

W. Keim: Spørsmål til alle:

Gjør antipsykotika mer skade enn nytte?

Ja/Nei

Burde alle pasienter få selv bestemme om å få medisinfri behandling?

Ja/Nei

PS: Alle får kort kommentere spørsmålet

Debatt medisinfri behandling

Er medisinfrie behandlingssenheter (ca. 50 av 4000):

- Faglig forsvarlig?
- Mangler evidens?
- Kunnskapsløst tiltak?
- Eksperimentell?
- Uetisk?
- Tilbakeskritt?
- Sjansespill?
- **Gigantisk feilgrep? (Tor K. Larsen)**

8.1 Behandlingsformer som har dokumentert effekt

Generelle anbefalinger:

1b	Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi.	A
----	---	---

1a	Pasienter med en diagnostisert psykoselidelse bør tilbys å prøve ut et adekvat gjennomført behandlingsforsøk med et antipsykotisk legemiddel.	A
----	---	---

8.5.1 Kognitiv atferdsterapi

1a	Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesymptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15–20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.	A
----	--	---

Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Recovery: Mål med behandlingen

Hva betyr det å bli frisk?

Recovery: grasrot pasientbevegelse 80-årene:
pasientens veivalg og mål (empowerment)

Psykiatri tar begrepet i bruk: Rehabilitering, klinisk recovery

Statlig politikk. Opptrappingsplan, USA, Canada, Australia, New Zealand: Tilbakeføring til jobb, familie og sosial liv

Det finnes ingen evidens for at antipsykotika fremmer «psychosocial functioning, vocational functioning, and quality of life» (Buchanan et al 2010 nPORT [Treatment Recommendations](#))

Opptappingsplanens mål og verdigrunnlag

Et varmere og mer menneskelig samfunn bygger på mennesker som viser medmenneskelighet, har omsorg for de svakeste, tar ansvar for hverandre, for miljøet og for kommende generasjoner. Dette er ... det politiske grunnlaget Regjeringen framhever at mennesket skal stå i sentrum ...

Utgangspunktet er at mennesker kan og vil være **aktive deltakere i samfunnet, som borgere**, ikke bare som kunder og klienter. Regjeringen ønsker en samfunnsutvikling med større vekt på de kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering bygd på mindre enheter som familie og nærmiljø, og en mer rettferdig fordeling.

Nasjonal retningslinje

Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

3 Generelle prinsipper for god praksis

Verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1) er basert på et varmere og mer menneskelig samfunn, der medmenneskelighet og omsorg for de svakeste er en viktig faktor. Tjenestetilbudene skal utvikles slik at de fremmer **uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv.** Disse målene er grunnlaget for god praksis i tjenesten.

Polemikken er historieforfalskning

«Antipsykotiske ... førte til en revolusjon i behandlingen» Røssberg, Andreassen, Ilnert

«For 60 år siden ...var behandlingen i beste fall virkningsløs» Røssberg, Andreassen

«Tilfriskningsraten er dramatisk bedret etter at vi fikk antipsykotiske medisiner». Wenche Hegelstad

Historieforfalskning:

- Ingen forbedring reinnleggelse (Ødegard 1964)
- Recovery gikk ned fra 17,6 til 6 % (Bjørnestad 2017)
- Selvmordene tidoblet fra 1950-80 tallet (Retterstøl)

Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors.

Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, Samara M et al.

Am J Psychiatry. 2017 Oct 1;174(10):927-942

167 RCT N=28,102

Mostly registration studies: positive selection

acute treatment: response rates (PANSS-reduction)

neuroleptics = 23% vs. placebo = 14%

→ difference 9%

→ **NNT = 11**

To reach a PANSS total score reduction of 50%

11 pat. must be treated.

Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia.

Leucht S , Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM.

Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;(5):CD008016.

65 RCT N=6493

Mostly registration studies: positive selection

maintanance: 7 to 12 months. response (PANSS-reduction)

primary outcome: drug 27%, placebo 64%

(relaps prevention: drug 73% vs. placebo 36% difference 37%)

→ NNTB = 3

Employed: placebo 50,4% drug 48,4%

(N)othing is known about the very long term effects of antipsychotic drugs compared to placebo.

Future studies should focus on outcomes of social participation and clarify the long-term morbidity and mortality associated with these drugs.

Innhold

«Antipsykotisk» medisin: Nye forskningsresultater

- Oppringelse
- Symptomlindring FEP akutt
- Vedlikehold
- langtidsmedisinering

Alternativer

Open dialogue

Konklusjon

Whitakers og Gøtzsches konklusjoner

Hva gjør aktørene og hvorfor gjør de det?

Paradigmeskifte i psykiatrien?

