5	Ansvarliggjøringens positive og potensielt negative sider.....	40
5.6	MFB for personer med alvorlige psykiske lidelser	42
5.7	Generaliserbarheten av erfaringene og begrensninger ved undersøkelsen	44
5.8	Forslag til videre forskning	46
6	Avsluttende kommentar	47
	Litteraturliste.....	48
	Vedlegg.....	53

1 Innledning og undersøkelsens formål

Medisinfri behandling (heretter MFB) betegner i denne oppgaven behandlingstilbud som har som formål å tilby alternativer til medisiner i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser. Med alvorlige psykiske lidelser menes alvorlig depresjon, psykose- og bipolare lidelser. MFB er en relativt ny behandlingsform, som både anses som sårt etterlengtet og kontroversiell. En vanlig oppfatning har lenge vært at psykofarmaka, etter sitt inntog på markedet på 50-tallet, revolusjonerte behandlingen av alvorlige psykiske lidelser (Hald, 2011). Psykofarmakologisk behandling av en rekke psykiske lidelser er utbredt praksis i Norge i dag. Særlig gjelder dette for psykose og alvorlige affektive lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012, 2013).

I de senere år har det vokst frem en bevegelse som stiller seg kritisk til denne praksisen og som ønsker tilbud om behandling uten medisiner. Vitenskapsjournalist Robert Whitaker publiserte i 2010 en kontroversiell bok som konkluderte med at psykofarmaka forverrer prognosen ved psykiske lidelser (Whitaker, 2014, norsk utg.). Dette satte i gang en internasjonal debatt med sterke røster på begge sider. I Norge har brukerorganisasjoner fått gjennomslag for at Helse- og omsorgsdepartementet (2015) ga de regionale helseforetakene frist til 1. juni 2016 med å etablere egne avdelinger for medisinfri behandling og nedtrapping av medisiner. De nye føringene skapte sterke reaksjoner og satte for alvor i gang en nasjonal debatt om MFB, psykofarmaka og hvordan psykisk helsevern skal se ut.

Debatten har båret preg av å være polarisert. De nye medisinfrie tilbudene har blitt omtalt som ”et gigantisk feilgrep” (Larsen, 2016) og en ”devaluering av psykiatrien som fagområde” (Røssberg, Andreassen, & Ilnér, 2017). Samtidig finnes like sterke røster som hevder at ”psykofarmaka dreper” (Gøtzsche, 2017) og har bidratt til å skape en epidemi av kronisk psykisk syke (Whitaker, 2014). Debatten har vært særlig opphetet hva gjelder MFB av psykose og alvorlige affektive lidelser. Kritikere av MFB hevder at denne behandlingsformen mangler vitenskapelig grunnlag. Fra den andre siden er det også stilt spørsmål ved evidensgrunnlaget for psykofarmakologisk behandling, spesielt med hensyn til langsiktige effekter. Fra begge kanter hevdes det at vi vet for lite, henholdsvis om MFB og om langsiktige effekter av psykofarma.

Siden 2016 er det opprettet flere medisinfrie avdelinger og tilbud rundt om i landet. I mitt hovedoppgaveprosjekt har jeg ønsket å undersøke hva MFB innebærer på én slik avdeling. Min undersøkelse inngår som en del av en bredt anlagt undersøkelse av MFB (Heiervang, 2018). I denne inngår en PHD-studie og flere hovedoppgaver.

Formålet med undersøkelsen var ikke å besvare et strengt avgrenset forskningsspørsmål, men heller å undersøke et nytt område innenfor psykisk helsevern, uten forutantakelser. Jeg ønsket å gjøre en undersøkelse som var utforskende og som med et innenfra-perspektiv tok utgangspunkt i opplevelsene og erfaringene til mennesker som vet hva MFB innebærer i praksis. Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming hvor jeg har intervjuet 8 personer som jobber i miljøet på én medisinfri avdeling. Mitt håp er at denne undersøkelsen kan bidra med ny kunnskap om og mer oppmerksomhet rundt en kontroversiell, dagsaktuell og hittil lite undersøkt behandlingsform. Videre at den kan bidra til en nyansering av en polarisert debatt.

Med dette som bakgrunn har målet med oppgaven vært å undersøke hva ”medisinfrihet” innebærer på akkurat denne avdelingen, hva som kjennetegner behandlingen og pasientene som benytter seg av den, hvordan det er for pasientene å gå gjennom en slik behandling og hvordan det er for miljøpersonalet å jobbe med den.

2 Fagpolitisk og vitenskaplig bakgrunn

Opprettelsen av medisinfrie tilbud er et resultat av en prosess som har pågått over flere år. I det følgende vil jeg gi en kort redegjørelse for hvordan de medisinfrie tilbudene har oppstått i Norge, og den fagpolitiske og vitenskaplige debatten rundt dette. Jeg vil også gi en kort introduksjon av den medisinfrie avdelingen jeg har undersøkt.

2.1 Opprettelsen av medisinfrie tilbud i Norge

Initiativet til MFB kommer fra brukerorganisasjoner. Aksjon for medisinfrie tilbud (heretter Aksjonen) er dannet i samarbeid mellom brukerorganisasjonene Aurora, Hvite Ørn, Mental Helse, LPP (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse) og WSO (We shall overcome). Aksjonen ble startet i 2011 og har som formål å kjempe frem medisinfrie tilbud i Norge. MFB handler, ifølge aksjonen, ikke om å være imot medisiner eller for at mennesker skal nektes medisiner. Det handler om valgfrihet; muligheten til å selv velge hvilken behandling man ønsker. Aksjonen jobber for at det skal etableres medisinfrie døgnavdelinger ved alle landets helseforetak. Med tanke på disse avdelingene, fremhever de tre viktige punkter (Aksjon for medisinfrie tilbud, u.å.):

- Man skal ikke bli utsatt for tvangsmedisinering, eller oppleve at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse.
- Grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med.
- Det kan utvikles gode behandlingskulturer for MFB, som kan styrke et fagfelt og fagpersonell med behov for kunnskapsutvikling.

Aksjonen beskriver MFB som tvangsreducerende tiltak. Etter Psykisk helsevernloven skal behandling med legemidler som hovedregel kun gjennomføres dersom pasienten samtykker til det. Lovens §4-4 åpner imidlertid for at behandling med legemidler kan gjennomføres dersom pasienten er underlagt tvunget psykisk helsevern, jf. §3-3, hvor en rekke vilkår må være oppfylt. Etter §3-3 skal frivillighet være prøvd før tvang iverksettes (Psykisk helsevernloven, 1999). Aksjonen argumenterer for at tvang kan være skjult og foregå ved press eller overtalelse, og at alternativene til tvangsmedisinering i stor grad består av at man

tar medisiner frivillig, eller ikke får behandling. De mener at det må tilbys reelle alternativer som ikke inkluderer medisiner dersom kravet i lovens §3-3 skal sies oppfylt (Aksjon for medisinfrie tilbud, u.å.).

Initiativet til MFB og debatten det utløste har ledet til nye nasjonale føringer. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet (2015) til de regionale helseforetakene datert 26.11 2015 ble det vist til oppdragsdokumentet fra 2015 hvor det ble satt følgende mål: "Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene". Departementet ga i brevet helseforetakene frist til 1. juni 2016 med å etablere egne avdelinger for medisinfri behandling og nedtrapping av medisiner.

Departementet stilte i første rekke krav om etablering av fem slike avdelinger, to i Helse Sør-Øst og én i hver av de andre helseregionene. De ulike helseforetakene har løst oppdraget på forskjellige måter. Ulike behandlingskulturer er i utvikling innenfor hvert helseforetak. Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge har opprettet egne medisinfrie avdelinger. I Helse Vest har man valgt å legge opp til medisinfrie forløp fremfor egen avdeling (Standal & Heiervang, 2018).

2.2 Debatten

MFB har som nevnt vært, og er, gjenstand for opphetet nasjonal og internasjonal debatt. I det følgende vil jeg gå nærmere inn på hva denne går ut på og forsøke å nyansere de ulike røstene i debatten. Debatten har hovedsakelig fokusert på personer med psykoselidelser og seponering av antipsykotika (heretter AP), fordi MFB for denne gruppen anses som den mest kontroversielle følgen av de nye nasjonale føringene. Jeg vil derfor hovedsakelig fokusere på meninger og forskning rundt psykose og AP i det følgende, og bare kort komme innom det som er kjent hva gjelder andre typer lidelser og psykofarmaka.

De nye føringene fra Helsedepartementet har vakt sterke reaksjoner. Enkelte leger og psykiatere er blant dem som har ytret seg kritisk. Manglende vitenskapelig grunnlag har vært hovedargumentet mot utviklingen av egne medisinfrie behandlingstilbud. Behandling med medikamenter hevdes derimot å ha veldokumentert effekt (Gundersen, 2016; Kvakkestad, 2016; Larsen, 2016; Røssberg, 2016; Røssberg et al., 2017; Røssberg, Andreassen, & Malt, 2016).

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser, anbefaler å vurdere behandling med medisiner for bipolare lidelser, alvorlig depresjon og psykose. Anbefalingene er ifølge retningslinjene underbygget av en stor vitenskapelig forskningsbase (Helsedirektoratet, 2009, 2012, 2013). Retningslinjene for psykosebehandling henviser til to store litteraturgjennomganger (Buchanan et al., 2009; Dixon, Lehman, & Levine, 1995) som konkluderte med at antipsykotiske legemidler har en ”klart bedre effekt enn ikke virksomme legemidler (placebo) når det gjelder å redusere akutte psykosesymptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. Avhengig av pasientgruppen, vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel, bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel” (Helsedirektoratet, 2013, s. 76). Videre hevdes det at ”fordi legemidlene reduserer risikoen for tilbakefall, brukes de også forebyggende i langtidsbehandling” (Helsedirektoratet, 2013, s. 76). Det vises til to store metaanalyser og en enkeltstudie (Davis, Kane, Marder, & Brauzer, 1993; Gilbert, Harris, McAdams, & Jeste, 1995; Gitlin et al., 2001), som hevdes å underbygge påstanden. ”Med dette som bakgrunn”, står det i retningslinjene, ”er antipsykotisk legemiddelbehandling anbefalt som førstevalgsbehandling både ved akutte psykosestilstander og til forebygging av tilbakefall” (Helsedirektoratet, 2013, s. 76).

Det stilles imidlertid også spørsmål ved evidensgrunnet for psykofarmakologisk behandling, spesielt med hensyn til langsiktige effekter (Forand, DeRubeis, & Amsterdam, 2013; Moncrieff, 2011 ; Sohlér et al., 2016; Whitaker, 2014, 2016). Kritikken dreier seg om flere ting. En stor del av evidensen for langtidsbruk bygger på såkalte seponeringsstudier, hvor deltakerne i utgangspunktet står på medikamenter, og placebogruppen får disse seponert før studien. Seponeringsstudiene er kritisert for å ikke i tilstrekkelig grad ta høyde for at økningen av symptomer hos den umedisinerte gruppen kan være en effekt av seponeringen i seg selv (Forand et al., 2013; Moncrieff, 2011 ; Whitaker, 2014, 2016). Studiene som anbefalingene i Nasjonale retningslinjer for psykose, bipolare lidelser og depresjon bygger på, synes ikke å ta tilstrekkelig høyde for denne problematikken (Standal & Heiervang, 2018). Et relatert problem med evidensgrunnet er at det er svært få studier som følger pasienter over flere år. Studiene nevnt ovenfor, og som Helsedirektoratet henviser til, fulgte pasientene i henholdsvis 1 år, 10 måneder og 2 år (Helsedirektoratet, 2013, s. 76). En annen litteraturgjennomgang og metaanalyse av seponeringstudier som ofte refereres er Leucht et al. sin artikkel fra 2012. De konkluderte med at pasienter med schizofreni har nytte av

vedlikeholdsbehandling med AP og begrunnet dette med lavere tilbakefallsrate etter 1 år. Tatt i betraktning at mange mennesker i praksis bruker AP i mange år, og noen ganger resten av livet, er oppfølgingstiden i disse undersøkelsene svært kort. En randomisert, kontrollert studie av Wunderink, Nieboer, Wiersma, Sytema og Nienhuis (2013) indikerer at en oppfølgingsperiode på minst 3 år kan være nødvendig for å se eventuelle fordeler med å være medisinfri når det gjelder AP. Et tredje problem med evidensgrunnlaget er at de fleste studiene hovedsakelig fokuserer på symptomer, og ikke på hvordan pasientene fungerer i det store og det hele. De nevnte begrensningene gjelder ifølge kritikere for de fleste studier som er gjort på hovedkategoriene av psykiske lidelser (Tjersland, Monsen, & Hansen, 2015).

Hva så med det vitenskapelige grunnlaget for MFB? Wunderink et al. (2013) nevnt ovenfor, fant fordeler med å bruke lite medisiner lang sikt. Pasientene ble randomisert til henholdsvis en dosereduksjon/seponering-strategi (DR) eller ordinær vedlikeholdsbehandling i to år. Deretter ble de fulgt opp i 7 år. Den første tiden var det høyere tilbakefallsrate i DR-gruppen, i tråd med andre seponeringsstudier. Dette snudde imidlertid etter rundt 3 år, og deretter registrerte man en motsatt utvikling. Etter 7 år fant de store forskjeller i funksjonsnivå, hvor DR-gruppen kom best ut. DR-gruppen brukte da fortsatt signifikant mindre medikamenter enn vedlikeholdsgruppen. Dette er imidlertid et sjeldent eksempel på en AP-studie med RCT-design (randomized controlled trial) og lang oppfølging. Et generelt forskningsmessig problem er at psykofarmaka raskt etter sitt inntog på markedet ble tatt i bruk i stor skala i klinisk praksis. Denne behandlingsmetoden ble ansett som revolusjonerende, en holdning som fortsatt eksisterer blant kritikere av MFB i dag (Kvakkestad, 2016; Røssberg et al., 2017). Det har derfor vært vanskelig å finne umedisinerte pasienter med alvorlige lidelser, og det har blitt ansett som uetisk å randomisere utvalg til å ikke få medisiner over tid (Sohler et al., 2016). Et annet forskningsmessig problem er at forskningsresultater som ikke viser effekt av medisiner sjelden publiseres (Hoel, 2017).

