

Kan alternativ medisin være et supplement i psykisk helsearbeid?



Isabelle Schjelderup

isabelle.schjelderup@yahoo.no

Alternativ og komplementær medisin, har i et par år vært foreslått, og gitt informasjon om, til noen pasienter ved Follo Akutteam. Artikkelen beskriver dette noe nærmere, med særlig fokus på Dr. Bachs blomsterremedier, som et eksempel på hva som har vært foreslått. Dette gjøres som opptakt til å diskutere om slike metoder kan betraktes som faglig forsvarlig innen psykisk helsearbeid, og da særlig overfor mennesker som befinner seg i en psykisk krise. Spørsmålet belyses blant annet i form av lovbestemte prinsipper som brukermedvirkning og medbestemmelsesrett.

Innledning

Det er økende interesse for alternative behandlingsformer. Undersøkelser viser at hver annen nordmann har brukt alternativer (NIFAB, 2009a). Videre er det slik at mennesker er forskjellige, og kan ha nytte av ulike tilnærminger til sine helseproblem. Follo Akutteam (FAT) utenfor Oslo, har overfor enkelte pasienter foreslått bruk av alternativ og komplementær medisin. Denne praksisen ble diskutert i teamets stab, og det ble utarbeidet egne retningslinjer for å ivareta den faglige forsvarligheten. Høsten 2007 fikk avdelingen krass kritikk fra samarbeidspartnere, for teamets praksis om å foreslå bruk av Dr. Bachs blomsterremedier som behandlingssupplement. Teamets samarbeidspartnere mente det var faglig uforsvarlig og skremmende å foreslå alternativ medisin innenfor spesialisthelsetjenesten generelt, og ovenfor en pasient som befant seg i en alvorlig psykisk krise spesielt. Utgangspunktet deres, var at en pasient ble innlagt på akutt-psykiatrisk avdeling i 1 døgn, 1 år etter at

FAT hadde hatt kontakt med samme pasient. Pasientens journal over den tidligere kontakten med FAT ble lest ved innleggelsen. I den ble alternativ medisin foreslått som supplement til konvensjonell medisin. Begge deler var godkjent av en overlege med spesialisering i psykiatri ved FAT. Pasienten var den gang vurdert som frisk nok til å ikke trenge innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling.

Kritikken brukes som utgangspunkt for å belyse følgende spørsmål: Kan alternativ og komplementær medisin være et supplement innen psykisk helsearbeid? Spørsmålet er omfattende, og denne artikkelen kommer inn på noen av momentene en må ta hensyn til for å komme nærmere et svar. Særlig belyses forhold omkring krav til brukermedvirkning og faglig forsvarlighet. Artikkelen beskriver litt om prosessen FAT hadde i forhold til alternativ medisin, som et ledd i å kunne diskutere hovedtemaet. Artikkelen er således ingen effektstudie eller effektbeskrivelse av den alternative medisinen som ble foreslått.

Dr. Bachs blomsterremedier vies oppmerksomhet, både fordi den ble foreslått i den konkrete saken hvor kritikken ble reist, og som et eksempel på alternativ medisin, som eventuelt kan brukes som supplement innen psykisk helsearbeid.

Begrepet alternativ og komplementær medisin

Alternativ medisin brukes som en sekkebetegnelse på mange forskjellige behandlinger og retninger, ofte på ikke-dokumenterte behandlinger (NOU1998:21). Verdens helseorganisasjon definerer det som: En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystem (Salomonsen et. al., 2003, s. 4). De senere årene har det blitt forsket på ulike former for alternative behandlingsformer, og begrepet blir i økende grad også brukt om dokumenterte behandlinger. Alternativ medisin påberoper seg generelt ikke nødvendigvis å helbrede problemet eller sykdommen. Men begrepet kan bety et alternativ til konvensjonell, medisinsk behandling.

Integrert behandling og integrert medisin, vil som oftest bety at behandlingen består av både alternativ og konvensjonell medisin, og at pasienten selv er med på å avgjøre hvilken behandling som skal benyttes (NIFAB, 2009c).