Hvilken positiv effekt (evidens) bygger behandlingen på?

Bidrar behandlingen til at pasientene blir frisk (recovery)?

Er psykiatrisk praksis vitenskapelig basert?

Hva kan gjøres?

60 år psykofarmaka

Psykofarmaka ble ansett som **revolusjon** for psykosebehandling på linje med penicillin, insulin

For «det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette, funksjonsbedring og høyere selvrapportert livskvalitet»

13. 3.2017 Tidsskr Nor Legeforen 2017

Alle får tilbud. **Svedberg et al. 2001** rapporterer 93%, **Waterreus et al., 2012** sier 90% i Australia

Bruk av psykofarmaka stiger (**epidemi**), men det blir stadig flere uføre: Er dette **paradigme mislykket**?

Følgene av nåværende praksis

Nevroleptika revolusjon i 50 årene i behandlingen

«Hos det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette, funksjonsbedring og høyere selvrapportert livskvalitet»
([Legetidsskrift, 12.05.17](#))

I alle vedtak om tvangsmedisinering blir «stor sannsynlighet» for positiv effekt påstått

Er schizofreni en uhelbredelig sykdom som krever medisinerings livet ut?

Mennesker med schizofreni [ca. 20 år kortere](#) enn andre og bare ca. en femtedel blir frisk (recovery)

Erfaringer med psykososial behandling

Det er gode erfaringer fra behandlingssteder hvor psykososial behandling vektlegges og antipsykotika brukes i liten grad, blant annet i

- USA (Calton, Ferriter, Huband, & Spandler, 2007),
- Tyskland ([Lincoln and Jung et al. 2016](#))
- Finland Open dialogue (Bergström et al., 2018),
- Danmark (Wils et al., 2017),
- Sverige (Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattsson, & Wieselgren, 2002) og
- Norge Basal eksponeringsterapi (Hammer, Heggdal, Lillelien, Lilleby, & Fosse, 2018).

FN spesialrapportør på rett til helse: Dr. Dainius Pūras: «Revolusjon» i psykiske helsefeltet nødvendig

Radikale endringer i behandlinga i psykisk helsefeltet

- biomedisinsk tenking og
- overdriven bruk av psykofarmaka

Dei tre største hindera for reform er:

- den dominerande biomedisinske tilnærminga,
- maktubalansar; legen bestemmer einsidig kva behandling som er best for mennesket som søker hjelp
- feil og manglar, både i kunnskapsgrunnlag og forking, med tette band til legemiddelindustrien.

UN OHCHR strategies to promote human rights in mental health (2017)

States should abandon the biomedical approach to mental health and embrace a collective process that gives persons ... and users of mental health services a leading role in developing the services.

States should safeguard users of mental health services, ensuring that all services are based on the free and informed consent, and repeal any policies or laws that allow the use of restraints or other forced measures.

States should implement people-centred and human rights-based support and services which are community-based, participatory and contextually- and culturally respectful.

WHO: Mental health crisis services

Services ...operate within outdated legal and regulatory frameworks and an entrenched overreliance on the biomedical model in which the predominant focus of

care is on diagnosis, medication and symptom reduction while the full range of social determinants that impact people's mental health are overlooked, all of which hinder ... full realization of a human rights-based approach.

Mental health conditions and psychosocial disabilities worldwide are subject to violations of their human rights

WHO 2021: Mental Health Services: "Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches."

Dr. Dainius Pūras called for a revolution in mental health, this WHO document calls for wholesale change

“rethinking” mental health services:

- need to adopt a human rights approach as a governing principle,
- adopt person-centered conceptions of recovery, and
- embrace services that provide environmental and psychosocial supports for people

Model programs: Open dialogue, basal exposure therapy (BET), Heidenheim Hospital in Germany; Soteria Berne

WHO 2021: Mental Health Services: “ Guidance on community mental health services.”

Many people with mental health conditions and psychosocial disabilities face poor quality care and violations of their human rights, which demands profound changes in mental health systems and service delivery

In many parts of the world examples exist of good practice, community-based mental health services that are person-centred, recovery-oriented and adhere to human rights standards.

In many cases these good practice, community-based mental health services show lower costs of service provision than comparable mainstream services.