Fordi det finnes svært få randomiserte AP-studier som følger pasienter over flere år, eller hvor én gruppe aldri har brukt AP, konkluderer litteraturgjennomganger med smale inklusjonskriterier gjerne med at det ikke finnes evidens for MFB ved alvorlige lidelser (Standal & Heiervang, 2018). En norsk litteraturgjennomgang som søkte å sammenligne den samme psykososiale intervensjonen med eller uten medisiner for pasienter i aktiv psykose fant ingen studier (Holte, Austvoll-Dahlgren, & Straumann, 2017). Et annet eksempel er Sohler et al. (2016) som konkluderte med at eksisterende litteratur var utilstrekkelig for å

bekreftede hypotesen om at umedisinerte pasienter med schizofreni klarte seg bedre på sikt enn pasienter som mottok langvarig behandling med AP. Det samme var imidlertid tilfelle for motsatt hypotese, at medisinerte pasienter klarte seg bedre. Whitaker (2016) innvender mot denne litteraturgjennomgangen at de kun har inkludert et stykke av en større forskningsbase, og at evidens for medikamentenes skadevirkninger kommer fra mange typer forskning.

Dersom inklusjonskriteriene utvides til å omfatte mindre kontrollerte forhold, finnes flere studier som kan gi indikasjoner på hvordan det går med pasienter med alvorlige lidelser over tid henholdsvis med og uten psykofarmaka, eller på ulik dosering; og på hvordan medisinene virker. Resultatene her peker i ulike retninger og er omdiskuterte (Standal & Heiervang, 2018). Det finnes flere longitudinelle, mer naturalistiske undersøkelser som har funnet heldige virkninger av å være medikamentfri på lang sikt. I en finsk undersøkelse tok utviklerne av Åpen Dialog Terapi i bruk en ”så lite som mulig”-tilnærming til AP. Etter 5 år hadde 67% aldri blitt eksponert for AP, og behandlingsutfallene var langt bedre enn normen i vestlige land: 80% var asymptomatiske og i jobb eller skole (Seikkula et al., 2006). En longitudinell studie med 20 års oppfølging fant gradvis mindre psykotiske symptomer hos de umedisinerte pasientene, sammenlignet med de medisinerte, fra rundt 2 år inn i oppfølgingen. Dette var også tydelig når de kontrollerte for prognose. De umedisinerte pasientene med dårlig prognose (schizofreni) klarte seg bedre på sikt enn de medisinerte pasientene med god prognose (mindre alvorlige psykoselidelser) (Harrow & Jobe, 2007; Harrow, Jobe, & Faull, 2012, 2014). Det finnes også longitudinelle studier som har konkludert med positive langtidsvirkninger av AP. En longitudinell studie fra Kina fant at pasienter i den medisinerte gruppen klarte seg bedre enn den umedisinerte gruppen etter 14 år (Ran et al., 2015). Studien ble kritisert av Whitaker (2016) som hevdet at det ikke var kontrollert for store forskjeller mellom den medisinerte og den umedisinerte gruppen hva gjaldt bl.a. sosioøkonomisk status og prognose. Videre påpekte Whitaker at *bedringen* var større i den umedisinerte gruppen, selv om denne gruppen, grunnet dårligere prognostiske faktorer ved baseline, klarte seg dårligere enn den medisinerte gruppen ved studiens slutt.

Det er veldokumentert at psykofarmaka kan ha en rekke bivirkninger (Forand et al., 2013). Videre er det stilt spørsmål ved om langvarig bruk av AP kan skape biologiske endringer i hjernen. Denne hypotesen står i motsetning til den mer tradisjonelt aksepterte oppfatningen om at umedisinert psykose skaper slike endringer, mens AP beskytter hjernen mot skade. Ho, Andreasen, Ziebell, Pierson og Magnottas (2011) longitudinelle studie konkluderte forsiktig i

retning av at alle AP kan bidra til hjernevevstap over tid, og vektlegger viktigheten en omhyggelig nytte-skade-vurdering av dosering og varighet av behandlingen. Krause og Pogarell (2017) heller i sin litteraturgjennomgang mot at førstegenerasjons AP kan bidra til tap av hjernevev, mens andregenerasjons AP kan beskytte hjernen mot dette. I en annen litteraturgjennomgang av Wyatt (1991) konkluderes det, i tråd med tradisjonell oppfatning, med at tidlig medisinerings av psykose beskytter hjernen mot skade. Denne er kritisert i en meta-analyse av Bola (2005) som ikke finner evidens for at utsettelse av tidlig medisinerings resulterer i langsiktig skade.

2.2.1 Status for den vitenskapelige debatten i dag; en kort oppsummering

Det er stor enighet om at psykososiale behandlingstiltak har en viktig plass i behandlingen av de fleste psykiske lidelser (Lambert, 2013). Videre er det stor enighet om at psykofarmaka er dokumentert å kunne ha symptomdempende effekt på kort sikt ved psykoser og alvorlige affektive lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012, 2013). Hva gjelder det vitenskapelige grunnlaget for ren psykososial behandling av alvorlige psykiske lidelser gir ikke dette grunnlag for å være bastant verken den ene eller andre veien. Det samme gjelder det vitenskapelige grunnlaget for langtidsbehandling med psykofarmaka. Selv om evidensgrunnlaget for langtidsbehandling med psykofarmaka er omdiskutert, er dette vanlig praksis i Norge i dag. Dette gjelder spesielt for behandling av psykoselidelser, men også for behandling av alvorlige affektive lidelser (Helsedirektoratet, 2009, 2012, 2013). Dette er problematisk. Bivirkningene ved bruk av psykofarmaka er veldokumenterte (Forand et al., 2013), og gir grunn til varsomhet. Som vist er det heller ikke avklart hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte langvarig bruk kan medføre biologiske endringer i hjernen. Etter psykisk helsevernloven §4-4 skal legemiddelbehandling bare gjennomføres med legemidler som har en ”gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved aktuelle bivirkninger” (Psykisk helsevernloven, 1999). Eksisterende forskning gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å bekrefte eller avkrefte om dette kravet er oppfylt (Lund, 2017).

2.3 Den medisinfrie avdelingen som undersøkes

Siden 2016 er det opprettet flere medisinfrie døgnavdelinger rundt om i landet. I denne undersøkelsen ønsker jeg å utforske hva MFB innebærer på én slik avdeling, slik miljøpersonalet ser dette.

Den aktuelle avdelingen lanserte sitt medisinfrie behandlingstilbud i mars 2017, i form av en sengepost med 7 senger (Hoel, 2018). Behandlingen går stort sett over 8 uker og består av flere psykososiale behandlingsformer som er satt sammen i et intensivt program. Flere av disse har fokus på å bli bedre kjent med seg selv og sine følelsesmessige reaksjoner. Ulike gruppeaktiviteter er en viktig del av behandlingen. Gruppeterapi basert på IMR (Illness Management og Recovery) tilbys daglig. Denne terapiformen har som fokus at pasientene skal bli kjent med sine symptomer, forstå dem og lære å mestre dem på sin egen måte (Akershus universitetssykehus, 2018, u.å.). Et annet tilbud på avdelingen er gruppeterapi med fokus på affektbevissthet; et begrep som refererer til ulike grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for et sett spesifikke følelser. Gruppen er inspirert av affektbevissthetsmodellen; en psykoterapimodell med fokus på integrasjon av følelser (Monsen & Solbakken, 2013). Andre deler av behandlingsprogrammet er kunst- og uttrykksterapi, fysikk aktivitet, avspenningstrening og søvnhygiene, samt individuell oppfølging i form av støttesamtaler og samtalerterapi. Miljøterapi og samværet mellom personalet og pasientene beskrives som et grunnleggende element i behandlingen. Behandlingen er tilbakemeldingsbasert, dvs. at pasientene hver uke får mulighet til å gi tilbakemeldinger slik at behandlingen kan tilpasses underveis. Videre oppmuntres det til aktiv deltakelse fra pasientens familie og sosiale nettverk (Akershus universitetssykehus, 2018, u.å.). Ved utgangen av 2017, rundt 2 måneder før gjennomføringen av intervjuene i denne undersøkelsen, hadde til sammen 37 personer benyttet seg av tilbudet (Bergsagel, 2018).

Ifølge sykehusets hjemmeside er MFB et tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse som tradisjonelt er behandlet medikamentelt. Personer med psykose- og bipolare lidelser er prioritert. Det er et tilbud til personer som ønsker behandling uten medisiner, som ønsker nedtrapping av medisiner, eller som ikke ønsker fokus på medisiner i behandlingen. Det poengteres at søkere må være motiverte og innstilte på å jobbe aktivt med sin psykiske lidelse. Innleggelse er basert på frivillighet. Høy risiko for selvmord og vold, samt pågående rusmisbruk er derfor ekskluderingskriterier (Akershus universitetssykehus, 2018, u.å.).

Det medisinfrie behandlingstilbudet er basert på prinsipper om "recovery", som på norsk ofte oversettes med begreper som tilfriskning og mestring. Kort beskrevet handler denne behandlingstilnærmingen om å se personen bak sykdommen, og en vektlegging av personlig fremfor klinisk recovery. Med dette menes en flytting av fokus vekk fra sykdom, diagnoser og symptomreduksjon og over på personen og dennes håp, drømmer og ressurser (Slade,

2015). Recovery innebærer ifølge sykehusets hjemmeside ”å ha kontrollen selv, ha aktiv egeninnsats, bli ekspert på egen lidelse [og] ha håp og tro på å kunne mestre livet og hverdagen på tross av sykdom” (Akershus universitetssykehus, 2018).

3 Metode

For å belyse hva MFB innebærer på denne avdelingen har jeg valgt en kvalitativ metode; tematisk analyse (heretter TA). I det følgende vil jeg først kort gjøre rede for valget av denne metoden, før jeg beskriver trinnene i analyseprosessen.

3.1 Rasjonale for valg av metode

Det finnes mange ulike tilnæringsmåter til analyser av kvalitative data. Hvilken som egner seg best må bestemmes på bakgrunn av undersøkelsens formål og emneområde, og i samsvar med intervjumaterialets natur (Kvale & Brinkmann, 2015). Avgjørelsen om å velge TA som analysemetode ble tatt etter at datamaterialet var samlet inn, og etter jeg så smått hadde begynt å gjøre meg opp en mening om hvilke deler av materialet som var interessante. TA skilte seg da ut som den metoden som var best for min undersøkelse.

TA er en mye brukt metode for analyse av kvalitative data, hvor forskeren identifiserer, analyserer og rapporterer gjennomgående temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte denne metoden av flere grunner. I litteraturen fremheves TA som en fleksibel metode som gir forskeren stor frihet, samtidig som den gir rik og detaljert kunnskap om datamaterialet. Den beskrives som relativt enkel å lære seg og gjennomføre og som passende for analyser av intervjudata der man er ute etter informantenes opplevelse og erfaringer. Videre er TA ikke tilknyttet en bestemt teori eller epistemologi og kan benyttes på tvers av en rekke teoretiske og epistemologiske tilnæringer. Andre fordeler er at metoden muliggjør å fremheve likheter og forskjeller på tvers av datasettet og at den kan generere uventede forståelser (Braun & Clarke, 2006).

Det råder ingen entydig forståelse om hvordan TA skal gjennomføres. Litteraturen gir retningslinjer, men den fremhever samtidig at disse er nettopp retningslinjer, ikke regler. De må anvendes fleksibelt og tilpasses datamaterialet og undersøkelsens formål. Fordi TA er en såpass fleksibel metode, er det viktig å følge de retningslinjene som finnes, og å gi en utfyllende nok beskrivelse av *hva* som er gjort (Braun & Clarke, 2006). Dette vil jeg forsøke i det følgende.

3.2 Forforståelse

Som forsker bringer jeg med meg egne erfaringer som kan legge føringer for historien jeg forteller. Jeg hadde hovedpraksis på den aktuelle avdelingen høsten 2017. Jeg tilbrakte 5 måneder i dette miljøet og gjorde meg mine egne erfaringer med MFB og med hvordan den er implementert på akkurat denne avdelingen. En slik forhåndskunnskap kan potensielt påvirke forskerens objektivitet og gjøre hun eller han mer tilbøyelig til å fokusere på enkelte aspekter ved dataene på bekostning av andre (Braun & Clarke, 2006). Jeg opplever imidlertid at min forhåndskunnskap om avdelingen først og fremst har vært en styrke, og at den har gjort at jeg bedre har kunnet fange opp nyanser og forstå mer presist hva informantene refererte til. Det at jeg kjente arbeidskonteksten godt gjorde det også lettere å stille oppfølgingsspørsmål.

Min interesse for MFB ble til etter jeg fikk muligheten til å jobbe med dette i hovedpraksis. Jeg hadde på forhånd ikke et bevisst forhold til temaet, men ble i løpet av praksisperioden positivt innstilt til denne behandlingsformen og engasjert i debatten om medisinerings i psykisk helsevern. Jeg brakte ikke med meg bastante holdninger for eller mot, men var snarere opptatt av at debatten krevde nyanserte svar.

3.3 Rekruttering og utvalg

Det var opprinnelig tenkt at jeg skulle intervju ansatte fra ulike arbeidsgrupper avdelingen, både behandlere, miljøpersonale og andre. Etter samtale med veileder bestemte jeg meg for å avgrense målgruppen til kun å omfatte miljøpersonal. Dette fordi innsnevringen av målgruppen ville gjøre prosessen mer oversiktlig og overkommelig innenfor tidsrammen for en hovedoppgave i psykologi. Videre tenkte jeg at det ville være spesielt interessant å undersøke erfaringene til akkurat denne gruppen. I motsetning til i behandlergruppen, hvor samtlige hadde tilkommet avdelingen etter at den ble medisinfri, hadde de fleste i miljøpersonalgruppen jobbet på avdelingen i mange år og vært tilstede både før og etter innføringen av MFB. Miljøpersonalet var ikke involvert i avgjørelsen om å gjøre avdelingen medisinfri. Samtidig er det miljøpersonalet som helt klart tilbringer mest tid sammen med pasientene og som innføringen potensielt innebærer de største endringene for blant de ansatte. Jeg syntes det ville være spennende å undersøke deres erfaringer med den nye behandlingsformen, da dette trolig har mye å si for hvordan MFB gjennomføres og fungerer i praksis.

Jeg bestemte meg til slutt for følgende målgruppe:

- 1) Miljøpersonale,
- 2) som har jobbet i minst ett år, og dermed har vært tilstede både før innføringen av MFB og etter,
- 3) som jobber fulltid og hovedsakelig på dagtid, og derfor har mye å gjøre med pasientene.

Informantene ble rekruttert av lederne på avdelingen på den måten at enkeltpersoner som passet med målgruppen ble spurt om å delta. Mulige etiske problemstillinger knyttet til dette vil bli diskutert mot slutten av kapittelet.

Utvalget besto av 8 personer (7 kvinner og 1 mann) som alle jobbet 100% i miljøet, enten som faste ansatte eller som ekstravakter, og hovedsakelig på dagtid. 3 var sykepleiere, 2 var vernepleiere, 2 var hjelpepleiere og 1 var miljøterapeut. Informantene var mellom 31 og 62 år gamle og hadde jobbet på avdelingen i mellom 2 og 20 år (de fleste i mer enn 8 år).