Komplementær medisin forstås gjerne som et tillegg til konvensjonell medisinsk behandling. Et tillegg som er ment å supplere og understøtte, både den medisinske behandlingen, og pasientens opplevelse av livskvalitet og harmoni i kropp og sinn (Risberg, 2003).

I denne artikkelen vil begrepet alternativ medisin benyttes.

Alternativ og komplementær medisin i Norge

Alternativ medisin i form av legende urter, har lange tradisjoner i Norge. I nyere tid har ulike former for alternativ medisin blitt brukt av en økende andel nordmenn. I 1998 kom det en utredning om alternativ medisin (NOU1998:21), og i 2004 trådte Lov om alternativ behandling av sykdom i kraft. Det er avlagt flere doktorgrader på alternativ medisin i Norge. I 2008 ble fotsoneoterapi godkjent som utdanning på videregående nivå (fagbrev), og akupunktur ble godkjent som bachelorgrad. Det jobbes også for å få godkjent bl.a. homøopati, naprapati og osteopati. Alternativ medisin brukes i dag ved hvert fjerde sykehus (Salomonsen et. al., 2003). De alternative behandlingsformene som tas i bruk ved sykehusene, er blant annet akupunktur, massasje og urtetilskudd. Primært er det kunst- og uttrykksterapi samt alternativ kost som er tatt i bruk innenfor de psykiatriske sykehusene (Salomonsen et al., 2003).

Innen psykisk helsevern generelt, er det rusomsorgen som har vært pioneren i forhold til å ta i bruk alternativ medisin og alternative teknikker, uten at noe tallmateriale foreligger til nå. Øreakupunktur er for eksempel i bruk på en lang rekke institusjoner innenfor rusomsorgen, etter at den i 1979 ble prøvd ut for første gang ved Blå Kors i Tønsberg (Schjelderup, 1989). En ny utvidet studie om bruken av alternativ medisin ved norske sykehus er under publisering. Her vil bruken av alternativ medisin ved rehabiliterings-, rus- og psykisk helseverninstitusjoner også inkluderes.

Statens Helsetilsyn har gjort det klart at pasienter også under sykehusinnleggelse, skal

kunne motta behandling med alternativ medisin dersom de ønsker det. Tilbudene og tilretteleggingen av dette vil variere fra sykehus til sykehus. Et ønske fra en pasient om tilgang til annen alternativ behandling kan være nok til å få bytte sykehus i forhold til fritt sykehusvalg (NIFAB, 2009b). Nasjonalt forskningscenter innen alternativ og komplementær medisin (NAFKAM), ble dannet i 2000. De ble samarbeidspartnere med verdens helseorganisasjon (WHO) innen alternativ behandling og folkemedisin i 2008. I samarbeid med 5 avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, planlegger de å gjennomføre et forskningsprosjekt som vil se på hva som skal til for å tilby integrert behandling, og hva slags betydning det kan ha for en sykehusavdeling (NIFAB, 2009c).

I 2008 kom WHO med en erklæring hvor de bl.a. ber sine medlemsland om å respektere og integrere alternativ medisin i det offentlige helsevesenet (Berntsen, 2008). Mye tyder på at det første norske sykehuset som implementerer en integrert medisinsk enhet eller avdeling, vil få et forsprang konkurransemessig (Fønnebø & Grimsgaard, 2004). Midler til dette vil i så tilfelle kunne komme fra departementet direkte (Ot.prp. nr 27, 2003).

Alternativ medisin er med andre ord på full fart inn i det norske samfunnet. Denne utviklingen reiser mange interessante temaer, så som kvalitetssikring i form av forskning (Schem, 2004), hvilken forskning som er egnet til å gi mest mulig troverdige data ifht alternativ medisin (Fønnebø et al., 2007), og hvilke alternativmedisinske metoder som kan betraktes som faglig forsvarlige.

Dr. Bachs blomsterremedier

Kritikken mot Follo Akutt-team oppsto i kjølvannet av et forslag om bruk av Dr. Bachs blomsterremedier. Å beskrive de nærmere, kan således tjene som grunnlag for å diskutere videre artikkelens hovedtema.