Model programs: Open dialogue, basal exposure therapy (BET), Heidenheim Hospital in Germany; Soteria Berne

Eksponeringsterapi

”gjenopprette evnen til funksjonell selvregulering”

Helse Bergen har utviklet et konsentrert format for behandling av **tvangslidelser** (OCD)

- Behandlingen i løpet av fire dager
- 90 % kan vente relevant og signifikant bedring

Basal Eksponeringsterapi (**BET**)

- Helbreder «behandlingsresistente» pasienter
- Global Assessment of Functioning (GAF) NNT 1,8
- Komplementær ytre regulering (**KYR**) fjerner tvang

Basal eksponeringsterapi motbeviser 3 myter

- Pasienter er «behandlingsresistent»:
medisinering trappes ned for å få kognitiv basal eksponering til å virke
- Tvang er nødvendig blir motbevist:
Komplementær ytre regulering (**KYR**) fjerner nesten all tvang
- Personalbehovet reduseres til halvparten.
Behandlere slipper å krangle med pasientene om tvang. Mer trivsel på jobb, sykemeldinger reduseres

Medikalisering av psykososiale problemer. Kolstad, Kogstad

De skadelige langtidsvirkningene

Foreldet forståelse

Alternativer til medisin

Open dialogue: Uten sjokkbehandlinger og kjemisk påvirkning

Bryter med menneskerettighetene

Håper praksis endres

Reelt informert samtykke: alle som velger en medisinsk løsning kan gjøre det ut fra et reelt informert samtykke

Selv mord

fra 50-tallet til 80-tallet tidobling av selvmord i psykiatriske sykehus i Norge ([Retterstøl 1988](#))

økte fra 50 til 400 per 100 000 i veteran (V.A.) sykehus i USA ([Farberow 1975](#))

"Standardiserte dødstall (SMR) for 1970, 1980 og 1990 var henholdsvis 1,8; 3,0 og 3,2" (John [McGrath et al. 2008](#)). Redusert levetid ca. 20 år.

eliminering av selvmord i schizofreni ville gjenopprette levetiden til normal." ([David Healy et al. 2012](#))

"Antipsykotika bør brukes mer selektivt, for kortere varighet og med lavest mulig effektiv dose." ([Weinmann et al., 2010](#))

Psykiatriciens syn på medisinerings

Medisinerings med antipsykotika støtter seg på evidens at korttidsstudier viser symptomdemping

Er psykotiske symptomer etter seponering tilbakefall av sykdommen eller abstinens?

Her antar **psykoseveileder** at det er tilbakefall og ignorerer abstinensproblematikken

Medisin så god at studier med umedisinerte ble ansett uetisk: John R Bola. 2005

(**Medication-Free Research** in Early Episode Schizophrenia: Evidence of Long-Term Harm?)

Hvor mange blir medisinert?

96% av tvangsinnlagte medisineres
([Bjerkan og Bjørngaard 2011](#))

93% av alle akutt pasienter schizofreni diagnose i
perioden 2014 til 2015 i Haukeland sykehus
([Strømme et al. 2022](#))

97,3% på et eller annet tidspunkt med diagnose
psykose i Finland ([Bergstrøm et al. 2018](#))

98%-100% diagnose schizofreni i [England 2008](#)

99,5% døgntilbud i Norge ([WSO 2021](#))

Uforsvarlig medisinerings av non-responders

96% av tvangsinnlagte medisineres
([Bjerkan og Bjørngaard 2011](#))

93% akutt pasienter schizofreni diagnose i perioden
2014 til 2015 i Bergen ([Strømme et al. 2022](#))

97,3% på et eller annet tidspunkt med diagnose
psykose i Finland ([Bergstrøm et al. 2018](#))

80% er non-responders ([Leucht et al. 2009](#))

Medisinerings av mer enn 70% non-responders er
både ufornuftig og faglig uforsvarlig

Kritikk av medisineringspraksis

Rosenhahn eksperimentet viser at diagnoser ikke er valid og reliabel, DSM «vedtar» nye diagnoser

Det er feil at psykoseveileder antar tilbakefall og forskningen ignorerer abstinesproblematikken

John R Bola. 2005 (Medication-Free Research in Early Episode Schizophrenia) fant mer enn 4 studier som viste positive effekter etter medisinfri. Forbud mot forskning på medisinfri er feil.

The Council for Evidence-based Psychiatry ser på «recovery» og inkluderer langtidsstudier

Robert Whitaker: *Anatomy of an Epidemic*: økende bruk forårsaker økt uføretrygd

«Ti bud for behandling med psykofarmaka»

Du er på legevakten fordi du har vondt i halsen. Etter å ha blitt undersøkt får du resept på et antibiotikum. En uke senere er du fortsatt like dårlig. Fastlegen din mener et nytt legemiddel vil fungere bedre og skriver ut dette i tillegg, siden det ikke kan utelukkes at du kunne vært enda verre uten det første legemidlet. Etter to uker med behandling er du heldigvis nesten frisk. Legen din vil likevel at du skal fortsette med begge legemidlene i halv dose en stund til for å forebygge tilbakefall. I tillegg skriver han ut medisin mot virus, siden det ikke er helt sikkert at det var bakterier som gjorde deg syk.