3.4 Datainnsamling og bearbeiding

Utformingen av intervjuguiden (vedlagt), gjennomføringen av intervjuene og bearbeidelsen av dataene er gjort av meg, med hjelp fra veileder. Intervjuene var semistrukturerte og ble gjennomført over en periode på 5 uker, våren 2018, rundt ett år etter lanseringen av det medisinfrie tilbudet. Jeg ønsket å legge så få føringer som mulig for hvilke deler av informantenes opplevelser som kunne komme frem i intervjuene og så langt det var mulig følge informantene i det de ønsket å snakke om. Spørsmålene ble derfor ikke nødvendigvis stilt i rekkefølgen som intervjuguiden viser, selv om jeg forsøkte å komme innom de på forhånd bestemte hovedtemaene i løpet av hvert intervju.

Datamaterialet besto av rundt 8 timer med lydopptak. Bearbeidningen av datamaterialet ble gjort fortløpende, ofte samme dag som intervjuet fant sted. Etter de to første intervjuene, transkriberte jeg deler av materialet, i tillegg til å skrive sammendrag av hvert intervju. For de resterende intervjuene valgte jeg å kun skrive sammendrag. Dette fordi det var tidsbesparende, gjorde analyseprosessen mer oversiktlig og fordi jeg opplevde at innholdet i informantenes uttalelser ble gjengitt like godt i et kortere sammendrag som i en lang transkripsjon. Hvert sammendrag var rundt 6 sider langt og ble skrevet mens jeg lyttet

gjennom lydopptakene, ikke etter minne. De første 2 sammendragene var noe kortere og mer stikkordspregede. De siste 6 var mer utfyllende og inneholdt nesten alt informanten sa, uten fyllord og setninger som ikke bidro til mer forståelse av det som ble sagt. Det jeg selv sa ble gjengitt stikkordsmessig, der det var nødvendig.

3.5 Analyseprosessen

Det finnes ikke én oppskrift for hvordan TA skal gjennomføres. Jeg har forsøkt å følge trinnene i analyseprosessen slik de foreslås av mer erfarne forskere innenfor dette feltet (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig har jeg forsøkt å forme og tilpasse stegene og fremgangsmåten til det aktuelle datamaterialet.

Fordi jeg selv har stått for innhenting og bearbeidingen av dataene, var jeg godt kjent med materialet allerede før jeg gikk i gang med analyseprosessen. Neste steg var å se intervjuene på tvers og begynne å lete etter mulige gjennomgående temaer. Jeg startet med å velge ut et tilfeldig intervju og gå gjennom sammendraget jeg hadde skrevet. Jeg opprettet et eget dokument hvor jeg skrev inn potensielle temaer ettersom de kom opp i teksten, og klippet og limte fra sammendraget, inn i temadokumentet. Deretter gikk jeg i gang med neste sammendrag. Jeg klippet og limte inn i de eksisterende temaene, samtidig som jeg lagde nye temaer der det ikke allerede fantes et som passet. Denne prosessen gjentok jeg med alle sammendragene. For hvert sammendrag oppsto det nye kategorier, men færre og færre jo flere intervjuer jeg allerede hadde vært gjennom. Utdragene fra de ulike sammendragene fikk hver sin farge i temadokumentet.

I denne fasen av analysen identifiserte jeg så mange potensielle temaer som mulig, med tanke på at jeg ikke kunne vite hva som ville bli interessant senere. Hvert sammendrag ble gjengitt i sin helhet (men oppstykket) i temadokumentet, for at jeg skulle ha hele materialet til disposisjon i neste steg av prosessen. For hver utdrag beholdt jeg litt av den omkringliggende teksten, for å ikke miste kontekst (Braun & Clarke, 2006). Etter dette satt jeg igjen med en lang rekke mulige temaer.

Neste steg var å gå systematisk gjennom og ”rydde” i temadokumentet, med mål om å representere temaene som kom opp i intervjuene på en dekkende og oversiktlig måte. Jeg leste, flyttet på utklipp, og kopierte og limte inn utklipp der jeg så at de passet inn under flere

temaer. I denne fasen ble temaene færre og mer konsise. Noen temaer ble delt opp, andre slått sammen, helt til det var klare og identifiserbare distinksjoner mellom temaene. Jeg satt etter dette igjen med en samling av potensielle overordnede temaer og undertemaer. Noen overordnede tema sammenfaller med temaene i intervjuguiden, andre overordnede tema fremkom gjennom svar fra informantene som adresserte likeartet tematikk. Til slutt satt jeg igjen med en god ide om hvordan temaene kunne avgrenses, hvordan de passet sammen og den overordnede historien de fortalte om dataene. Jeg satt også igjen med enkelte temaer som ikke passet inn noe sted i den overordnede fortellingen. For å ikke glemme disse, beholdt jeg dem i et eget dokument. Slik hadde jeg dem med meg videre, i tilfelle de ble interessante senere.

Neste og siste steg i analyseprosessen var å presentere historien som informantene hadde fortalt meg i en skriftlig form. I denne fasen vendte jeg tilbake til lydopptakene for å lytte til hvordan erfaringene deres ble uttrykt. Mens jeg lyttet og transkriberte sitater opplevde jeg at innholdet i intervjuene samsvarte godt med den overordnede historien som det snart ferdiganalyserte materialet fortalte. En utfordring i denne fasen var å presentere materialet på en virkelighetsnær og dekkende måte, som samtidig ville være engasjerende, forståelig og oversiktlig for lesere. Med dette som mål, ble enkelte temaer utelatt og organiseringen av enkelte temaer endret. En del av utfordringen var å velge ut hvilke deler av historien jeg skulle presentere og fokusere på. Det finnes ingen klare regler for hvilke temaer som bør inkluderes i den endelige formidlingen av funn. I litteraturen vektlegges forskerens egen intuisjon og dømmekraft (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte å hovedsakelig vektlegge prevalens, dvs. hvor mange informanter som snakket om et bestemt tema. Jeg la i noen grad også vekt på hvilken intensitet og interesse informantene utstrålte da de snakket om ulike tema. Enkelte tema ble utelatt selv om de hadde høy prevalens, fordi jeg vurderte at de var mindre relevante for det jeg ønsket å belyse: Erfaringer med MFB på en avdeling. Samtidig har jeg inkludert enkelte tema som kun var berørt av én eller noen få informanter, fordi jeg opplevde at disse bidro til nyanseringer av informantenes erfaringer.

Da analyseprosessen gikk mot slutten, satt jeg igjen med følgende tema og undertema:

Tabell 1: Oversikt over tema

Navn på tema:	Undertema:
4.1 Miljøpersonalets forventninger og overgangen til medisinfri behandling	
4.2 "Medisinfritt" – hva innebærer det egentlig?	4.2.1 Begrepet "medisinfritt" 4.2.2 Selvbestemmelse og påvirkning
4.3 Hvem er pasientene?	4.3.1 Problematikk, bakgrunn og funksjonsnivå 4.3.2 Motivasjon for behandling
4.4 Kjennetegn ved behandlingen	4.4.1 Ansvarliggjøring 4.4.2 Høye krav og tydelige forventninger 4.4.3 Miljøpersonalets rolle og ansvar 4.4.4 Relasjonen mellom pasientene og miljøpersonalet
4.5 Behandlingsutfall	4.5.1 Reduksjon av medisiner 4.5.2 Selvbestemmelse og ansvar 4.5.3 Flere og bedre grupper og tilbud 4.5.4 Samhold og fellesskap 4.5.5 Tid

4.6 Dilemmaer	<p>4.6.1 Pasienten ber om medisiner, og synes å trenge det</p> <p>4.6.2 Pasienten ønsker ikke medisiner, men synes å trenge det</p> <p>4.6.3 Pasienten er ”for syk” for MFB</p>
---------------	---

3.6 Mulige begrensninger ved metoden

Som nevnt fant jeg flere fordeler enn ulemper ved å ha forhåndskunnskap om livet på avdelingen. Samtidig befant jeg meg utvilsomt i en annen rolle enn utenforstående forsker. Da jeg arbeidet med intervjuene var jeg oppmerksom på at rollen informantene tilskrev meg kunne få betydning for hvilke deler av deres opplevelser de valgte å dele med meg. De kjente meg fra før og fra en annen rolle. I introduksjonen til intervjuene forsøkte jeg å distansere meg fra kollegarollen ved å formidle litt formelt hva vi skulle snakke om. Likevel kan jeg ikke vite hvordan vårt tidligere samarbeid kan ha påvirket hvordan de presenterte sine opplevelser for meg. Videre kan intervjukonteksten ha hatt betydning for hvordan informantene la frem sine erfaringer. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen, i arbeidstiden. Denne konteksten kan ha gjort det vanskeligere å dele kritiske holdninger eller andre opplevelser som stiller arbeidsplassen i et dårlig lys. Noen ganger kom mer kritiske meninger frem etter at båndopptakeren var slått av. I ett intervju ba informanten eksplisitt om at båndopptakeren skulle slås av da hun fortalte om noe hun var kritisk til. Selv om jeg kunne merke at noen informanter vaktet sine ord mer enn andre, opplevde jeg at de fleste var åpne og villige til å dele sine opplevelser med meg.

3.7 Etske betraktninger

Etske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og bør tas hensyn til fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). I det følgende vil jeg peke på enkelte etske problemstillinger jeg har reflektert over.

3.7.1 Samtykke og frivillig deltakelse

Rekruttering var i utgangspunktet tenkt å gjøres gjennom frivillig påmelding, men på grunn av praktiske grunner ble informanter som passet med målgruppen valgt ut av sine ledere. De fleste ble spurt før de ble satt opp som deltakere, men noen ble satt opp uten å ha blitt spurt først. Alle som ble valgt ut sa ja til å bli intervjuet. Alle fikk beskjed om at de hadde mulighet til å si nei eller å ombestemme seg dersom de ikke lenger ønsket å delta. I praksis kan man tenke seg at det kan være vanskelig å si nei når du blir spurt personlig og spesielt dersom du settes opp som deltaker uten å vite det og deretter er nødt til å aktivt melde deg av dersom du ikke vil delta. Det at informantene ble rekruttert av sine ledere og det at intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden kan også ha gjort det vanskeligere å si nei.

3.7.2 Hensynet til informantene

I løpet av intervjuprosessen delte informantene fra tid til annen ting med meg som var selvmotsigende eller på andre måter egnet til å stille informantgruppen i et dårlig lys. Ofte var dette historier jeg ble opptatt av og syntes var interessante, nettopp fordi de ”skurret” på en eller annen måte. Jeg ble her stilt ovenfor et dilemma mellom ønsket om å representere relevant materiale så realistisk som mulig og ønsket om å unngå å fremstille informanter på en negativ måte. Jeg har forsøkt å finne en gylden middelvei hvor jeg både tar hensyn til informantene og samtidig forsøker å få frem de delene av materialet som er relevante for undersøkelsestema.

3.7.3 Anonymitet

Selv om det er relativt uproblematisk å sikre informantenes anonymitet for omverden, er det mer utfordrende å bevare deres anonymitet i møte med lesere som er kollegaer av informantene. Det er grunn til å tro at mange som jobber på avdelingen vet hvem som har blitt intervjuet, siden det ikke er gjort noen forsøk på å skjule dette i intervjuprosessen. For å sikre informantenes anonymitet også i møte med deres kollegaer, har jeg tatt enkelte grep. Fordi utvalget består av syv kvinner og én mann, vil alle informantene omtales som hunkjønn. Jeg har også forsøkt å utelate sitater som kollegaer trolig ville forstå kom fra en spesifikk informant. I gjengivelsen av resultatene er hver av informantene tildelt et tilfeldig tall, slik at det skal være mulig å skille dem fra hverandre. Tallet svarer ikke til nummeret de hadde i intervjurekkefølgen. Videre vil jeg ikke benytte tall for å beskrive hvor mange som

mente noe. Dette fordi det i praksis ikke ville være anonymt å si at ”åtte” eller ”alle” mente sånn og sånn. Jeg bruker istedenfor ord som beskriver omtrent hvor mange som mente noe:

”Alle” brukes der 8 informanter mener noe, og der anonymitetshensyn ikke gir grunnlag for å skjule dette. ”Mange” betyr 6-8 informanter, og benyttes således også i tilfeller der alle mener noe, men der dette skjules grunnet anonymitetshensyn. ”Flere” betyr 4-5. ”Noen” betyr 2-3. ”Én” eller ”enkelte” betyr 1.

4 Resultater

Analysen av intervjumaterialet resulterte i flere gjennomgående tema og undertema. I det følgende vil jeg gå nærmere inn på og beskrive disse.

4.1 Miljøpersonalets forventninger og overgangen til MFB

Mange av informantene hørte om MFB for første gang i forbindelse med at det skulle innføres på deres arbeidsplass. Når de ser tilbake kan de huske at forslaget ble møtt med forventning og interesse. ”Spennende” brukes av flere for å beskrive hva de tenkte.

På spørsmål om hva det var med det nye tilbudet som talte til dem, trekker de frem ulike ting. For noen handlet det om et nytt syn på medisiner av psykiske lidelser.

Jeg synes opp gjennom årene at medisiner har vært veldig [...] vektlagt. [...] Og jeg tenkte at det er ikke nødvendigvis alt som kureres med medisiner. Det kan være spennende å se om man kan hjelpe folk uten. Eller i hvert fall med mindre da. [...] Jeg har jo erfart at pasienter har kommet inn her med et veldig høyt forbruk av medisiner, og nesten har hatt med seg enda mer når de skrives ut igjen. [...] Det har vært sørgelig (1).

For noen handlet det like mye om det andre som skulle endre seg som følge av innføringen av det nye tilbudet.

Det er jo bra at man får et annet tilbud enn [bare] medisiner. [...] Samtidig så [har jeg jo] sett at medisiner kan være viktig for mange også. Så det som var mest viktig for meg, det var [...] at det skulle bli et bedre tilbud med aktiviteter og grupper til pasientene. (7)

For mange var det også knyttet noe usikkerhet til hva MFB ville innebære for dem selv og pasientene og hva deres rolle ville bli i fortsettelsen. Noen forteller om skepsis til innføringen

i begynnelsen. De forteller at denne hovedsakelig handlet om en bokstavlig forståelse av begrepet medisinfri, som et forbud mot medisiner.

Overgangen til MFB var utfordrende, ifølge mange. Ord som ”overveldende”, ”skummelt” og ”slitsomt” brukes for å beskrive det som skjedde. For det første innebar MFB nye og ukjente arbeidsoppgaver for de ansatte. Mange beskriver en følelse av utrygghet knyttet til dette. De hadde ”hjertet i halsen” og kunne føle seg ”famlende”, ”udugelige” og ”dårlige”. Noe som særlig skapte utrygghet var det å skulle lede grupper.