Den engelske legen Edward Bach, laget de 38 blomsterremediene på 1930 tallet. Dr. Bachs tanke, var at menneskets sinnstilstander, kan legge grunnlaget for våre sykdommer, og vårt helbred. Han mente at negative tanker, handlings- og følelsesmønstre, eller tilstander, skapte en disharmoni i oss. Hvis den ble værende, ville den kunne lede til sykdommer, fysiske så vel som psykiske. Han begynte følgende å interessere seg for pasientenes sinnstilstander, hvordan den enkelte reagerte på stress, sykdom og livets utfordringer (Bach, 2003). Hans positive grunntanke var at våre negative sinnstilstander, sier noe om hva vi er i ferd med å overvinne i oss selv, hva slags positive dyder vi er i ferd med å utvikle. Er vi preget av irritabilitet og utålmodighet, er vi kanskje på vei mot tålmodighet. Har vi angst, er vi kanskje på vei til å utvikle mot, og så videre.

Kunne han forebygge, lindre og i beste fall helbrede, pasientenes plager og sykdommer, ved å behandle deres sinnstilstander? Fantes det planter og trær som kunne hjelpe til med dette? Var det mulig å finne planter som kunne hjelpe oss til å hente frem det vi var i ferd med å utvikle, hente frem positive egenskaper, krefter og ressurser? Med disse tankene i bakhodet, tilbrakte han atskillig tid i naturen. På leting etter planter og trær han kunne prøve ut, på de ulike sinnstilstandene til sine pasienter.

Disse undersøkelsene la grunnlag for 38 remedier, for ulike følelsetilstander, laget av forskjellige blomstrende planter og trær. Når remediene brukes ovenfor en sinnstilstand en vil avhjelpe, så kan de brukes for alle grader av tilstanden. Det vil si at en kan ha en mild form for angst for noe konkret, eller en kan ha det i sterk grad- så det hemmer ens livsutfoldelse.

I remediene vil en ikke via nåtidens analyseverktøy kunne ekstrahere virkestoffer, slik en kan med urtepreparater. I så måte kan en sammenligne remediene med homøopatiske midler. Dette betyr også at remediene ikke vil kunne interferere med konvensjonell medisin, slik urtepreparater kan gjøre. Dette gjør også at remediene ikke gir bivirkninger, eller skaper avhengighet (Myskja, 2000; Howard, 2004; Scheffer, 1994; Nelson GmbH, 2009)

Forskning og internasjonal bruk av remediene

Det er gjort lite forskning på effekter av Bachs blomsterremedier, men en større undersøkelse ble gjennomført i 2007. 111 pasienter med angstproblematikk deltok, 53 fikk Bachs Rescue remedy og 58 fikk placebo. Resultatene viste at Bachs blomstermedisin hadde en positiv effekt på angst (Halberstein et. al., 2007). Forskningsprosjekter, utøvers erfaringer og prosjektbeskrivelser er i varierende grad samlet av flere organisasjoner (The Dr. Edward Bach Centre, 2009; Flower Essence Society, 2009; The Bach flower research programme, 2009).

Bachs blomsterremedier er i bruk over store deler av verden; til egenbruk, i prosjekter, av leger, psykologer, psykiatere, på institusjoner og på sykehus. På Cuba er blomsterremedier integrert i det offentlige helsesystemet,

sammen med en god del andre alternativ behandlingsformer. Der kalles det ikke alternativ medisin, men medisinske spesialfelt, som har egne opplæringsprogrammer, mastergrader og doktorgradssystemer. I England er alternativmedisinske sykehus offentlig finansiert, og Bachs blomsterremedier er vidt utbredt. Spesielt av interesse i denne sammenhengen, er bruken innenfor psykisk helsearbeid.