Dette er ikke en sann historie. Leger i Norge skal ikke behandle infeksjoner på denne måten. Men dersom vi endrer litt på historien og bytter halsinfeksjon og antibiotika med psykisk lidelse og psykofarmaka, er den dessverre ikke like usannsynlig.

Oversikt symptomreduksjon nevroleptika: kilder, årstall og effekter

Symptomer måles i Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). NNT er number to treat, dvs. hvor mange pasienter som må behandles for å hjelpe en.

kilde	symptomreduksjon	effektstørrelse % fra – til	effektstørrelse NNT fra – til
<u>Paulsrud</u> utvalg 2011		10-20%	NNT=5 – NNT=10
<u>Leucht</u> et al. 2009	«minimal respons» 20%	17%	NNT=6
<u>Leucht</u> et al. 2017	«god respons» 50%	9%	NNT=11
<u>Leucht</u> et al. 2017	«minimal respons» 20%	21%	NNT=5
Retningslinjene 2013 (studiene fra 90-tallet)		30-42,5%	NNT=2,2 – NNT=3,3
<u>Haram</u> et al. 2018, Psycho- therapy, dialog therapy	<u>Global Assessment of Functioning (GAF-S)</u>		NNT=1.15 (GAF-S)

Effektene kommer fra studier med «pseudo-placebo» dvs. seponering ikke antipsykotikanaive pasienter. (1)

Oversikt symptomreduksjon medisinfri : kilder, årstall og effekter

Symptomer måles i Positive and Negative Syndrome Scale ([PANSS](#)). [NNT](#) er number to treat, dvs. hvor mange pasienter som må behandles for å hjelpe en

Leucht et al. 2017, nevroleptika	«god respons» 50%	9%	NNT=11
Irene Bighelli et al., 2018 , kognitiv terapi	«minimal respons» 20%	44,5%	
Irene Bighelli et al., 2018 , kognitiv terapi	«god respons» 50%	13,2%	
Morrison et al. 2012 , kognitiv terapi	«god respons» 50%	50%	NNT=2
Paul M. Grant et al 2017 , CT-R kognitiv terapi	CT-R Compared to TAU		Negativ: NNT= 4,4 Positiv: NNT=2
Haram et al. 2018 , Psycho-therapy, dialog therapy	Global Assessment of Functioning (GAF-S)		NNT=1.15 (GAF-S)

Medisinfri: symptomer, fungering

kilder, årstall og effekter, NNT= Number Needed to Treat

kilde	symptom-reduksjon	effektstørrelse %	effektstørrelse NNT
Leucht et al. 2017, AP	50%	9%	NNT=11
Morrison et al. 2012, kognitiv terapi	50%	50%	NNT=2
Irene Bighelli et al., 2018 kognitiv terapi	20%	44,5%	
Grant et al 2017, CT-R kognitiv terapi	20% CT-R/TAU		Negativ: NNT=4,4 Positiv: NNT=2
Haram et al. 2018, dialog therapy	GAF-S 2,38	Global Assessment of Functioning	NNT<1,5
Heggdal et al. 2016; BET	GAF-S 1,56	Global Assessment of Functioning	NNT=1,8