Jeg synes det var FÆLT i starten. [...] Jeg var fryktelig nervøs. [...] Jeg bare husker at jeg måtte komme meg gjennom det. (1)

Videre beskriver flere å ha fått for lite opplæring og veiledning. De følte seg kastet ut i noe, med ønske om å gjøre en god jobb, men uten forutsetninger for å kunne gjøre jobben på en god måte. Noen forteller at de følte seg nødt til å lese seg opp på egen hånd på fritiden.

Vi burde vært sendt på kurs [og] blitt mer tatt vare på. [...] Jeg tror ikke jeg følte meg... ehm... Altså det var en veldig hard måte å gjøre det på i så fall. [...] Det er lagt opp til at du skal lære hardt og brutalt. (5)

Noen forteller om en følelse av å ikke bli hørt og av å bli ”påtvunget” noe uten å ha mulighet for å påvirke. Videre om en følelse av at miljøpersonalet ble overlatt til seg selv med ansvaret for deler av det nye behandlingsopplegget, som utformingen og gjennomføringen av IMR-gruppen. De ”skulle bare gjøre det” (3) og måtte selv finne ut hvordan. Behandlerne og ledelsen hadde på sin side ansvaret for andre oppgaver. Informantene forteller at overgangen ville vært lettere dersom ledelsen, behandlerne og miljøpersonalet hadde jobbet mer helhetlig, samarbeidet mer og hjulpet hverandre.

Sammenfatningsvis forteller informantene om positive forventninger til MFB, og om en overgangsfase som ble mer belastende for personalet enn den hadde trengt å være. Mye har endret seg siden oppstarten hva gjelder trygghet og trivsel. Dette handler hovedsakelig om at personalet har fått tid til å øve seg og bli bedre. Videre om at kommunikasjonen rundt det som er utfordrende og samarbeidet om oppgavene har blitt bedre.

4.2 ”Medisinfritt” – hva innebærer det egentlig?

4.2.1 Begrepet ”medisinfritt”

Navnet ”medisinfritt” gir en idé om at det ikke benyttes noen form for legemidler i behandlingen. Flere av informantene mener at begrepet er misvisende fordi det i praksis betyr noe annet.

De fleste [pasientene] står jo på medisiner. [...] Det er noen som ikke står på medisiner også men... Det er jo ikke medisinfritt. (2)

Samtidig understreker flere at det brukes mindre medisiner på avdelingen nå, sammenlignet med før innføringen av tilbudet. Ord som ”slutte”, ”trappe ned” og ”reduere” brukes av mange for å beskrive hva MFB handler om for de fleste pasientene på avdelingen.

Vi har kjøpt inn medisiner for 50 000 mindre dette året. (4)

Noen har jo kommet helt av medisiner. [...] Noen har redusert uten å slutte helt. (7)

Avdelingen er med andre ord ikke medisinfri. Likevel er det ikke helt som tidligere. Omfanget av medisinbruken er mindre, og MFB handler for de fleste pasientene om slutting eller nedtrapping av medisiner.

4.2.2 Selvbestemmelse og påvirkning

Mange uttrykker at MFB innebærer større grad av selvbestemmelse enn tidligere.

Altså, det er jo ... pasienten selv som velger da, på en måte, om de står på medisiner eller ikke. (2)

Tanken er at pasientene ”ikke skal føle seg presset verken den ene eller den andre veien” (3). Samtidig synes MFB å innebære en form for styrt selvbestemmelse, hvor påvirkningen fra de ansattes side, som oftest, peker i retning av redusert medisinbruk. Ifølge flere informanter eksisterer det på avdelingen en streng restriktiv holdning til medisiner og en veldig høy terskel for å gi noe. Dette gjelder særlig avhengighetsskapende medisiner.

Altså hvis de har veldig sterke medisiner, [slik som] sobril og A og B preparater, så vil nok vi prøve å jobbe oss ned fra det. Men ellers så er det alltid pasienten som er med og bestemmer. (5)

A og B-preparater [...] er ikke noe man gladlig gir ut i psykiatrien, [...] og enda mindre i en medisinfri avdeling. Hvis du har søkt deg dit, så bør du være motivert for at du ikke skal ha det, tenker jeg da. (3)

Forventningen er at pasienter ikke skal begynne med nye medisiner i løpet av oppholdet. De skal forholde seg til medisinene de har, eller helst trappe ned. Informantene forteller at man søker å unngå å dempe symptomer med medisiner, fordi dette vil være bedre for pasienten på sikt. Bruk av A- og B-preparater beskrives som ”brannslukking”; noe som fjerner symptomet men ikke det underliggende problemet. Symptomer i form av angst og uro skal primært møtes med psykologiske virkemidler og ikke medisiner. Slik flytter MFB fokuset vekk fra medisiner og over på andre sider ved behandlingen.

4.3 Hvem er pasientene?

4.3.1 Problematikk, bakgrunn og funksjonsnivå

Informantene beskriver pasientene som voksne mennesker med varierte problemer. Angst og depresjon beskrives av flere som de vanligste diagnosene på avdelingen i dag. De får også inn personer med personlighetsproblematikk, psykoselidelser, psykososiale problemer og andre livsvansker.

Mange forteller at pasientgruppen har endret seg etter innføringen av MFB, og at forskjellen er relativt tydelig.

Det var mye tyngre før... synes jeg... tyngre materiale. (2)

Informantene forteller at pasientene som kommer til avdelingen i dag har høyere funksjonsnivå og lavere symptomtrykk, sammenlignet med tidligere. Denne tendensen har blitt tydeligere også i tiden etter innføringen av MFB.

Vi har fått [inn] friskere og friskere pasienter. (6)

Pasientene beskrives samtidig ikke som en gruppe med lette eller bagatellmessige vansker. Flere påpeker at flesteparten av de som søker seg til MFB gjør det etter mange år med psykiske plager, gjentatte innleggelser og andre typer behandling som de ikke har opplevd har hatt effekt.

Mange sier at dette er liksom siste muligheten. [...] Nå er det slutt på akuttinnleggelser, og... nå må det snu. (6)

Noen av informantene mener at pasientgruppen er en annen enn den tilbudet opprinnelig var tiltenkt for. De forventet å hovedsakelig få inn pasienter med psykose- og bipolare lidelser, men har erfart at de fleste som benytter seg av tilbudet ikke tilhører denne kategorien. De forteller at de har fått inn noen pasienter i denne kategorien men at de hovedsakelig kom inn i begynnelsen, og at det har blitt færre av dem med tiden.

Jeg synes det er en mer homogen gruppe [nå]. Jeg synes de på en måte har mer like diagnoser enn... det er ikke så stor variasjon da, i pasientgruppen som det var i begynnelsen. Nå er det mye angst og depresjon. (6)

Informantene tegner et bilde av en pasientgruppe som er noe annerledes enn hva de hadde forventet. Tendensen siden starten har vært en bevegelse i retning av mindre alvorlig problematikk og større homogenitet blant dem som får plass.

4.3.2 Motivasjon for behandling

Mange peker på at pasientgruppen skiller seg fra tidligere også når det gjelder motivasjon for og innstilling til behandlingen. De fleste kommer inn med et klart bilde av hva de ønsker å jobbe med, og er motiverte for å jobbe hardt for å nå dette målet. De ser viktigheten av egen innsats og beskrives som mer bevisste på sin egen rolle i behandlingen.

De har en agenda, de har et mål, og de har liksom valgt det her. (6)

Flere av informantene tror at de fleste som søker seg til avdelingen gjør det fordi de har et ønske om å klare seg i hverdagen med mindre medisiner og vil ha tydelig fokus på dette i behandlingen. Noen har aldri brukt medisiner, og ønsker å fortsette med dette, men det gjelder et fåtall. De fleste har brukt medisiner tidligere og har hatt negative eller blandede erfaringer med dette. Nå ønsker de å jobbe med seg selv på andre måter.

[De] har kjent på bivirkninger, og at medisiner ikke har hjulpet tidligere og [de har] prøvd mye forskjellig kanskje uten å se noe resultater av det. (1)

Et ønske om psykologisk behandling uten medisinpress sammenfaller med formålet bak MFB, som var å tilby et alternativ til en pasientgruppe som tradisjonelt ikke har blitt tilbudt slik behandling. Ifølge enkelte er det likevel ikke dette som motiverer de fleste pasientene som søker seg til avdelingen.

Jeg føler ikke [...] at det er mange som har følelse av at de tidligere har blitt presset til å ta medisiner, eller at det har vært alt for mye fokus på medisiner. (3)

Kanskje handler dette om at pasientgruppen ikke er den samme som tilbudet var tiltenkt for, og at den aktuelle pasientgruppen i mindre grad har blitt utsatt for medisinpress tidligere. Uansett mener noen av informantene at det også er andre elementer ved MFB som trekker pasienter, deriblant lang innleggelsestid og gode psykososiale tilbud. Noen tror det også kan handle om en følelse av mangel på andre muligheter, for pasienter som har prøvd mye annet tidligere.

Oppsummert tegner informantene et bilde av en pasientgruppe med tydelig motivasjon for behandling. Hva som motiverer dem til å søke seg til MFB varierer, men for de fleste synes det å handle om et ønske om å jobbe med seg selv, uten medisiner.

4.4 Kjennetegn ved behandlingen

Informantene forteller at behandlingen som gis på avdelingen i dag skiller seg klart fra tidligere, på flere områder.

4.4.1 Ansvarliggjøring

Samtlige peker på ansvarsoverføringen til pasientene som en av de største forskjellene.

Pasientene skal ta mer ansvar selv. Pasientene må ta mer ansvar selv. De får mindre oppfølging fra miljøpersonalet enn de gjorde før. (7)

Dette uttrykkes på litt ulike måter, som at de får større ansvar for ”seg selv”, ”eget liv”, egen ”helse”, ”behandling” og ”tilfriskning”, samt for å finne ut selv ”hva som gir dem et meningsfylt liv”. Deler av den individuelle oppfølgingen som pasientene mottok tidligere er i dag erstattet av gruppebehandling, hvor pasientenes utbytte avhenger av hvor aktivt de deltar og hvor mye innsats de legger inn mellom timene. Ansvarliggjøringen av pasientene beskrives som en ”grunnholdning” på avdelingen.

Holdningen begrunnes med at pasientene er voksne mennesker som fortjener å bestemme selv hva som er best for dem, og som mestrer dette når de bare får muligheten. Denne holdningen kan imidlertid få en formanende slagside på den måten at dårlig behandlingsutfall handler om manglede vilje eller engasjement hos pasienten. Dette kommer til uttrykk på ulike måter hos flere av informantene, for eksempel som at: ”det er opp til pasienten” (4), ...”du får det ut av det som du selv ønsker” (8), ...”hvis [de ikke] engasjerer seg, så får de ikke så mye ut av det” (5). Samtidig legger informantene vekt på at pasientene ikke står alene med ansvaret, men får hjelp og støtte av personalet.

Oppsummert beskriver samtlige ansvarliggjøringen som et tydelig og viktig element ved behandlingen. Tanken er velbegrunnet, men innebærer enkelte faremomenter som jeg vil komme tilbake til i diskusjonen.

4.4.2 Høye krav og tydelige forventninger

Behandlingen skiller seg videre fra tidligere når det gjelder hvilke krav som stilles til pasientene og hvor tydelig disse formidles.

Alle informantene forteller at behandlingen krever mye av pasientene.

Tilbakemeldingene fra pasientene er jo at de opplever det intensivt å være her, og at det tar mye energi å ha så mye fokus på seg selv. (8)

Dette uttrykkes på ulike måter, som at behandlingsopplegget er ”hardt”, ”tøft” og ”krevende”. Det er aktive dager og mye å gjøre. Timeplanen er tett booket med grupper og annet program, hvor det forventes at pasientene møter opp, er forberedte og deltar aktivt. Tidligere var det mer rom for at pasienter kunne ”skli gjennom”. I dag stilles krav til at de gjør en innsats og gjennomfører det de har satt seg fore. Noen uttrykker at man skal være ganske ”oppegående” for å henge med. Enkelte forteller historier om pasienter som har kommet tilbake for å gå gjennom behandlingen på nytt, fordi de nå er ”friskere” og derfor vil kunne dra større nytte av den.

Forventningene som stilles til pasientene blir tydelig formidlet til dem allerede før de starter behandlingsopplegget på avdelingen. Pasientene møter opp til forberedende samtaler minst én gang før innleggelse for å få informasjon om behandlingen, snakke om egne forventninger, samt om hva som forventes av dem dersom de takker ja til tilbudet om behandling. Klar informasjon i forkant av innleggelse gjør at pasienter som skjønner at opplegget vil bli for krevende for dem, kan takke nei. Videre er det slik at pasienter som vurderes å ikke ha riktig innstilling til behandlingen, kanskje ikke blir tilbudt en plass.

Oppsummert mener samtlige at det stilles høye krav til pasientenes innsats og arbeidsvilje, og at disse formidles tydelig både under og i forkant av innleggelsen. Flere trekker en linje mellom dette og endringene de har observert i pasientinntaket etter innføringen av MFB, hva gjelder motivasjon, innstilling og alvorlighetsgrad.

4.4.3 Miljøpersonalets rolle og ansvar

Ansvarsoverføringen til pasientene innebærer at miljøpersonalet på sin side har fått en noe annerledes rolle. De har måttet øve seg på å ta noen steg tilbake og la pasienten finne ut av ting på egen hånd. Dette har vært utfordrende, forteller noen. Én informant uttrykker at det å ta ansvar sitter ”i ryggmargen” (6).

Jeg klarer ikke slippe det helt det der altså [...] Jeg jobber jo litt på den måten fortsatt. Jeg har jo ikke lagt det fra meg. Men du er ikke så på'n da, fordi [pasientene] er liksom bedre fungerende. (2)

Det synes å ikke bare være pasientene, men også miljøpersonalet som ansvarliggjøres i større grad enn tidligere. Om ikke direkte, sies dette mellom linjene i flere av intervjuene. Ansvarliggjøringen kommer frem i måten informantene attribuerer utfordringer og ubehagelige opplevelser til seg selv. Noen forteller om slike opplevelser og sier at ”det går vel sikkert mye på en selv” (5) eller ”det er muligens mer meg som kjenner på det” (8). Andre forteller at riktig innstilling er avgjørende for om noe blir vanskelig eller ikke, og at trivsel på jobb handler om egen evne til å ”tåle” eller ”akseptere”. Det er en holdning om at hvorvidt noe blir vanskelig eller ikke er noe den enkelte kan ha innflytelse på. Én av informantene beskriver overgangsfasen til MFB på denne måten:

Vi må ta ansvar for vår egen utvikling. [...] Jeg synes at dette har endret seg veldig. [...] Du kan ikke gå her og ikke være engasjert. For du blir [...] satt til vanskelige oppgaver. Og da er det opp til deg selv. Vil du være med eller vil du ikke være med? [...] Du må ta ansvar. [...] Du må finne ut selv om du liker å jobbe her eller ikke. [...] Så tøft er det. [...] Må passe på å ikke bli for sliten, men... [...] For mye endring... for mye... Det kommer an på hvordan man takler det. [...] Det var noen som ikke tok det på strak arm og da lagde de problemer for seg selv. (4)

Miljøpersonalets rolle er med andre ord endret. Deres innflytelse på og ansvar for pasientenes valg og beslutninger er redusert, samtidig som ansvaret for egen utvikling og trivsel har økt.