Follo Akutteam (FAT)

FAT jobber med mennesker i akutt psykisk krise, primært mennesker som vurderes som suicidale, og/eller framstår med moderat til alvorlig depresjon, manisk-depressiv lidelse og/eller psykotisk. Mange pasienter har også angstlidelser, søvnvansker og tankekaos. Mandatet er i hovedsak å tilrettelegge for en best mulig behandling i samarbeid med den enkelte. Grunntanken er å støtte oppunder pasientens og nettverkets egne ressurser, valg og helbredende krefter (Hultberg & Karlsson, 2007). Veiledende føringer legger opp til at akutteam skal ha et særlig fokus på brukermedvirkning, egenmestring og pårørendemedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a). Teamet består av mange faggrupper. Dette er i tråd med nasjonale føringer som presiserer at akutteam må være sammensatt av ulike faggrupper, for best å kunne være rustet til å møte den enkelte pasients hjelpebehov (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a).

Teamleder, samt teamets overlege, ga rom for at teamet kunne foreslå og informere, ikke ordinere, relevante alternativmedisinske remedier til pasienter. Senvinteren 2006, diskuterte teamet hvorvidt alternativ og komplementær medisin skulle være en videre del av FAT, og hvis så, på hvilken måte. Teamet ble da enig om at når alternative remedier ble

foreslått, skulle dette i etterhånden nevnes for vaktlege eller bakvaktlege, og så journalføres. Enda en tid senere, kom det spesifiserte medisin håndteringsrutiner fra ledelsen. Der ble det fastslått at også alternativ medisin skulle anses som et legeansvar. Skulle teammedlemmer foreslå remedier, skulle det være avtalt med vaktlegen eller bakvaktlegen før samtalen med pasienten. Forslagene kunne også drøftes underveis med legen, og de skulle journalføres.

Siden det er en fremtredende tanke i teamet å forsøke møte pasientene der de er, har teamet oftere foreslått alternativ medisin der hvor pasienten selv tidligere har hørt om, eller brukt dette. Men alt i alt har alternativ medisin vært løftet frem som en mulighet, der hvor det har falt seg naturlig og forsvarlig. Det er for det meste undertegnede, men til tider også andre teammedlemmer, som siden 2006 har foreslått alternativ medisin. Siden 2007 i samråd med overleger tilknyttet vår dagvakt og bakvaktordning. Teamets tidligere overlege har likeledes foreslått alternativ medisin, i et lengre tidsrom.

I all hovedsak er det Dr. Bachs blomsterremedier, samt kosttilskudd så som Omega 3 og c-vitamin som har vært foreslått. Men også urteteer, urtemedisiner, eteriske oljer og alternative metoder, så som puste- og avslapningsteknikker, har vært foreslått.

Det er her viktig å presisere, at hovedanliggende for forslagene om Dr. Bachs blomsterremedier og øvrig alternativ medisin ved FAT, har vært å lindre plager, og styrke mestring og selvhelbredelse. For eksempel av søvnvan- sker og krisereaksjoner. Fokuset har med andre ord ikke vært på å helbrede pasientenes tilstander og sykdom.

Etter at kritikken som er nevnt innledningsvis kom, er alle forslag om alternativ medisin avvirket ved teamet, etter avgjørelse fra klientskikkens ledelse.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er blitt et mye brukt ver- dibegrep de senere årene, og har for lengst gjort sitt inntog i lovverk, føringer og utar- beidelse av tilbud, rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Dette baserer seg på en for- ståelse av at helsehjelpen blir bedre av at en samhandler med pasientene om behandlingen (NOU 2005:3). Pasientrettighetsloven § 3-1 (Sosial- og helsedepartementet, 2000) slår fast pasientens rett til å medvirke til egen behandling.

Opptappingsplanen for psykisk helse, har som hovedmålsetting, å tilrettelegge for at personer med psykiske lidelser skal kunne leve sine liv, mest mulig preget av normalitet, medbestemmelse og deltagelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). For å kunne være med på å ta beslutninger om helsehjelpens innhold, er det nødvendig for helsepersonell å gi informasjon, som setter vedkommende i stand til å gjøre informerte valg. Deltagelse i helsehjelpens innhold, fører til at den enkeltes behov i større grad blir ivaretatt, og en ikke lager tilbud som pasienten ikke vil ha, eller ikke kan dra nytte av (NOU 2005:3).