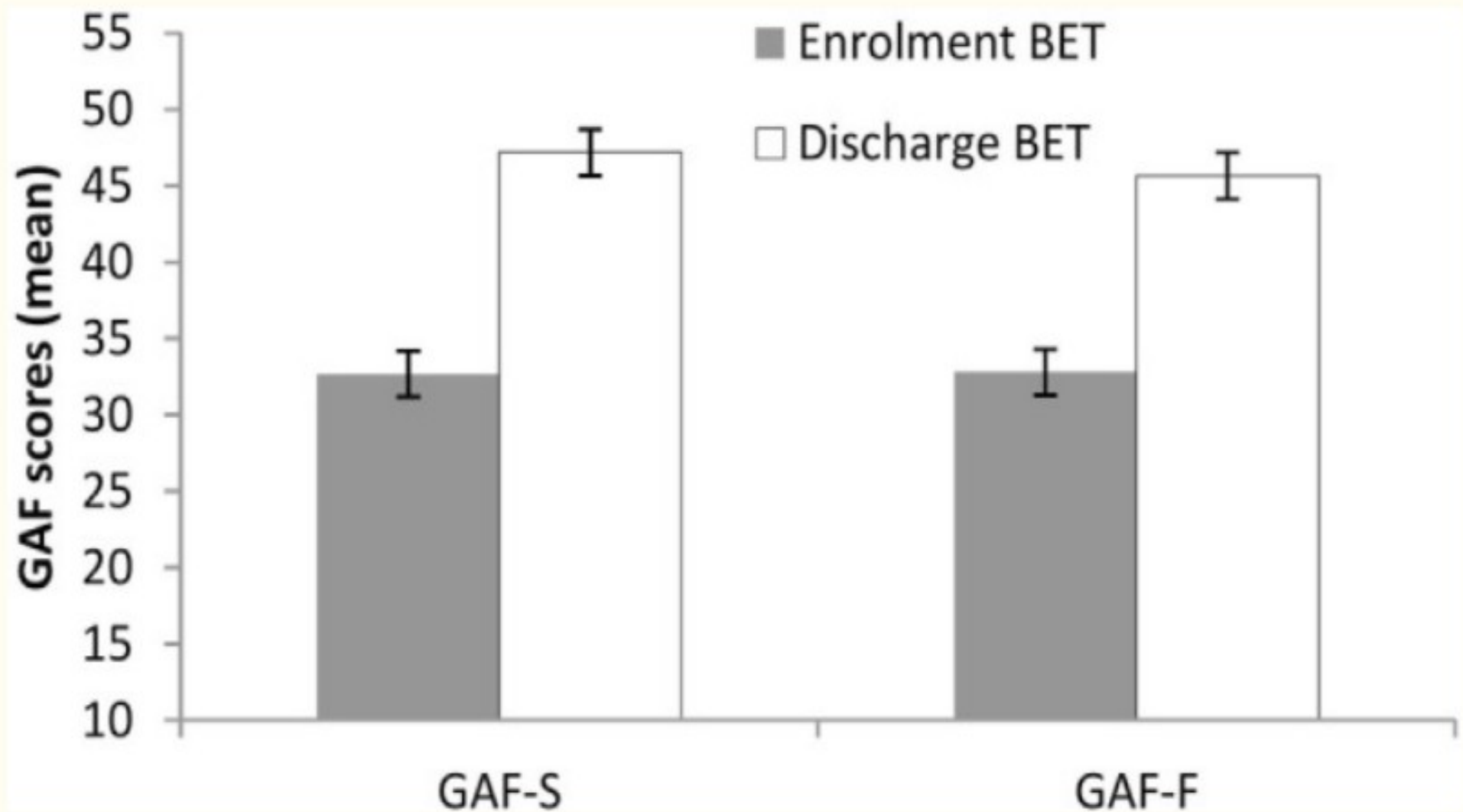
Antipsychotic-naïve studies:

source, year, effects, NNT= Number Needed to Treat

source	symptom-reduction	effect %	effect NNT
	placebo vs. TAU	readmission	NNT=2,9
Bola 2005	A categorical prohibition against medication-free research should be reconsidered.		
Morrison et al. 2012 CBT	50%	50%	NNT=2
Patrick McGorry et al. 2018	It is feasible and acceptable to conduct AP-free research		
Francey et al. 2020	psychosocial treatment alone was not inferior to psychosocial treatment plus antipsychotics		
Morrison et al. 2020	psychological intervention, antipsychotics, and their combination is safe in young people with first-episode psychosis		

Treatment without Antipsychotic Medications

McGorry et al. 2018: CAN SOME YOUNG PEOPLE RECOVER FROM FIRST-EPIISODE PSYCHOSIS WITH INTEGRATED PSYCHOSOCIAL TREATMENT WITHOUT ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS? AN RCT TO ASSESS RISKS, BENEFITS, AND RANGE OF OUTCOMES. «The results of this study demonstrate that it is feasible and acceptable to conduct AP-free research in carefully selected FEP to examine the risk-benefit ratio of current treatments under carefully controlled conditions that prioritise patient outcomes and safety.»



NNT 1.8

Figure 1

Changes in Global Assessment of Functioning from enrollment to discharge. Lines are SEs.

Kognitiv atferdsterapi i retningslinjene for behandling av psykoser

Retningslinjene 8.5.1 Kognitiv atferdsterapi:

Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesymptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15–20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.

Vurderingen av kunnskapsgrunnlag er på høyeste nivå: **Grad A. Nivå 1a**: «bygger på systematiske oversikter» Vitenskapelig belegg dokumenteres

Evaluering medisinfri behandling

Rapporten «Legemiddelfri behandling - mitt liv, mitt valg!» fra 2020. beskriver recovery satt som mål i Opptrappingsplanen og retningslinjene:

«(L)egemiddelfrie tilbudene har møtt pasienter på et behov som oppleves som viktig, og som bidrar til større mestring, opplevelse av deltagelse i eget liv og empowerment. For de som har vært inkludert i tilbudene og selv har valgt tilbudene, har disse langt på vei svart til forventningene om å kunne velge bistand som støtter en hovedstrategi uten bruk av legemidler...»