4.4.4 Relasjonen mellom pasientene og miljøpersonalet

Selv om informantene kjenner seg tryggere og trives bedre nå, sammenlignet med i oppstartsfasen, er det fortsatt deler av den gamle arbeidshverdagen som flere savner. Noe som særlig trekkes frem er ”relasjonen til pasientene”. Hva uttrykket refererer til synes primært å handle om at de ansatte tidligere hadde bedre tid til å være sammen med pasientene én-til-én. De savner å ha tid til å sette seg ned med pasienten og ha en ordentlig samtale. De savner det tette båndet og det å bli kjent med pasienten på et mer personlig plan. Flere mener at noe har gått tapt etter innføringen av en mer gruppebasert behandling.

Den behandlingen var kanskje litt mer vilkårlig. Den var ikke så systematisert og så tydelig... men miljøterapi er også behandling. (3)

Flere forteller også at pasientene kan savne tettere individuell oppfølging fra miljøpersonalet, samtidig som noen påpeker at dette behovet i dag dekkes på andre måter.

...det er gruppene som skal ta vare på pasientene. Det er ikke enkeltpersoner. [...]Jeg tror ikke pasientene hadde det bedre før, da de hadde tid med oss. [...] Jeg tror de får mye mer effekt av behandlingen nå enn de gjorde før. (5)

Informantene synes å motsi seg selv på den måten at mange fremhever det å være tilgjengelig og tilstede for pasienten som en av sine viktigste arbeidsoppgaver, samtidig som de forteller at arbeidshverdagen deres ikke alltid tillater dette lenger. Tid som tidligere ville vært brukt sammen med pasienten brukes i dag på møtevirksomhet. På møtene får personalet annenhånds informasjon om sine pasienter fra de som har ledet gruppene den dagen.

Oppsummert gir informantene et bilde av en effektivisert behandling som gjør at kontakten mellom personalet og pasientene har blitt mer distansert og mindre personlig. Det er først og fremst personalet som opplever dette som et savn. Pasientens behov for kontakt dekkes i stor grad av de mange gruppetilbudene.

4.5 Behandlingsutfall

Det overordnede inntrykket som informantene gir er at pasientene som har benyttet seg av det medisinfrie tilbudet har opplevd bedring, og at behandlingsutfallet er bedre etter innføringen av MFB. Mange uttrykker dette og gir inntrykk av at det er noe de er ganske overbeviste om. Mange forteller at de fra å være noe ambivalente eller skeptiske, med tiden har fått stor tro på behandlingen fordi de har sett med egne øyne at den fungerer og fordi de har fått tilbakemeldinger om dette fra pasienter. Flere forteller historier om pasienter med mangeårige psykiske plager som etter å ha deltatt i MFB uttrykker at de endelig har fått det bedre og at de ikke vil trenge flere innleggelseser. Det bedre utfallet forklares på ulike måter:

4.5.1 Reduksjon av medisiner

Noen av informantene trekker frem reduksjon av medisiner som viktig.

Å skulle redusere medisiner på de som hadde [...] tunge psykiske problemer [tenkte jeg var] kanskje litt voldsomt. [...] Men det har jeg jo et radikalt nytt syn på, for jeg har sett at det er jo mange av dem som blir bedre faktisk. [...] Og det synes jeg nesten er litt [...] sjokkerende. (5)

Utsagnet representerer en viktig observasjon av relevans for debatten om MFB, noe jeg vil komme tilbake til i diskusjonen.

4.5.2 Selvbestemmelse og ansvar

Mange mener at det bedre utfallet delvis handler om pasientenes økte ansvarliggjøring, og selvbestemmelsen som er større på alle områder, ikke bare hva gjelder medisiner.

Informantene gir uttrykk for at behandlingen har blitt mer brukerstyrt og at pasientene har større innflytelse på og eierskap til behandlingsmål og gjennomføring. Pasientene blir i større grad invitert til å reflektere og ta egne valg. Ifølge informantene skaper dette motivasjon og driv og resulterer i større innsikt og bedring.

4.5.3 Flere og bedre grupper og tilbud

I tillegg kommer en økning i antall gruppetilbud. Mange fremhever dette som en viktig årsak til et bedret behandlingsutfall.

Det var ikke så veldig [mange] tilbud [med] grupper og [slikt] som det er i dag. Det var mye mer dødtid. [...] Noen ganger så kunne du vel få en følelse av at de var her på oppbevaring. [...] Jeg tror de har mye bedre utbytte per i dag [fordi] de har et bedre tilbud enn det de har hatt tidligere hva gjelder aktiviteter og grupper. (1)

Informantene mener at det også handler om at innholdet i gruppebehandlingen er bedre enn tidligere, på den måten at gruppene er mindre undervisningspregede og i større grad oppmuntrer til deltakelse og til at pasientene kan utveksle erfaringer og dra nytte av hverandre. IMR trekkes frem av mange som en svært viktig del av behandlingen, og noe

mange pasienter gir uttrykk for å ha hatt nytte av. Affektbevissthetsgruppen og kunst og uttrykksterapi trekkes også frem av flere som utfordrende men effektfulle.

4.5.4 Samhold og fellesskap

Videre fremhever flere et økt samhold og fellesskapsfølelse mellom pasientene etter innføringen av det medisinfrie tilbudet.

Vi får faktisk tilbakemeldinger hvor de sier at [...] medpasientene har vært like viktige i behandlingen som selve oppholdet. (6)

Informantene tror at den nye fellesskapsfølelsen skyldes en holdningsendring på avdelingen. Tidligere var det en regel om at man ikke snakket om egen behandling eller tunge tema med medpasienter, men heller tok dette med sin behandler. I dag blir åpenhet mellom pasientene akseptert og oppmuntret. Pasientene blir oppfordret til å dele, utveksle erfaringer og støtte hverandre. Dette gjelder både i gruppene og generelt på avdelingen. Åpenheten gir pasientene noe som de ikke nødvendigvis kan få fra personalet; en følelse av å bli sett og forstått av noen som er i samme situasjon som dem selv og en følelse av å ikke være alene. Dette skaper trygghet og reduserer tabu.

I tillegg til å handle om åpenhet handler den økte fellesskapsfølelsen, ifølge enkelte, også om en mer homogen og høyere fungerende pasientgruppe.

4.5.5 Tid

Noen fremhever at innleggelsestiden er lengre enn tidligere, samt at tidsrammen er fast og forutsigbar. Tidligere kunne både personalet og pasientene kjenne at tiden ikke strakk til. ”Brannslukking” beskrives det som av noen. I dag får pasientene ro og mulighet til gå i dybden og ta tak i problemene på en grundigere måte. Dette skaper trygghet både hos pasientene og personalet.

Den [følelsen] kunne jeg ha før, at det var folk som ble skrevet ut som jeg tenkte [...] ganske mye på da, at hvordan går det? Og det gjør jeg ikke så mye nå. (3)

Sammenfatningsvis mener informantene at pasientene er mer fornøyde og har større utbytte av behandlingen etter innføringen av MFB. Reduksjon av medisiner fremheves som viktig for det gode behandlingsutfallet. Samtidig pekes det på de andre delene av behandlingen som endret seg etter avdelingen ble medisinfri, med økt selvbestemmelse og ansvar, flere og bedre gruppetilbud, økt felleskapsfølelse blant pasientene, samt lengre innleggelsestid og større forutsigbarhet.

4.6 Dilemmaer

Noen ganger oppstår det dilemmaer mellom det medisinfrie mandatet og andre hensyn. Miljøpersonalet kan føle seg dratt i flere retninger. På den ene siden ønsker de å etterleve avdelingens grunnsetning om å tilby et alternativ til medisiner, fordi de ønsker å være lojal mot denne, men også fordi de selv mener at en slik tankegang på sikt vil være best for pasienten. Én informant uttrykker det som at ”det er jo det jeg tror på, det er jo derfor jeg jobber her” (8). På den andre siden kan det dukke opp motstridende hensyn som setter avdelingens grunntanke og miljøpersonalets personlige og faglige holdninger på prøve. Det er hovedsakelig tre typer situasjoner hvor dilemmaene oppstår:

4.6.1 Pasienten ber om medisiner, og synes å trenge det

Flere beskriver dilemmaer som oppstår i møte med pasienter som har høyt symptomtrykk og som, etter å ha søkt seg til MFB, likevel etterspør B-preparater for å lette symptomene. Flere hensyn gjør seg gjeldende her, og kan gjøre miljøpersonalet usikre på om det å holde tilbake medisiner egentlig er det beste for den aktuelle pasienten.

Personalet ønsker å hjelpe pasienten så godt de kan, med de midlene de har tilgjengelige. Det kan føles hjerteløst å skulle prøve alt annet enn medisiner, spesielt i situasjoner hvor pasienten har det vondt og uttrykker at det er umulig å hjelpe ham uten. De mener at det finnes en grense for hvor lenge en slik situasjon bør få pågå, men er usikre på hvor denne grensen går.

Som medmenneske så er det [...] tøft å stå å se på når mennesker lider. Og så vet du at på sikt så vil dette [...] være bra for dem. (8)

[Når pasienten] gir opp og legger seg ned til slutt og bare ... orker ikke mer, og nesten kan ha litt sånne suicidale uttalelser. [Da har jeg tenkt at] nå må vi gjøre noe. Overføre til akutt eller... ja, gi noe. (6)

Å være i konflikt med en pasient på denne måten er utmattende også for personalet. De beskriver situasjoner hvor det "har stått på i dager" og hvor både pasienten og personalet er utslitte. I tillegg kommer hensynet til medpasienter som påvirkes negativt av en pasients synlige utageringer av angst i avdelingen. Under slike omstendigheter kan det være fristende å gi etter for pasientens ønsker for å få roet ned situasjonen.

Han lå på gulvet, ikke sant. [...] Og da tenkte jeg, kjære vene, kan ikke han få en beroligende. Det tenkte jeg. [...] Gi nå mannen en tablett! (7)

Noen understreker at dilemmaet beskrevet overfor sjelden oppstår, fordi de fleste pasientene er motiverte for å takle symptomer uten medisiner. Dilemmaet oppsto hovedsakelig da tilbudet var nytt, og er ikke symptomatisk for avdelingen i dag.

4.6.2 Pasienten ønsker ikke medisiner, men synes å trenge det

Flere beskriver også dilemmaer i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ønsker å trappe ned eller slutte med medisiner, men hvor personalet blir usikre på om dette er forsvarlig. Én informant forteller at hun noen ganger har vært lettet når hun har gått fra jobb og tenkt at "det er ikke mitt ansvar nå" (6). Noen refererer til en situasjon hvor personalet observerte at en pasient fikk økte symptomer etter nedtrapping, men hvor pasienten selv opplevde dette som noe godt og ønsket trappe ned ytterligere.

Vi så at dette mennesket ble dårligere og hadde økte symptomer... og det var vanskelig for meg å forstå at det var ønskelig. (8)

Hun ville nok mye lenger ned, [men] vi stoppet det [...] Vi kan gjerne være med på å endre, men vi vil ikke... gjøre ting verre. Vi vil jo gjøre det på en god måte. (5)

Miljøpersonalet ønsket på den ene siden å respektere pasientens ønsker. Samtidig ble de usikre på om det pasienten ønsket egentlig var til hennes beste. I slike situasjoner kan det bli

aktuelt og nødvendig for personalet å påvirke pasienten i retning av økt medisinbruk, selv om dette strider mot avdelingens grunntanke.

4.6.3 Pasienten er ”for syk” for MFB

Flere beskriver en generell usikkerhet i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser, uavhengig av om de ønsker å trappe ned medisiner eller ikke. Det handler om hvorvidt det er forsvarlig å ha denne pasientgruppen på avdelingen nå som de må ta mer ansvar for seg selv og får mindre individuell oppfølging.

[Det] er litt annen drift her nå. [...] Det er et sånt dilemma jeg kjenner på. [...] Når de pasientene kommer så oppleves det som de er litt for syke rett og slett, til å være her. [...] Vi kjenner på det ansvaret da, når det plutselig blir så alvorlig igjen. [...] Jeg lurer liksom [på] hvor dårlig... hvor går grensen da? Hvor går grensen hen? (2)

Usikkerheten handler også om hvorvidt denne pasientgruppen har nytte av MFB. Flere forteller at behandlingen passer bedre for noen enn for andre. Gjennomgående i forklaringene er at alvorlige psykiske lidelser og høyt symptomtrykk gjør det vanskeligere å gjennomføre programmet og mindre sannsynlig å få godt utbytte. Noen trekker særlig frem schizofreni som en lidelse de forbinder med dårlig utbytte av MFB. Deres erfaringer er at pasienter med schizofreni eller andre psykoselidelser ikke nyttegjør seg denne typen behandling.

”[De] klarte rett og slett ikke å ta til seg ansvarliggjøringen. (4)

Disse informantene tror videre at behandlingsopplegget er for intensivt og innebærer for mye gruppeundervisning for denne pasientgruppen. Samtidig er det like klare røster blant informantene som hevder at også pasienter med schizofreni og andre alvorlige lidelser får utbytte av behandlingen.

Historiene om dilemmaer som er gjengitt ovenfor illustrerer hvor utfordrende det kan være å balansere hensynet til ”medisinfrihet” med andre motstridende men tungtveiende hensyn. En håndfull enkelt pasienter trekkes frem av flere for å beskrive situasjonene hvor dilemmaene oppstår og gjør det tydelig at disse situasjonene er unntakssituasjoner. Historiene

representerer likevel viktige erfaringer om dilemmaer som kan oppstå med bestemte pasientgrupper og i bestemte situasjoner.