Veiledende føringer legger opp til at akut- team skal ha et særlig fokus på brukermid- virkning og egenmestring (Sosial- og helse- direktoratet, 2006a). Og at en skal ha mange faggrupper representert når det gjelder de ansatte, slik at en kan tilby et mest mulig individuelt tilpasset tilbud. Så hva når pasien- ten for eksempel ikke ønsker konvensjonell medisinsk hjelp, men heller vil ha informa-

sjon og forslag om alternative og komplementærmedisinske metoder? Skal prinsippet brukermedvirkning og informasjonsrett ikke gjelde for disse pasientene? Skal en ikke ta hensyn til den enkeltes eventuelt positive tidlige resultater, med bruk av alternativ medisin? Og har de av oss som jobber i helsevesenet, som har erfaringer og kunnskaper om alternativ medisin som kanskje kan være til hjelp, ikke en plikt til også å kunne formidle dette?

Faglig forsvarlighet

Spørsmålene aktualiserer spørsmål om kvalitet og faglig forsvarlighet. Vil det være faglig forsvarlig å åpne opp for alternativ medisin innen psykisk helsearbeid? La oss se nærmere på det spørsmålet. Helsepersonelloven § 4 (Sosial- og helsedepartementet, 2001), viser til at helsepersonell skal vise faglig forsvarlighet i utøvelse av yrket, i forhold til deres kunnskaper, arbeidets innhold og situasjonen for øvrig. I lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) heter det at tilbud og utøvelse av helse-tjenestene har plikt til å være forsvarlig.

Faglig forsvarlighet kan forstås som at en holder seg til det som «*innen yrkesgruppen anses for å være god utøvelse av yrket*» (Molven, 2000, s. 1). God utøvelse av yrket vil i sin tur bety at arbeidstaker og virksomhet forholder seg til gjeldende retningslinjer, føringer og instruksjer, samt systematiserte erfaringer og forskning. Fra så vel myndigheter, arbeidsplass og fagmiljøer (Cordt-Hansen & Johansen, 2006). Uforsvarlig virksomhet blir av Cordt-Hansen og Johansen (2006) definert som en utøvelse av yrke som tydelig bryter med hva som kan forventes, med hensyn til forskning og systematiserte erfaringer. Metoder som er evidensbaserte, eller som har

systematisert den erfaringsmessige effekten, står sterkt i forhold til forsvarlighet. Men hvilke fagmiljøer, systematisert erfaring og forskning tas i betraktning?

Poleszynski (2009) spør seg i en kronikk i Aftenposten om hvorfor norske offentlige myndigheter og norske psykiatere, ikke har tatt hensyn til forskning som viser at flere alvorlige psykiske lidelser, kan avhjelpes med vitaminbehandling og diett. En metaanalyse av 29 studier, viser at Johannesurt er virksom i forhold til depresjoner, og har langt færre bivirkninger enn antidepressiva (Linde, Berner & Kriston, 2009). Det er i dag foretatt mange relevante og interessante studier på ulike former for alternativ medisin og psykisk helse. I en rekke land er alternativ medisin en etablert del av helsevesenet. I USA har de fleste universiteter egne programmer for forskning og undervisning på alternativ medisin, og store midler er satt av til forskning (Bruset, 2007).

Således kan en si at det finnes sterke fagmiljøer i inn og utland som for alvor har begynt å systematisere erfaring og forskning. Faglig forsvarlighet vil følgelig kunne sies å stå sterkt, ved utøvelse og integrering av alternativ medisin innen psykisk helsearbeid i Norge.

Hva vil kunne skade

Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i Helsedepartementet, sier at kravet til systematisert erfaring og effekt er høyt, for at alternativmedisin tas inn i varmen i helsetjenestene. Samtidig viser han til at mye av den behandlingen som i dag gis i helsevesenet heller ikke er evidensbasert. Videre spesifiserer han at kravet i første rekke er at det som blir foreslått er forsvarlig, og ikke vil kunne skade eller sette

pasienten i fare (Høie, 2003). Så hva vil kunne skade i forhold til alternativ medisin?