FHIs prosjekter medisinfri

«Effekt av fysisk aktivitet uten bruk av antipsykotika sammenlignet med fysisk aktivitet og antipsykotika for pasienter med aktiv psykose»

«Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt»

Legger man psykiatriens fortelling om antipsykotikas fortreffelighet og symptomlette «for det store flertall» til grunne må det bli slik at medisinfri er overflødig

Resultatet at ingen studie ble funnet betyr at antipsykotikas nytte er ikke dokumentert med prosjektene

FHIs feilslutning er polemikk mot medisinfri

Prosjekt: «Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt»

Legger man psykiatriens fortelling om antipsykotikas fortreffelighet og symptomlette «for det store flertall» til grunne må det bli slik at medisinfri er overflødig

Resultatet at ingen studie ble funnet betyr at antipsykotikas nytte er ikke dokumentert med prosjektet

Slutningen: «Effektene av antipsykotikafri behandling for personer med aktiv psykose er derfor usikker.» er feil fordi studier med direkt effekt av psykososial behandling ble eksplisitt ekskludert

Alternative: Psychosocial Therapy

Francey et al. 2020: Psychosocial Intervention with or without Antipsychotic Medication for First Episode Psychosis: A RCT. «The primary outcome was level of functioning ... psychosocial treatment alone was not inferior to psychosocial treatment plus antipsychotic medication»

Morrison et al. 2020: Antipsychotic medication versus psychological intervention versus a combination of both: «This trial ... shows that ... psychological intervention, antipsychotics, and their combination is safe in young people with first-episode psychosis.»

Psychosocial Intervention

Francey et al. 2020: Psychosocial Intervention with or without Antipsychotic Medication for First Episode Psychosis: A Randomized Noninferiority Clinical Trial.

«The selected sample recruited to this study, psychosocial treatment alone was not inferior to psychosocial treatment plus antipsychotic medication» with regard to level of functioning.

Possible explanation: «placebo» group in RCTs are really discontinuation studies due to «wash-out» time i.e. cold turkey effect. Bola et al. 2011: «not possible to arrive at definite conclusions»

Pasienters reaksjon

I **CATIE** studien sluttet 72 % pga. bivirkninger og manglende positiv virkning

Kunnskapssenteret **Rapport 8–2009**: opp til 93% frafall

«Pasientene og personalet har ulikt syn på om medisiner er nødvendig. Som regel mener personalet at en pasient må bruke nevroleptika, mens pasienten selv ikke ønsker det.» (**Erfaringskompetanse.no 2012:3**.

Tvang i psykisk helsevern. Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger).

«Brukerne påpeker at de trenger omsorg og aktiviteter fremfor medisiner.» («BRUKER SPØR BRUKER»

Delrapport I til sluttrapport for Prosjekt Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring)

Behandlernes reaksjon

Effekt av antipsykotika ved schizofreni hos voksne.

[FHI Rapport 8–2009](#) side 76:

- Størrelsen på frafall er rapportert opptil 93 % i de inkluderte studiene. Det er et problem at pasienter som trenger et legemiddel slutter å ta dette.
- De høye frafall som rapporteres for pasienter på antipsykotikabehandling illustrerer at dette er en vanskelig pasientgruppe å behandle. På grunn av sykdommen er mange ofte mistenksomme og skeptiske til behandlingen.

Problemet er skeptiske mistenksomme pasienter ikke lav effekt (9%) og mange bivirkninger (94%)

Bruk av nevroleptika

9% har god akutt symptomlette (Leucht et al. 2017)
alle får tilbud, nesten alle blir medisinert

94% opplever bivirkninger

«opp til 93%» slutter med å ta nevroleptika

Uopplyste behandlere som ikke tar hensyn til
bivirkningene feiltolker det som at «dette er en
vanskelig pasientgruppe å behandle ... på grunn av
sykdommen er mange ofte mistenksomme og
skeptiske til behandlingen.»

Mer enn halvparten av pasientene ønsker medisinfri

Tvangsmedisinering støtter opp om overmedisinering

Forskning medisinfrie enheter

Kompetansesenter for Brukererfaring og
Tjenesteutvikling (KBT) 2018: Evaluering av
medikamentfrie behandlingsforløp

KBT 2020 Evaluering «Legemiddelfri behandling –
mitt liv, mitt valg!»