5 Diskusjon

Tilnærmingen til denne undersøkelsen har vært utforskende og problemstillingen var derfor vid. Målet var å undersøke hva ”medisinfrihet” innebærer på akkurat denne avdelingen, slik miljøpersonalet ser dette: Hva kjennetegner behandlingen og pasientene som benytter seg av den, hvordan er det for pasientene å gå gjennom en slik behandling og hvordan er det å jobbe innenfor disse rammene? Undersøkelsen resulterte i en rekke gjennomgående tema som kan oppsummeres kort på denne måten:

”Medisinfrihet” på avdelingen handler først og fremst om selvbestemmelse, men med en viss påvirkning i retning lavere medisinforbruk. Pasientgruppen har mangeårig erfaring fra psykisk helsevern, men har mindre alvorlig problematikk og høyere motivasjon for behandling enn tidligere. Behandlingen kjennetegnes av ansvarsoverføring til pasientene, høye krav til og tydelige forventninger om egeninnsats og deltakelse, hovedsakelig gruppebasert behandling og mindre en-til-en kontakt mellom pasientene og miljøpersonalet. Behandlingsutfallet er godt for de fleste pasientene, noe som attribueres til reduksjon av medisiner, pasientenes økte ansvarliggjøring og selvbestemmelse, flere og bedre psykososiale tilbud, økt samhold og fellesskapsfølelse mellom pasientene og lenger innleggelsestid. Miljøpersonalet oppfatter arbeidet sitt som meningsfullt og lystbetont, men opplevde overgangen til MFB som belastende. Deres ansvar for egen trivsel og utvikling har økt etter innføringen av MFB. I sjeldne tilfeller kan de oppleve dilemmaer mellom det medisinfrie mandatet og andre hensyn, hovedsakelig i møte med pasienter som sterkt ønsker medisiner, pasienter som ønsker å trappe ned mer enn det som fra utsiden oppleves som forsvarlig, og pasienter som oppleves som for syke til å oppholde seg på avdelingen eller for syke til å få utbytte av behandlingen. I det følgende vil jeg se nærmere på utvalgte tema og komme med noen refleksjoner knyttet til hvordan de kan forstås i en større sammenheng.

5.1 ”Medisinfritt” – behovet for begrepsavklaring

Informantenes forklaringer viser at MFB betyr noe annet enn hva en bokstavelig forståelse av begrepet skulle tilsi. ”Medisinfritt” betyr ikke fravær av eller forbud mot medisiner. Dette er et viktig bidrag til en debatt hvor enkelte kritikere hevder at tilbudene vil innebære at pasienter som trenger det fratras muligheten til å få medisiner (Røssberg et al., 2017). Noen ganger betyr MFB nedtrapping av medisiner, andre ganger at pasienten slutter helt med dem.

Som informantene i denne undersøkelsen beskriver det fra sin avdeling kan MFB også bety å avbryte eller sette pause for en nedtrapping som vurderes å være uforsvarlig. I det store og det hele handler MFB om selvbestemmelse og valgfrihet. Dette er noe også kritikere av MFB beskriver som ønskelig (Røssberg et al., 2016). De hevder imidlertid at valgfriheten er tilstrekkelig ivarettatt i helsevesenet slik det eksisterer uten egne medisinfrie avdelinger (Røssberg et al., 2016). Det de ikke synes å vektlegge er at personer som i teorien skal kunne velge å ikke bruke medisiner kan bli utsatt for skjult tvang i form av press og overtalelse fra autoritetspersoner som tolker et ønske om å ikke bruke medisiner som manglende motivasjon for behandling eller uttrykker at det ikke vil være mulig å bli bedre uten medisiner (Knagenhjelm, 2016). MFB handler om en større valgfrihet og en valgfrihet som synes mer reell enn den personer med psykiske lidelser tradisjonelt har blitt tilbudt i det norske helsevesenet.

5.2 Symptomreduksjon vs. livskvalitet

Samtlige av informantene mener at pasientene er mer fornøyde og har større utbytte av behandlingen nå, sammenlignet med før innføringen av MFB. For å forklare dette trekker de frem flere forhold som er annerledes i dag, deriblant mindre fokus på og bruk av medisiner. De beskriver å ha vært vitne til at mange opplever å få det bedre når de reduserer. Hva det vil si å få det bedre varierer fra pasient til pasient. For noen handler det om symptomreduksjon. For andre handler det om en reduksjon av plagsomme bivirkninger. I sjeldne tilfeller har det også handlet om det som fra utsiden oppleves som en oppblomstring av symptomer. Det er tankevekkende at et steg i retning bedring, for noen pasienter, er å redusere eller slutte med medisiner som hadde som formål å gjøre dem bedre. Dette illustrerer et viktig poeng i kritikken av evidensgrunnlaget for psykofarmakologisk behandling, nemlig at forskningen som denne behandlingen bygger på i for stor grad vektlegger symptomreduksjon og ikke hvordan deltakerne faktisk trives med og klarer seg i livene sine. Symptomreduksjon som følge av medisiner kommer ofte på bekostning av bivirkninger som for noen kan være mer hemmende i hverdagen enn selve sykdommen (Whitaker, 2014). Informantenes beskrivelser synliggjør også et viktig poeng i recovery-tilnærmingen, nemlig det at klinisk og personlig recovery er to forskjellige ting. Mens klinisk recovery er sykdomsorientert og har fokus på symptomreduksjon, er personlig recovery ressursorientert og har fokus på personens håp og drømmer (Slade, 2015).

En annen interessant observasjon var hvor lite fokus informantene hadde på medisiner da de fortalte om behandlingen og hvorfor de mente den hadde effekt. Noen vektla medisinreduksjon og valgfrihet rundt medisiner, men de fleste brukte mer tid på å fortelle om andre sider av behandlingen; gruppetilbud, økt åpenhet og sosialt felleskap. Dette samsvarer med recoverytanken om at mennesker med psykiske lidelser har de samme behov som alle andre. Å leve et liv som gir håp, trivsel og mulighet til å vokse og utvikle seg, samt det å være en del av et sosialt felleskap, er menneskelige behov og viktige elementer i bedringsprosessen (Slade, 2015).

Et noe retorisk spørsmål her er hva som egentlig er målet i behandlingen av psykiske lidelser, og hvem som skal bestemme det? Dilemmaene som informantene beskriver illustrerer at andres ambisjoner på vegne av pasienten ikke nødvendigvis samsvarer med hva pasienten selv ønsker eller opplever som bedring. Hva bedring innebærer er individuelt og kan handle om andre ting enn fravær av symptomer. Larsen (2016) argumenterer for at personer med alvorlige lidelser ofte mangler sykdomsinnsikt, og at det derfor vil være risikabelt for dem å selv få velge hvilken behandling de ønsker. Lund (2017) stiller på den andre siden spørsmål ved det han mener er et påfallende element i tvangspsykiatrien, nemlig at pasienter antas å være kompetente til å gi informert samtykke til medisiner, men at de mangler retten til å nekte. Røssberg et al. (2017) hevder at innføringen av antipsykotiske medisiner representerte en revolusjon i behandlingen av psykoselidelser, blant annet fordi medisinene, på grunn av sin symptomreducerende effekt, gjorde det mulig å tilbakeføre flere pasienter til et ”vanlig liv” utenfor sykehusene. Som det kommer frem i intervjuene, oppleves imidlertid ikke ”vanlig” nødvendigvis som bedring. Symptomreduksjon trenger heller ikke å være ensbetydende med et mer meningsfullt liv. Men, den bidrar kanskje til å gjøre mennesker med psykiske lidelser mindre synlige og belastende for samfunnet, i alle fall på kort sikt.

5.3 MFB handler om mer enn nedtrapping av medisiner

At seponering av medisiner øker risikoen for oppblomstring av symptomer på kort sikt er veldokumentert i seponeringsstudier (Standal & Heiervang, 2018). Informantene ved avdelingen i denne undersøkelsen mente at de fleste pasientene opplevde betydelig bedring i løpet av de 8 ukene de var innlagt. Denne erfaringen er noe overraskende, da man kunne forvente at seponeringen ville føre til økt symptompress. Det syntes å være få tilfeller av

dette, men det motsier ikke nødvendigvis funnene fra seponeringsstudiene. Det kan like gjerne forklares med at dersom medisiner fjernes, må de erstattes med noe annet.

De mange psykososiale tilbudene på den medisinfrie avdelingen representerer kanskje en slik erstatning. Tidligere var det mindre slik aktivitet på avdelingen, og pasientene fikk i større grad medisiner for å dempe symptomer. Én informant beskrev det gamle behandlingsopplegget som ”oppbevaring”. Medisinene kunne oppleves lindrende, men samtidig ble pasienten fratatt muligheten til å øve seg på å takle vanskene uten kjemisk hjelp. Medisineringen gir ikke hun eller han forutsetninger for å takle vanskene bedre neste gang. Sånn sett blir problemet skjøvet fremover i tid, men det blir sjelden borte. Når medisinene seponeres trer følelsesmessige reaksjoner tydeligere frem. Dette kan være belastende, men gir samtidig grunnlag for samtaler om dette som kan lede frem til en bedre forståelse av seg selv og andre. Pasientene på den medisinfrie avdelingen ble trolig bedre kjent med følelsene sine og lærte å håndtere dem med alternative metoder. De fikk også lenger tid enn tidligere på å øve seg og erfare at det var mulig å håndtere følelser med disse metodene. Slik økes sannsynligheten for at pasientene er bedre rustet for å møte livet og dets utfordringer etter utskrivelse.

5.4 Betydningen av et terapeutisk felleskap

Deler av den omtalte medisineringsdebatten har dreid seg om MFB skal tilbys i egne avdelinger, slik Aksjonen (u.å.) og Helse- og omsorgsdepartementet (2015) har foreslått, eller om det heller skal legges opp til medisinfrie forløp i ordinære avdelinger. Røssberg et al. (2016) mener at det vil være til pasientenes beste at slik behandling gis til enkeltpasienter i ordinære avdelinger. Dette er ikke et tema som berøres direkte av informantene. Noe som imidlertid blir tydelig i intervjuene er at MFB på denne avdelingen handler om mye mer enn reduksjon av medisiner. Den handler om et nytt terapeutisk miljø som er annerledes enn det man ville finne på en ordinær avdeling. Dette miljøet gjør noe med personalet, og det gjør noe med pasientene. De står samlet om et felles prosjekt.

Pasienter som får tilbud om medisinredusering i en ordinær avdeling vil trolig ha en annerledes opplevelse av MFB enn pasienter som mottar MFB på en avdeling hvor alle får den samme behandlingen. Et gjennomgående tema i intervjuene er den viktige funksjonen samholdet mellom pasientene har i behandlingen. På en ordinær avdeling vil en pasient som

ønsker MFB måtte akseptere at medpasienter i miljøet som hun eller han er en del av bruker medisiner for å takle vansker som pasienten selv forsøker å takle uten. Den positive effekten av å være en del av et felleskap med mennesker som strever med det samme som dem selv faller bort.

Dilemmaene som informantene beskriver illustrerer videre at det å behandle psykiske lidelser uten medisiner kan være et krevende prosjekt, også for personalet. Det tar kortere tid å gi en pille enn å sette seg ned med en pasient som strever og hjelpe ham eller henne å tåle følelsene sine på andre måter. I spesielt utfordrende situasjoner kan personalet føle seg fristet til å gå for den enkle løsningen. For personalet er det viktig å vite at den neste som kommer på vakt, ikke vil gi etter for presset, men vil følge de samme retningslinjene. Med andre ord trenger også personalet et felleskap for å gi god behandling.

Medisinfrie forløp i ordinære avdelinger fremstår mer som en hypotetisk ide som ikke lett lar seg overføre til klinisk praksis. Når medisiner fjernes, må de som nevnt erstattes med noe annet. Hvordan dette skal løses for pasienter som mottar MFB i en ordinær avdeling er uklart. Skal personalet behandle de medisinfrie pasientene på én måte og de ordinære på en annen? Skal de tilby de medisinfrie pasientene flere psykososiale tilbud enn de ordinære pasientene, for å erstatte effekten av medisiner de ikke får? Eller vil MFB på en ordinær avdeling handle mer om å redusere medisiner enn om å tilføye noe annet? Kanskje er det å behandle psykiske lidelser uten medisiner en så utfordrende oppgave at den krever samarbeid og støtte fra et samlet personal- og pasientfelleskap som bare kan eksistere på en egen avdeling viet til MFB.

5.5 Ansvarliggjøringens positive og potensielt negative sider

Den økte ansvarsoverføringen til pasientene er et gjennomgående tema i alle intervjuene. Mange beskriver den som et sentralt element i behandlingen, noe pasientene er nødt til å innrette seg etter, og noe som gjør at flere enn tidligere opplever bedring. Samtidig kan enkelte utsagn tolkes som en holdning om at dårlig behandlingsutfall handler om manglende vilje eller engasjement hos pasienten. Ansvarliggjøringen beskrives som potensielt uforsvarlig i møte med personer med alvorlige lidelser, og som noe som gjør at enkelte

pasienter ikke klarer å nyttegjøre seg behandlingen. Hva gjelder miljøpersonalet, trekkes deres økte ansvar for egen trivsel og utvikling frem av flere.

Et spørsmål her er hvor det økte fokuset på personlig ansvar kommer fra. Henger det sammen med MFB-bølgen, hvordan MFB er implementert på akkurat denne avdelingen, eller handler det om en bølge i samfunnet som helhet? Verken Aksjonen (u.å.) eller Helse- og omsorgsdepartementet (2015) nevner ansvar i beskrivelsen av behandlingstilbudene de etterspør. Innenfor recovery-bevegelsen har imidlertid personlig ansvar en sentral rolle. Slade (2015) fremhever personlig ansvar som ett av fire hovedområder innenfor denne tilnærmingen. Evnen til å ta ansvar anses som en selvfølgelighet og et nødvendig steg på veien mot et meningsfylt liv. Madsen (2011) viser til det han mener er en synlig mentalitetsendring i det norske samfunnet de siste tiårene, i retning økt individualisering. Med individualisering mener han ”en institusjonalisert individualisme der individet mer og mer blir stilt til ansvar for sine valg og handlinger og resultatet av disse” (Beck, 2000; ref. i Madsen 2017, s. 25).

Når informantene forteller om økt ansvarliggjøring av pasientene er det hovedsakelig positive erfaringer med dette de refererer til. Utvilsomt har ansvarliggjøringen positive sider. Med økt ansvar kommer også økt selvbestemmelse, frihet og eierskap til egen fremgang. Overføringen av ansvar til enkeltindividet illustrerer videre en endret holdning til psykiske lidelser og menneskene som mottar behandling. Ansvarliggjøringens potensielle skyggesider kommer tydeligere frem når personalet snakker, direkte eller indirekte, om erfaringer med egen ansvarliggjøring på arbeidsplassen. Økt individualisering innebærer et større eierskap til sine seirer, men samtidig at man blir stilt til ansvar for sine nederlag (Madsen, 2017). Dette er problematisk av flere grunner. Utsagn som ”det gjelder nok bare meg” kommer til uttrykk hos flere av informantene, selv om det i realiteten gjelder flere. Det kan stilles spørsmål ved om individualiseringen av ansvar hos personalet bidrar til at systemkritikk ikke blir løftet opp. Et faremoment med individualisering er at problemer som deles av flere og som heller kunne vært forstått på et høyere nivå, fragmenteres og legges på skuldrene til enkeltindivider. Dette medviker til at status quo blir opprettholdt (Madsen, 2017). Videre innebærer individualiseringen av ansvar en belastning for individet når det møter utfordringer eller opplever å ikke mestre. Da handler nederlaget om egen tilkortkommenhet og skylden bæres alene. Selv om dette ikke kommer frem i intervjuene, kan det tenkes at en liknende

ansvarsattribusjon som er tilstede hos personalet, også er tilstede hos pasientene som opplever å ikke mestre eller få utbytte av behandlingen.