La oss først ta tak i blomsterremediene. Som før nevnt, er de som en homøopatisk impuls å regne. De vil følgelig ikke kunne føre til tradisjonelle bivirkninger, som en finner både ved konvensjonell medisin, og ved en del urtemedisiner. De vil heller ikke kunne interagere med konvensjonell medisin, dersom en ønsker å bruke de som supplement. Når det gjelder å foreslå urtepreparater som for eksempel Valerina natt, Johannesurt, høydoser vitaminer eller omegasyrer- så vil dette kunne gi interaksjoner og noen bivirkninger, avhengig av preparatene. De kjente interaksjoner står for det meste listet i Felleskatalogen. Norges offentlige utredning om Alternativ medisin fra 1998, viser til få bivirkninger av de alternativmedisinske metodene de gjennomgikk. Samtidig viser den til utilstrekkelig datamaterial for å vurdere flere av metodene.

Det er ikke tvil om at det bør forskes mer på alternativ medisin, og effekten av ulike metoder og behandlingsmodeller. Samtidig peker fagmiljøer på at en ikke uten videre kan overføre vante forskningsmodeller til alternativ medisin og integrert behandling (Boon et. al. 2006). Dette begrunnes med at alternativ medisin gjerne ivaretar mange dimensjoner i sin tilnærming til årsaker og behandling av sykdommer. Så som sosiale, kulturelle, personlige, åndelige, ernæringsmessige og sjellege. Forskningsmodellene som er i bruk innen konvensjonell medisin, vil kunne komme til kort i forhold til å få med seg alle nivåene. Egen metodikk som ivaretar kompleksiteten ved de alternativ medisinske systemene, og dermed ivaretar den faglige forsvarligheten, er utarbeidet ved Nasjonalt

forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (Boon et. al. 2006).

Begrepet skade har imidlertid mange fasetter. I en diskusjon om alternativ medisin vil kunne skade, og tas i bruk innen psykisk helsefelt, er det formålstjenlig å kunne ta inn over seg at all konvensjonell medisin ikke er uten skade eller bivirkninger. Dette er en av årsakene til at et økende antall leger i inn og utland åpner opp for å tenke i retning av integrert behandling og integrert medisin (Launsø, 2007). Ut fra min erfaring er det innen akuttpsykiatrien og ved akutteam, ikke uvanlig å få ordinert nevroleptika/antipsykotika, som stabiliserende krisemedisin. Selv om du ikke har en psykose. Vanlige ordinasjonsområder i tillegg til psykoser, er bipolar lidelse, depresjoner, tankekaos og økt sårbarhet i en krise. Et av de tidligere mest ordinerte nevroleptika ved Follo Akutteam, var Zyprexa. I USA har det vært store pasientskade utbetalinger, når det gjelder dette nevroleptikaet, i forhold til omfattende bivirkninger (Nilsen, 2009). Videre er kritikk periodevis oppe i media og blant fagfolk, rundt psykiatriens og legestandens bruk av avhengighetsskapende b-preparater for å bedre søvn eller lindre angst hos pasientene. Når vi vet at vitaminer, mineraler, Johannesurt og annen alternativ medisin kan være til hjelp ved psykiske lidelser, og gi få bivirkninger, taler det etter mitt syn sterkt for å tas i bruk også innen det norske psykiske helsefeltet.

Begrepet til skade og Psykisk helsevernloven

Begrepet til skade eller til fare, kan også diskuteres i lys av Psykisk helsevernloven, og kriteriene for innleggelse. Eksempelvis blir behovet for innleggelse av pasientene FAT hjelper ambulant, vurdert fortløpende av

teammedlemmene, i samråd med vakt og bakvaktleger. Per definisjon er de FAT følger opp, omfattet av psykisk helsevernlovens frivillighetsparagrafer. De har også såkalt samtykkekompetanse. Selv om de gjerne har alvorlige tilstander, er de ikke vurdert som så syke at de er i behov av en innleggelse. Det er ovenfor denne pasientgruppen det innimellom har vært foreslått alternativmedisinske metoder, ikke ovenfor de få som Follo Akutteam er med på å tvangsinnlegge.

Det at de ikke er vurdert som innleggelsestrengende, gjør at psykisk helsevernlovens paragrafer om tvungent psykisk helsevern ikke er vurdert som oppfylt. Det innebærer at det er vurdert at det ikke foreligger nærliggende fare for pasientens liv eller helse, eller at utsiktene til bedring ikke forspilles ved å motta behandlingen hjemme.