Medikamentfrie behandlingsforløp for psykoser.
Erfaringer fra Pilotprosjekt i Helse Bergen 2019

Ødegaard et al. 2020: "It means so much for me to
have a choice"

Anne Blindheim: Sluttrapport for brukerundersøkelse

Service users' causal beliefs

- All 15 samples of patients with psychosis, from 8 countries, when asked about the causes of their own symptoms, prioritised social causes. e.g.
- **GERMANY** (Holzinger *et al.* 2002)
recent psychosocial factors – 88%,
family - 64%,
biology - 31%
- **ENGLAND** (McCabe and Priebe 2004)
social causes - 43%
'mental illness' - 5%
- **ITALY** (Magliano *et al.* 2009).
76% at least one social cause
10 % at least one biological cause

Psychiatrists' causal beliefs

- 2813 UK psychiatrists (Kingdon et al, 2004)

'primarily social' 0.4%

'primarily biological' 46.1%

'a balance of both' 53.5%

For every British psychiatrist who agrees with the public there are 115 who think it is caused primarily by biological factors

‘Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio- Psycho-Social Model’

J Read, et al., 2008, *Clinical Schizophrenia*

- **Ten out of eleven recent general population studies** have found, even after controlling for other factors (including family history of psychosis), **that child maltreatment is significantly related to psychosis.**
- **Eight of these studies tested for, and found, a dose-response.**
- This paper **advocates a return to the original stress-vulnerability model** proposed by Zubin and Spring in 1977, in which heightened vulnerability to stress is **not necessarily genetically inherited**

Shevlin et al. 2007

Schizophrenia Bulletin

UK, n = 8580

People who had experienced three types of trauma (sexual abuse, physical abuse etc.) were 18 times more likely to be psychotic than non-abused people

People who had experienced five types of trauma were **193 times** more likely to be psychotic

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL MENTAL DISORDERS DSM American Psychiatric Association 1952

PSYCHOTIC DISORDERS

000-796 Involutional psychotic reaction

000-x10 Affective reactions

- 00-x11 Manic depressive reaction, manic type
- 000-x12 Manic depressive reaction, depressive type

00-x20 Schizophrenic reactions

- 00~x21 Schizophrenic reaction, simple type
- 000-x22 Schizophrenic reaction, hebephrenic type
- 000-x24 Schizophrenic reaction, paranoid type

Causes of Psychosis

DSM 1 in 1952: Psychosis and schizophrenia are reactions

Biological understanding in the 70s and into the 90s.

Johannessen et al. 2021: Modern understanding of psychosis: from brain disease to stress disorder:

During the last decade we have gained new insight in these disorders, and most textbooks are outdated

The breakthrough in epigenetics, the understanding that gene expression is also influenced by the environment, by human experiences, has been crucial for modern understanding of causation

"we must realize that today's drugs for the most serious mental disorders are not as effective as one might hope"

Fra symptombehandling til recovery

Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users ([Bjørnstad et al. 2017](#))

- (b)etween 8,1 and 20% of service FEP users achieve clinical recovery
- «Due to the lacking long-term evidence base (Sohler et al., 2016)...»
- 7 pasienter brukte aldri medisiner. 14 av 20 brukte ikke medisiner på tidspunkt av intervjuet.

Psychotherapy in Psychosis ([Bjørnstad et al. 2018](#))

- "(1) Help with the basics,
- (2) Having a companion when moving through chaotic turf,
- (3) Creating a common language,
- (4) Putting psychosis in brackets and cultivate all that is healthy, and
- (5) Building a bridge from the psychotic state to the outside world."

NORMENTs feil framstilling

Antipsykotiske medisiner er effektive medikamenter ved schizofreni, og har de senere år også blitt tatt i bruk ved bipolar lidelse. Medisinene virker ikke like godt hos alle pasienter og har begrenset effekt på de primære symptomene hos rundt 20 prosent av de som behandles.

Nasjonal retningslinje 8.13.3.8 «20–30 % av pasientene har ikke positiv respons på behandling» **Conley RR, 97**

Standardbehandling oppnår 8,1 til 20% recovery med ca. 70% langtidsmedisinering. Open dialogue med 83% medisinfri langtids realiserer recovery slik at schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom/uføretrygd reduseres til en tredjedel, **recovery mer enn firedobler.**

Effekt «antipsykotika»

Leucht et al 2009 41%-24% placebo=18% av pasientene får minst 20-30% symptomlindring (FEP). Lengden varier mye er typisk 3 måneder

Leucht et al 2017 23% minus 14% placebo dvs. 9% (akutt) NNT (Number Needed to Treat)=11

Paulsrud utvalg kap. 9.2.2 vedlikeholdsbehandling: 25% får mindre tilbakefall NNT=4

Sohler et al. 2016, FHI: ISBN 978-82-8121-958-8
ingen evidens for langtidsbehandling med antipsykotika

60 års bruk var eksperimentell sjansespill og uetisk

How effective are second-generation antipsychotic drugs?

