

Erfaringer fra Arbeid med l kemedelsnedtrapping

Staffan Utas

45  r i patientr relsen, sedan 25 arbetat intensivt med stöd vid problem med psykofarmaka.

1975 startade foreningen RFHL Stockholm denna verksamhet som fortsatte i KILEN-institutet 1992-09(?)

Runt landet fick vi bevilningar, men små, för att vi kan nå dem som inte stolte på helse-tjenesten.

Patientorganisationer: *Ta chansen ni har nu att start verksamheter h r som arbetar med detta.*

▣ **Dubbelt patientstyrd verksamhet**

Patientorganisationer styr verksamheterna och är fri att anpassa dem efter behoven
Patienten styr nedtrappingen och hela processen

att pröva sig fram, ta paus, rygge, byta problemfokus ...allt. Patienten har redan avgörande erfaringer og kunskaper och skaffar sig nya genom hela processen, sökande sin väg ut ur avhengigheten.

▣ **Arbeta med patienten aldrig emot** (MI). Försök inte övertala patienten att avsluta en medicinering. Det är vanligt i facebookgrupper. Den svartvita synen idag på psykofarmaka  r skadlig. Det finns på tok för mycket fasta föreställningar på heledetta område. **Mer ydmykhet!**

Bekreft olikheterna och Utgå ifrån att

▣ **Alla reagerar olika på läkemedel.**

(Patienter m ts gång på gång av helsetjenestens f rnektelser av deres reaktioner. Psykiatrin anvender stora resusre på strid med sina patienter.)

▣ **Ge tid att lyssna.** Stanna länge vid problemet för att finna de många möjliga sammanhang. L sningen kan då visa sig. (Hindra l karreflexen till raske tiltak.)

▣ **Utveckla patientens Trygghet og Tillit** till andra (efter många svek) och till sig själv!

▣ **Utveckla Hoppet.** Iblant f r st djaren b ra det åt patienten som inte orkar längre.

▣ All denna **Maktlöshet** i v rpsykiatri skadar, när patienten redan b r med sig följder av sin maktlöshet. Det ger  tertraumatisering, när det  r **Frigörelse** man behöver. Visa istället ekstrem lyhördhet. Lämna plats för Egenmakt og følelser.

▣ **HELHETSSYN.**

Det g r inte att bestämma att man först skall ta bort medicinen og sedan ta bakomliggende problem. De presser sig ofta på vid nedtrapping og måste tas om

hand då. (Det kan då vara en fördel att ha medicinen kvar, som hjälp att lugna farten.) Stödjaren behöver ha båda kompetenserna eller ett mycket nära teamarbete. Abstinens liksom läkning *är* kroppsligt!! men ofta väldigt påverkbart av psykologiska, existentiella och sociala faktorer. Tänk "goda socialpsykologiska läkningsbetingelser". Detta är psykosomatik. Jag köper inte reaktionen "Jaha är det abstinens, då är det bara att vänta".

- Försök ta hand om dina behov på allra bästa sätt, Relationer/Kärlek och fysisk hälsa, vila.....

Ge gärne även **stöd i personens nätverk**, som är så viktiga för läkningen, även for bakomliggande problematik. Uppmuntra utökade **nätverk**, Ge **stöd även i vårdkontakter**.

Ta hjälp av olika resurser i samhället där du ær, men var **forsiktig med att hänvisa** människor vidare när de fått ett förtroende för dig. Det tas lätt som ett nytt avvisande.

⊕ Vad gäller **Tillgänglighet, Kontinuitet, Låg terskel och möjlighet att senare återkomma för förnyat stöd** så har vi varit mycket bedrere än psykiatrin.

I Uppsala hade vi en **bemannig** med "professionell kamratstödjure" kombinerat med frivillige som fick handledning för specifika uppgifter, men inte i hjälptelefonen.

VARNING för de raske insomningstabletterna. Svårt att förstå att man får kraftig abstinens om dagen och extra svåra att trappa ut. Kräver ofta dagmedicinering.

"If you are out there to heal the sick, remember you must first forgive them." Bob Dylan