De aller fleste som mottar hjelp gjennom psykisk helsearbeid i Norge, er heller ikke under tvangsbehandling. Skulle ikke det da tilsi at det ikke vil være til skade eller fare, å la pasienten selv være med på å bestemme hva slags hjelp vedkommende vil ha?

I henhold til Lov om alternativ behandling av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), heter det i § 7, at behandling av alvorlige sykdommer og lidelser kan foretas av andre enn helsepersonell, dersom behandlingen har til hensikt å lindre eller styrke kroppens evne til selvhelbredelse, og ikke behandle selve sykdommen. Videre at en også kan behandle selve sykdommen dersom det foregår i samarbeid med pasientens lege, og pasienten samtykker til det.

Lovverket åpner med andre ord, slik jeg tolker den, for at også pasienter med alvorlige psy-

kiske lidelser kan motta forslag, informasjon og behandling, med alternativ medisin innen psykisk helsearbeid. Uten at det vil kunne anses å være til skade eller fare for pasienten.

Konklusjon

Mange norske sykehus bruker i dag alternativ medisin, men for det meste er det akupunktur som er i bruk (Salomonsen et. al., 2003). Og da gjerne som smertelindring ved eksempelvis fødeavdelinger. Salomonsen et. al. (2003) peker på at skillet mellom konvensjonell og alternativ medisin synes å viskes mer og mer ut. Også inne på sykehusene og institusjonene.

Enheter for integrert behandling ved norske sykehus, hvor konvensjonell medisin og alternativ medisin kan vandre hånd i hånd, og supplere og understøtte hverandre, har en god tid vært diskutert. For eksempel i forhold til kreftbehandling (Bruset, 2007). Kanskje tiden er inne for å åpne for en slik diskusjon, også i forhold til psykisk helsearbeid? I så måte kan FAT sitt arbeid tjene som et lite eksempel.

Faglig forsvarlighet ved å ta i bruk alternativ medisin innenfor det frivillige psykiske helsearbeidet i Norge, kan som vist forsvares:

1. ved å se til hva slags alternativ medisin som tas i bruk innen relevante fagmiljøer i verdenssammenheng.
2. ved å se til forskning og systematisert erfaring som foreligger om metodene.
3. ved å se til gjeldende lovverk og føringer på området psykisk helsearbeid. Så som brukermidvirkning, ikke til skade prinsippet, og begrepet faglig forsvarlighet. Herunder også lovverk og føringer som regulerer alternativ medisin.

Ikke all alternativ medisin vil etter mitt syn være faglig forsvarlig som supplement innen psykisk helsearbeid. Hva slags kriterier som skal legges til grunn for hvilke metoder som eventuelt kan betraktes som forsvarlige, er en diskusjon i seg selv. Men et par av punktene ovenfor, kan tenkes å fungere som et utgangspunkt.

Jeg er stolt av å ha vært en del av at Follo Akutteam har kunnet foreslå alternativ medisin. Forhåpentlig, kan denne artikkelen tjene som en døråpner for å diskutere temaet videre. Og til at andre akutteam eller psykiske helsetjenester tør å prøve ut alternativ medisin, gjerne i form av forskningsprosjekter.