Faremomentene er å betrakte som mulige grøfter man kan falle i dersom fokuset på personlig ansvar blir for stort og unyansert. Det røtter ikke ved betydningen av at pasientene gis muligheten til å ta egne valg. Motivasjon for behandling og viljen til å ta personlig ansvar for egen vekst og utvikling er trolig en nødvendig betingelse for endring. At ansvaret kan bli for tungt å bære kan motvirkes ved at det bæres innenfor et felleskap som har forståelse for at endring ofte innebærer to skritt frem og ett tilbake.

5.6 MFB for personer med alvorlige psykiske lidelser

Noe av det jeg ønsket å belyse i denne undersøkelsen var hva som kjennetegnet pasientene på den medisinfrie avdelingen. Ifølge sykehusets hjemmeside er MFB et tilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse som tradisjonelt er behandlet medikamentelt, hvor personer med psykose eller bipolare lidelser vil være prioritert (Akershus universitetssykehus, 2018).

Kritikere har stilt spørsmål ved hvilken type pasienter som i realiteten vil ha nytte av de nye medisinfrie tilbudene. De synes å ha tenkt at det vil være pasienter som er ”mindre syke” og derfor ikke trenger behandling med medikamenter, særlig ikke behandling med AP. Whitaker (2017) fremhever at et medisinfritt tilbud bare kan presentere seg selv som et reelt alternativ til tvangsbehandling dersom de også kan ta seg av mennesker med mer alvorlige problemer.

Spørsmålet er om det er denne pasientgruppen som i realiteten har benyttet seg av tilbudet på avdelingen. Seksjonsleder på avdelingen sier i et intervju med Sykepleien (Bergsagel, 2018) at de kun har hatt 2-3 pasienter med lettere tilstander, og at disse skrev seg ut fortløpende da de opplevde å være for friske til å være der. Han hevder at det må en viss alvorlighetsgrad til for å få utbytte av tilbudet. Samtidig sier han om diagnosegruppene psykose og bipolare lidelser, i et intervju med Erfaringskompetanse (Hoel, 2018), at det er færre søkere med disse vanskene enn forventet, uten at de helt vet hvorfor. Informantenes inntrykk av hvem som benytter seg av og har utbytte av behandlingen uttrykkes litt annerledes. På den ene siden beskrives pasientene som mennesker med lang erfaring fra psykisk helsevern og dårlige erfaringer med medisiner, noe som tilsier en viss alvorlighetsgrad. Samtidig hevder flere informanter at pasientgruppen er betydelig lettere enn tidligere, og at de har blitt ”friskere og friskere” siden innføringen av MFB. Psykose og bipolare lidelser beskrives som sjeldne

lidelser på avdelingen. Enkelte hevder at det er et fåtall som tidligere har opplevd å bli presset til å bruke medisiner. Flere hevder også at behandlingen passer dårlig for personer med alvorlige lidelser. Noen trekker frem schizofreni, tilbudets målgruppe, som en lidelse de forbinder med dårlig utbytte av MFB.

Når det gjelder spørsmålet om hvilke pasienter som benytter seg av MFB, dreier forskjellene i beskrivelser seg kanskje om ulik forståelse av merkelappene ”frisk” og ”syk”, ”lett” og ”vanskelig”. Miljøpersonalet har andre arbeidsoppgaver og er sammen med pasientene på en annen måte enn behandlerne og administrasjonen. Det kan tenkes at dette kan forklare ulike oppfatninger av hva som er alvorlig og vanskelig. Det det ser ut til å være enighet om, er at det er færre søkere med psykose og bipolare lidelser enn det som var forventet. En linje kan trekkes til Røssberg et al. (2016) som hevder at MFB er et unødvendig tiltak, da personer med alvorlige lidelser selv velger å bruke medisiner fordi det hjelper dem. Samtidig kan det i så fall se ut som at etterspørselen og behovet for slike tilbud er større enn forventet, og at også personer med mindre alvorlige tilstander ønsker seg og har nytte av slike tilbud.

Utsagnene om at personer med alvorlige lidelser, spesifikt schizofreni, ikke nyttegjør seg behandlingen er vanskeligere å forklare. Hvis det er slik at informantenes opplevelse av situasjonen representerer et reelt problem, blir spørsmålet: Hvorfor er det slik? Aksjonen (u.å.) argumenterer for at behandlingen på de medisinfrie avdelingene skal inneholde ”et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med”, men lar det, i likhet med Helse- og omsorgsdepartementet (2015), være opp til de enkelte helseforetakene å utvikle gode medisinfrie behandlingsskulturer. Økt ansvarliggjøring og høye krav til egeninnsats og deltakelse i et intenst behandlingsprogram er deler av behandlingsskulturen som er utviklet på denne avdelingen, noe som formidles tydelig til pasientene både under og i forkant av innleggelse. Dette er elementer som informantene mener bidrar til det gode behandlingsutfallet som de fleste pasientene har. Samtidig er det de samme elementene som trekkes frem for å forklare hvorfor noen pasienter, kanskje tilbudets målgruppe, ikke nyttegjør seg behandlingen. Et spørsmål blir om dette er kjennetegn ved behandlingen på denne avdelingen og ikke MFB generelt. Videre om disse kjennetegnene gjør tilbudet til et mindre reelt alternativ for den egentlige målgruppen, og om denne gruppen siles ut eller faller fra allerede før inntak. Dette spørsmålet forblir ubesvart.

Uavhengig av spørsmålet om behandlingen på denne avdelingen passer for personer med alvorlige psykiske lidelser, kan man spørre seg hvorfor flere av informantene uttrykker at den ikke gjør det. Flere faktorer kan ha spilt inn her. Det er nærliggende å tro at miljøpersonalets holdninger til MFB har betydning for hvordan denne utføres i praksis, og dermed for hvilket utbytte pasientene får. En ikke uvanlig oppfatning har lenge vært at schizofreni og bipolare lidelser er alvorlige og kroniske sykdommer som ikke kan behandles uten medikamenter, en oppfatning som noen av informantene uttrykte å ha kjent seg igjen i. Hovedsaklig gjaldt dette i oppstartsfasen, men fortsatt kan noen kjenne usikkerhet rundt dette. Kanskje har enkelte pasienters behandlingsutfall vært påvirket av holdninger om av det ikke var forsvarlig eller mulig å behandle dem uten medisiner. Personalets holdninger til behandlingen kan igjen ha vært påvirket av deres opplevelse av mestring og trivsel. Mange beskriver særlig den første tiden etter innføringen av MFB som belastende. Ifølge informantene var det også i denne fasen at de fleste pasientene med mer alvorlige lidelser var innlagt. Når man pålegges noe uten å få tilstrekkelig hjelp eller mulighet til å påvirke, er motstand ikke en unaturlig reaksjon. Informantene uttrykte et ønske om bedre tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid i oppstartsfasen. Videre, et ønske om mer opplæring, støtte og veiledning, og å i større grad bli møtt med forståelse for noe mange opplevde som overvedende. Her er det kanskje noe å lære om hvordan lignende behandlingsformer burde innføres på andre avdelinger.

Sammenfattet mente informantene at pasientene som har benyttet seg av MFB har opplevd bedring. Spørsmålet om hvordan MFB på denne avdelingen fungerer for personer med alvorlige psykiske lidelser forblir ubesvart. Spørsmålet kan trolig besvares bedre når man har mer presis informasjon om hvordan pasientene hadde det før innleggelse, og hvordan det går med dem etter utskrivelse og på sikt. Erfaringene her baserer seg på informantenes mer generelle inntrykk av pasientene i de 8 ukene de er innlagt.

5.7 Generaliserbarheten av erfaringene og begrensninger ved undersøkelsen

Avhengig av hvem som uttaler seg er personer med alvorlige psykiske lidelser den gruppen som enten anses å være sterkest i behov av et medisinfritt tilbud, eller den gruppen som antas å kunne ta mest skade av et dette. Kunnskap om hvordan MFB faktisk fungerer for denne gruppen er derfor etterlengtet. At denne undersøkelsen ikke har lyktes med å klart definere pasientgruppen som har mottatt MFB på denne avdelingen representerer et problem med

tanke på generaliserbarheten av erfaringene. De fleste pasientene som har benyttet seg av det medisinfrie tilbudet på avdelingen, synes å ha opplevd bedring. Hvis disse pasientene har lidelser som er å betrakte som alvorlige, ville dette vært viktig kunnskap å få frem i lyset. Om det i realiteten er slik at pasientgruppen har mindre alvorlig problematikk, kan man spørre seg om jeg ville fått andre svar hvis informantene hadde jobbet med tilbudets egentlige målgruppe.

En relatert begrensning ved undersøkelsen er at informantenes erfaringer refererer til en ny behandlingsform som sammenlignes med behandlingen som ble gitt på avdelingen tidligere. Da det i denne undersøkelsen ikke er gjort noe forsøk på å utforske tilstandene på avdelingen før innføringen av MFB, blir erfaringene som denne undersøkelsen belyser å betrakte som relative heller enn absolutte sannheter. Problemet illustreres av spørsmålet om alvorlighetsgraden av lidelsene hos pasientgruppen: Det at pasientgruppens problematikk beskrives som mindre alvorlig nå, betyr ikke nødvendigvis at problematikken er lett, bare at den synes å være lettere enn tidligere.

En annen mulig begrensning ved undersøkelsen er tidsaspektet ved behandlingen på denne avdelingen. Erfaringene med pasientenes utbytte av behandlingen bygger på informantenes kjennskap til pasientene i de 8 ukene de er innlagt. Informantene vet ikke hvordan det går med pasientene etter utskrivelse. 8 uker er kort tid, med tanke på at dette er en avdeling hvor flesteparten av pasientene kommer for å redusere eller slutte med sine medisiner. Noen har brukt medisiner i mange år, og noen reduserer gradvis og er kanskje ikke ferdig med nedtrappingen før ved utskrivelse eller etter. Når medisinerne seponeres kommer følelsene tydeligere frem og man må lære seg å jobbe med og håndtere dem på nye måter. For de fleste pasientene er dette trolig ikke en prosess som kan gjøres ferdig på åtte uker, men den kan påbegynnes. Man kan spørre seg om jeg ville fått andre svar dersom innleggelsestiden hadde vært lengre. Særlig interessant er dette med tanke på pasientene som beskrives å ha hatt dårligere utbytte fordi de har mer alvorlig problematikk. En mulig hypotese er at noen pasienter opplever mindre bedring, ikke på grunn av ansvarsoverføringen eller de høye kravene til egeninnsats og deltakelse i et intenst behandlingsprogram, men fordi kontrasten til deres daglige liv blir for stor, og tiden på å omstille seg for liten. Et annet viktig spørsmål er hvordan det går det med pasientene etter endt behandling på avdelingen, og på sikt. Forhåpentligvis kan noen av disse spørsmålene belyses klarere i den bredt anlagte undersøkelsen av MFB (Heiervang, 2018) som min undersøkelse er en del av.

5.8 Forslag til videre forskning

Innføringen av medisinfrie tilbud har vært gjenstand for opphetet debatt. Forskingen synes foreløpig ikke å gi klare svar på spørsmålene denne debatten reiser. Det vitenskapelige grunnlaget for tradisjonell psykofarmakologisk behandling er omdiskutert, særlig med hensyn til langsiktige effekter. MFB på sin side er foreløpig en relativt utforsket behandlingsform. Flere litteraturgjennomganger på området konkluderer med at evidensgrunnlaget er utilstrekkelig og at det behøves ny forskning før man kan si noe sikkert om nytte-skade-verdien av disse behandlingsformene (Holte et al., 2017; Sohler et al., 2016).

Forskningsbasen som underbygger både akutt behandling og langtidsbehandling med psykofarmaka består hovedsakelig av kvantitative studier med RCT-design og kort oppfølging. Det behøves ny forskning som undersøker hvordan det går med pasienter med alvorlige lidelser *over tid* henholdsvis med og uten psykofarmaka, eller på ulik dosering. Videre vil det være ønskelig å utvide forskningsbasen til å inkludere flere typer forskning. Undersøkelser med mange informanter og RCT-design vurderes typisk som en sikrere kunnskapskilde enn kvalitative undersøkelser med færre deltakere. Dette hierarkiet er imidlertid problematisk. Kvantitative studier og RCT-design kan gi viktig kunnskap, men har begrensninger når det gjelder overførbarhet til den komplekse virkelige verden. Kompleksiteten og viktige individuelle forhold i og rundt det enkelte mennesket blir utelatt (Hoel, 2017).

Kunnskapsgrunnlaget bør suppleres med og inkludere kvalitativ forskning som har fokus på pasienters subjektive erfaring med medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsformer. Fokus bør ikke utelukkende ligge på reduksjon av symptomer og tilbakestilling til en gitt "normaltilstand", men bør flyttes til å handle om hvordan pasientene faktisk opplever og trives med behandlingen og livene sine. Dette er faktorer som bør anerkjennes som like viktige i behandlingen av psykiske lidelser, som andres vurderinger av endringer i pasienten. Videre er det viktig at pasientene følges opp med oppfølgingsintervjuer som strekker seg over tid.

6 Avsluttende kommentar

I denne oppgaven har jeg undersøkt hva MFB innebærer på én medisinfri avdeling. Mitt håp var at undersøkelsen kunne bidra med ny kunnskap og en nyansering av en polarisert debatt. Undersøkelsen resulterte i en rekke gjennomgående temaer, oppsummert ovenfor. Hva gjelder implikasjoner for videre praksis og forskning har undersøkelsen bidratt med følgende:

Et viktig bidrag har vært nyanseringen av begrepet ”medisinfritt”, som noe som først og fremst handler om valgfrihet, og ikke om fravær av eller forbud mot medisiner. Undersøkelsen fremhever viktigheten av at behandlingen som tilbys på medisinfrie avdelinger må utgjøre et reelt behandlingsalternativ, også for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Undersøkelsen belyser viktigheten av alternative behandlingsformer som erstatning for effekten av medisiner som seponeres, illustrerer betydningen av fellesskapsfølelse i behandlingen og gir med dette innspill i debatten om hvorvidt MFB skal tilbys i egne avdelinger eller som medisinfrie forløp i ordinære avdelinger. Videre bidrar undersøkelsen med innspill til hvordan MFB kan innføres på andre avdelinger, og tilbyr et kritisk blikk på individualisering av ansvar hos pasienter og ansatte. Undersøkelsen setter også søkelyset på alternative utfallsmål i studier av behandlingseffekt. Mens behandlingsforskningen tradisjonelt har vektlagt symptomreduksjon argumenteres det i denne undersøkelsen for å i større grad vektlegge pasienters subjektive erfaringer og livskvalitet.

Undersøkelsen illustrerer behovet for ny kunnskap på området. Videre forskning bør være av både kvantitativ og kvalitativ art og bestå av undersøkelser med lang oppfølging.

Litteraturliste

- Akershus universitetssykehus. (2018). *Medisinfri behandling*. Lastet ned fra <https://www.ahus.no/behandlinger/medisinfri-behandling>
- Akershus universitetssykehus. (u.å.). *Medisinfri døgnenhet, DPS Nedre Romerike*. Lastet ned fra <https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern/distriktpsikiatriske-sentre/dps-nedre-romerike/medisinfri-doggenhet>
- Aksjon for medisinfrie tilbud. (u.å.). Grunnokument. Lastet ned fra <http://medisinfrietilbud.no>
- Beck, U. (2000). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Bergsagel, I. (2018, 25.03.2018). Raymond Løwer valgte medisinfritt, *Sykepleien*. Lastet ned fra <https://sykepleien.no>
- Bola, J. R. (2005). Medication-free research in early episode schizophrenia: evidence of long-term harm? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 288-296. doi:10.1093/schbul/sbj019
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J.M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., . . . Aquino, P. R. (2009). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 71-93. doi: 10.1093/schbul/sbp116
- Davis, J. M., Kane, J. M., Marder, S. R., & Brauzer, B. (1993). Dose response of prophylactic antipsychotics. *The Journal of clinical psychiatry*, 54(3), 24-30.
- Dixon, L. B., Lehman, A. F., & Levine, J. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 567-577. doi:10.1093/schbul/21.4.567
- Forand, N. R., DeRubeis, R. J., & Amsterdam, J. D. (2013). Combining medication and psychotherapy in the treatment of major mental disorders. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6 utg., s. 735-775). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons inc.
- Gilbert, P. L., Harris, M. J., McAdams, L. A., & Jeste, D. V. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature. *Archives of General Psychiatry*, 52(3), 173-188. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950150005001
- Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, D. L., . . . Aravagiri, M. (2001). Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in

- patients with remitted recent-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1835-1842. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1835
- Gundersen, K. (2016, 07.12.2016). Kristian Gundersen i Uviten: Medikamentfri psykiatri - eksperiment uten forskning, *Aftenposten*. Lastet ned fra <https://www.aftenposten.no>
- Gøtzsche, P. C. (2017, 10.03.2017). Psykofarmaka dreper mange, *Dagens Medisin*. Lastet ned fra <https://www.dagensmedisin.no>
- Hald, M. P. (2011). Tankevekkende kritikk av psykiatrisk behandling. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 131(17). doi:10.4045/tidsskr.11.0581
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 406-414. doi:10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e
- Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42(10), 2145-2155. doi:10.1017/S0033291712000220
- Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 44(14), 3007-3016. doi:10.1017/S0033291714000610
- Heiervang, K. (2018). *Medication Free Treatment: Characteristics, Justification and Outcome*. (Clinicaltrials.gov Identifier: NCT03499080). Lastet ned fra <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03499080?term=Kristin+Heiervang&recrs=ab&cntry=NO&rank=1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015*. (Referanse: 14/3574). Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. (IS-1561). Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>.

- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. (IS-1925). Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (IS-1957). Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>.
- Ho, B., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R., & Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 128-137.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.199
- Hoel, T. L. (2017, 20.02.2017). Hva er kunnskapsgrunnlaget for behandling med og uten psykofarmaka?, *Erfaringskompetanse*. Lastet ned fra <https://www.erfaringskompetanse.no>
- Hoel, T. L. (2018, 05.01.2018). Medisinfri behandling i psykisk helsevern: Ahus, Moenga, *Erfaringskompetanse*. Lastet ned fra <https://www.erfaringskompetanse.no>
- Holte, H. H., Austvoll-Dahlgren, A., & Straumann, G. S. H. (2017). *Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt. Psychosocial treatment with or without antipsychotics for patients with active psychosis, a systematic review*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Knagenhjelm, N. (2016, 08.08.2016). Avhengighet til sterke behandlere, *Dagens Medisin*. Lastet ned fra <https://www.dagensmedisin.no>
- Krause, D., & Pogarell, O. (2017). Shrinking Brain and Schizophrenia: A Review of Current Studies on the Effect of Antipsychotic Medication on Gray Matter Volume. *Psychiatry & Mental Disorders*, 1(1), 102.
- Kvakkestad, T. (2016, 11.03.2016). De farlige ideene, *NRK*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6 utg., s. 169-219). Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons, inc.

- Larsen, T. K. (2016, 29.07.2016). Helseministeren på ville veier, *Dagens Medisin*. Lastet ned fra <https://www.dagensmedisin.no>
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60239-6
- Lund, K. (2017). Tvangsmedisinering må forbys. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 137(4), 263-265. doi: 10.4045/tidsskr.17.0069
- Madsen, O. J. (2011). Nyliberalismens sosialpsykologi - Dany-Robert Dufours kritikk av nyliberalismen. *Agora*, 29(01), 94-117.
https://www.idunn.no/file/pdf/54650189/nyliberalismens_sosialpsykologi.pdf
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moncrieff, J. (2011). *Psykiatriske Legemidler: En kritisk introduksjon*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 740-751.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=327904&a=2
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, LOV-1999-07-02-62. Lastet ned fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Ran, M. S., Weng, X., Chan, C. L. W., Chen, E. Y. H., Tang, C. P., Lin, F. R., . . . Xiang, M. Z. (2015). Different outcomes of never-treated and treated patients with schizophrenia: 14-year follow-up study in rural China. *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 495-500. doi:10.1192/bjp.bp.114.157685
- Røssberg, J. I. (2016, 13.06.2016). Det er langt fra sikkert at det riktige er å innføre medisinfritt behandlingstilbud, *Aftenposten*. Lastet ned fra <https://www.aftenposten.no>
- Røssberg, J. I., Andreassen, O. A., & Ilner, S. O. (2017). Medisinfrie sykehusposter – et kunnskapsløst tiltak. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 137(6), 426-427. doi:10.4045/tidsskr.17.0091
- Røssberg, J. I., Andreassen, O. A., & Malt, U. (2016, 17.07.2016). Medisinfrie tiltak for psykoselidelser er fortsatt et sjansespill, *Aftenposten*. Lastet ned fra <https://www.aftenposten.no>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue

- approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies.
Psychotherapy Research, 16(02), 214-228. doi:10.1080/10503300500268490
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell* (I. Wormdahl & L. B. Ødegaard, Overs.). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Sohler, N., Adams, B. G., Barnes, D. M., Cohen, G. H., Prins, S. J., & Schwartz, S. (2016). Weighing the evidence for harm from long-term treatment with antipsychotic medications: A systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 477-485. doi:10.1037/ort0000106
- Standal, K., & Heiervang, K. (2018). Medisinfri behandling - et omstridt og etterlengtet tilbud (Artikkelmanuskript i reviewprosess). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.
- Tjersland, O. A., Monsen, J. T., & Hansen, J. L. (2015). Psykofarmaka på kort og lang sikt (Intervju med Robert Whitaker). *Tidsskrift for norsk psykologforening* 52(2), 126-131.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=436454&a=3
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi: Illusjoner om psykiatriske legemidler* Oslo: Abstrakt Forlag.
- Whitaker, R. (2016). The Case Against Antipsychotics: A Review of Their Long-Term Effects. *Mad in America*. <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf>
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytma, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(9), 913-920.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(2), 325-351. doi:10.1093/schbul/17.2.325

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

DEL A: BEHOLDES AV INFORMANT

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

MEDISINFRI BEHANDLING VED PSYKISKE LIDELSER, INTERVJU MED ANSATTE

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan behandlingen i en medisinfri døgnenhet fungerer og oppleves i forhold til annen døgnbehandling. Et utvalg ansatte ved medisinfri post, DPS døg Moenga spørres om å delta i intervjuundersøkelsen. Akershus universitetssykehus er prosjektets ansvarlige virksomhet. Resultatene vil inngå i en hovedoppgave og en doktorgrad ved Universitetet i Oslo.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Intervjudelen av prosjektet innebærer ett intervju med en forsker fra prosjektet. Intervjuet vil foregå i Moengas lokaler våren 2018. Varigheten er på 1 time. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Fokus for intervjuet vil være din opplevelse av å jobbe på en post med et medisinfritt mandat og hvordan du forholder deg til dette mandatet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du vil måtte sette av 1 time til intervjuet. Slike intervjuer vil kunne oppleves ulikt av ulike personer.

Ved å delta i forskning bidrar du til at vi kan forbedre helsetjenestene, og din stemme vil bli del av kunnskapsgrunnlaget.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt arbeidsforhold. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Prosjektleder Kristin S. Heiervang
Tlf: 901 50 138
E-post: Kristin.s.heiervang@ahus.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen om deg skal som hovedregel brukes slik som beskrevet i hensikten med studien innenfor gjeldende lovverk. Unntaket gjelder forhold som kan true liv og helse, hvor både helsepersonell og forskere har meldeplikt til relevante myndigheter.

Forskningsprosjekt DPS døg, versjon 3

Alle opplysningene vil i det daglige bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Rådata (opptak, direkte transkripsjon) vil anonymiseres under analysearbeidet, slik at utsagn som kan identifisere hvem man er blir utelatt. Kun psykologistudenten som gjennomfører intervjuene og dennes veileder på Universitetet i Oslo samt phd-kandidaten og ansatte ved Forsknings- og utviklingsavdelingen vil ha tilgang på rådata eller identifiserende opplysninger.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du har rett til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet i 2033.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2017/1056/REK sør-øst B.

DEL B: LEVERES INN SAMMEN MED SIGNATUR

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

MEDISINFRI BEHANDLING VED PSYKISKE LIDELSER, INTERVJU MED ANSATTE

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan behandlingen i en medisinfri døgnenhet fungerer og oppleves i forhold til annen døgnbehandling. Et representativt utvalg ansatte ved medisinfri post, DPS døgn Moenga spørres om å delta i intervjuundersøkelsen. Akershus universitetssykehus er prosjektets ansvarlige virksomhet. Resultatene vil inngå i en hovedoppgave og en doktorgrad ved Universitetet i Oslo.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Intervjudelen av prosjektet innebærer ett intervju med en forsker fra prosjektet. Intervjuet vil foregå i Moengas lokaler våren 2018. Varigheten er på 1 time. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Fokus for intervjuet vil være din opplevelse av å jobbe på en post med et medisinfritt mandat og hvordan du forholder deg til dette mandatet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du vil måtte sette av 1 time til intervjuet. Slike intervjuer vil kunne oppleves ulikt av ulike personer.

Ved å delta i forskning bidrar du til at vi kan forbedre helsetjenestene, og din stemme vil bli del av kunnskapsgrunnlaget.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt arbeidsforhold. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Prosjektleder Kristin S. Heiervang
Tlf: 901 50 138
E-post: Kristin.s.heiervang@ahus.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen om deg skal som hovedregel brukes slik som beskrevet i hensikten med studien innenfor gjeldende lovverk. Unntaket gjelder forhold som kan true liv og helse, hvor både helsepersonell og forskere har meldeplikt til relevante myndigheter.

Forskningsprosjekt DPS døg, versjon 3

Alle opplysningene vil i det daglige bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Rådata (opptak, direkte transkripsjon) vil anonymiseres under analysearbeidet, slik at utsagn som kan identifisere hvem man er blir utelatt. Kun psykologistudenten som gjennomfører intervjuene og dennes veileder på Universitetet i Oslo samt PHD-kandidaten og ansatte ved Forsknings- og utviklingsavdelingen vil ha tilgang på rådata eller identifiserende opplysninger.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du har rett til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet i 2033.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2017/1056/REK sør-øst B.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Jeg kan kontaktes med tanke på et eventuelt senere oppfølgingsprosjekt.

Ja Nei

Vedlegg 2: Intervjuguide

Deltaker nr: _____

- Kjønn:
- Alder:
- Stilling:
- Jobbet på avdelingen i ____ år.
- Jobbet i psykisk helsevern i ____ år.

Tema 1: Hva betyr ”medisinfri behandling” på denne avdelingen?

Kan du huske første gang du hørte om ”medisinfri behandling”? Fortell meg om det. Hva tenkte du? Hvordan er det nå?

Hvordan forstår du begrepet ”medisinfri behandling”? Hva betyr/innebærer det?

Tema 2: Hva kjennetegner pasientene på avdelingen?

Kan du fortelle meg litt om hva slags pasienter som kommer hit? Skiller de seg på noen måte fra slik pasientene var tidligere?

Tema 3: Hva kjennetegner arbeidshverdagen på avdelingen?

Kan du fortelle meg om dine viktigste arbeidsoppgaver i det medisinfrie behandlingstilbudet? Skiller de seg på noen måter fra hvordan det var tidligere?

Kan du beskrive situasjoner som er typiske å møte når man jobber i en medisinfri avdeling? Positive sider og utfordrende sider.

Kan du huske en situasjon hvor du opplevde dilemmaer mellom det medisinfrie mandatet og andre hensyn?

Har du opplevd at det har vært konflikt mellom ditt faglige ståsted og det medisinfrie mandatet?

Tema 4: Hva medfører medisinfri behandling for pasientene?

Hva slags erfaringer tror du at pasientene har med å være innlagt på en medisinfri avdeling? Skiller det seg på noen måte fra hvordan de hadde det tidligere?

Evt. På hvilken måte har pasientene utbytte av den medisinfrie behandlingen? Tror du den er bedre enn behandlingen de fikk tidligere?

Tema 5: Hva medfører medisinfri behandling for de ansatte?

Hva synes du om innføringen av medisinfri behandling på avdelingen?

Evt. Hva slags erfaringer tror du andre ansatte har med å jobbe med medisinfri behandling på avdelingen?

Har du endret syn på noen områder som følge av å ha jobbet på medisinfri avdeling? I så fall, hva har endret seg for deg?

Avslutning:

Tema for dette intervjuet har vært dine erfaringer med medisinfri behandling. Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig?

Er det noe annet du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?

(Oppklaringer/utdyping).