Litteratur

- Bach, E. (2003). *Helbred deg selv*. Langeland: Forlaget Langeland.
- Berntsen, H. (2008). *WHO vil styrke alternativ behandling*. http://www2.uit.no/www/ansatte/organisasjon/nyheter/artikkel?p_document_id=90272&p_dimension_id=64927. [Lest 9.februar 2009]
- Boon, H. et al. (2006). Evaluating complex healthcare systems: A critique of four approaches [Internett]. *Oxford Journals*, 4(3), 279–285.
- Bruset, S. (2007). *Grønne paviljonger på sykehus*. (Nafkam skriftserie nr. 4). Tromsø: Nasjonalt forsknings-senter innen komplementær og alternativ medisin.
- Cordt-Hansen, K., & Johansen, J. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. [Internett]. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(7), 714–718.
- Flower Essence Society (2004). Calix: International Journal of Flower Essence Therapy. http://www.flower-society.org/practitioner_interviews.htm#clinical. [Lest 1. februar 2009].
- Fønnebø, V., & Grimsgaard, S. (2004). Alternativ behandling – hvordan vil fremtiden se ut? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124(5), 673.
- Fønnebø, V. et al. (2007). Researching complementary and alternative treatments-the gatekeepers are not at home. [Internett]. *BMC Medical Research Methodology*, 7(7), 1–6.
- Howard, J. (2004). *The 38 flower remedies*. London: Wigmore Publications Ltd.
- Halberstein, R., DeSantis, L., Sirkin, A., Padron-Fajardo, V., & Ojeda-Vaz, M. (2007). Healing with Bach flower essences: Testing a complementary therapy [Internett]. *Complementary Health Practice Review*, 12, 3–14.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Lov om alternativ behandling av sykdom mv.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hultberg, K., & Karlsson, B. (2007). Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(7), 900–905.
- Høie, I. (2003). Alternativ behandling inn i varmen via forskning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 123(5), 673.
- Launsø, L. (2007). *Integrert behandling – Hva innebærer det?* http://www.nifab.no/aktuelt/artikler/integrert_behandling. [Lest 18.september 2009]
- Linde, K., & Berner, M., & Kriston, L. (2008). *St. John's wort for major depression*. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000448/frame.html>. [Lest 17. September 2009].
- Molven, O. (2000). Kravet om faglig forsvarlighet, *Tidsskriftet Sykepleien*, 88(14), 48–49.
- Myskja, A. (2000). *Blomstermedisin til vekst og helbredelse*. Oslo: Noras Ark as.
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). http://www.nifab.no/omalternativ_behandling/alternativ_behandling_i_norge/sammendrag. [Lest 2.september 2009].
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). http://www.nifab.no/omalternativ_behandling/alternativ_behandling_i_norge/bruk_i_helsetjenesten. [Lest 18. september 2009].
- Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (2009). fra http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling/definisjoner. [Lest 18. september 2009].
- Nelson GmbH. <http://www.bachblomsterremedier.dk/index.php?id=265>. [Lest 28. mai 2009]
- Nilsen, L. (2009, 13. februar). *Må ut med 1,4 milliarder dollar*. [Internett]. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/02/12/legemiddelselskap-betaler-/>. [Lest 26. april 2009]
- NOU 1998:21. *Alternativ medisin*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ot.prp. nr 27 (2002-2003). *Om lov om alternativ behandling av sykdom*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Poleszynski, D. (2009, 18. februar). *Uvitende psykiatere*. [Internett]. <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article2932763.ece>. [Lest 19. september 2009].
- Risberg, T. (2003). Komplementære og alternative terapier ved kreft. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 123(5), 664–666.

- Salomonsen, L., Grimsgaard, S., & Fønnebø, V. (2003). Bruk av alternativ medisinsk behandling ved norske sykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 123(5), 631–633.
- Schem, B. (2004). Skal alternativ behandling inn i sykehusene. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124(5), 672.
- Scheffer, M. (1994). *Bachs blomsterterapi. Teori og praksis*. København: Strubes Forlag.
- Schjelderup, V. (1989). *Nytt lys på medisinen*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktspsykiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. (IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Du har kommet til rett sted*. (IS-1358). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- The Bach flower research programme*. <http://edwardbach.org/research/documentsHome.asp>. [Lest 1. februar 2009].
- The Dr. Edward Bach Centre*. <http://www.bachcentre.com/centre/faq.htm>. [Lest 1. februar 2009].

Summary

Isabelle Schjelderup

Is Alternative Medicine a Possible Supplement in Mental Health Care?

Alternative and complementary medicine have for a couple of years been offered to some patients of the Follo Crisis Resolution Team. The article describes in more detail the suggestions that have been made with particular focus on Dr. Bach's flower remedies. Can the use of such methods be looked upon as responsible professional conduct in mental health care? This is discussed with particular regard to patient groups who are in a mental crisis, many with severe mental conditions. The question is highlighted with regard to legal principles such as user-participation and self-determination.