A meta-analysis of placebo-controlled trials

S Leucht¹, D Arbter¹, RR Engel², W Kissling¹ and JM Davis³ *Molecular Psychiatry* (2009) 14, 429–447

38 RCT N=7327

Mostly registration studies: positive selection

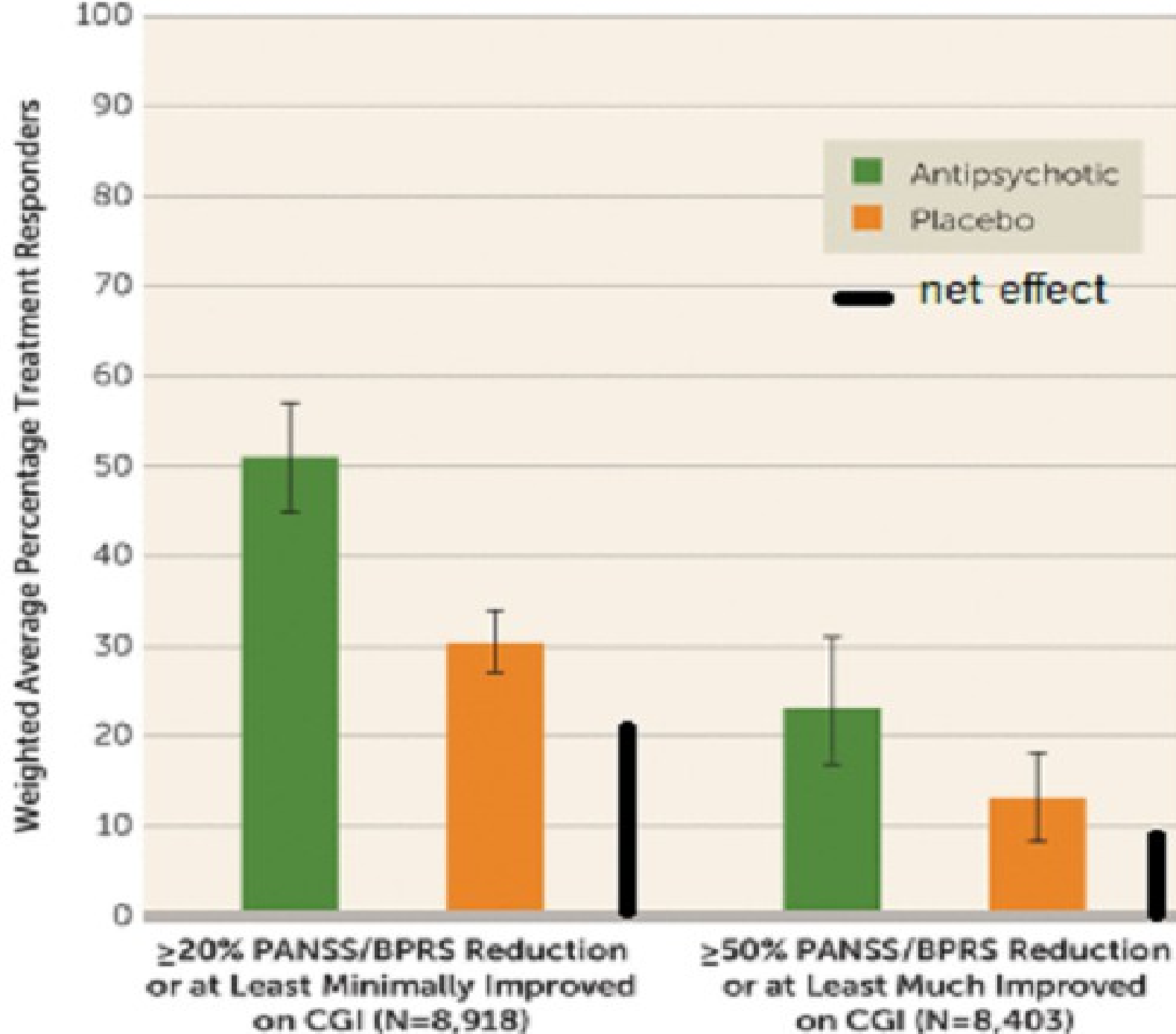
acute treatment: response rates (PANSS-reduction)

neuroleptics = 41% vs. placebo = 24%

→ difference von 17 %

→ **NNT = 6**

**To reach a PANSS total score reduction of 20-30%,
6 pat. must be treated.**



Leucht et al. 2017: 60 years drug trials

Avslør feilinformasjon i psykiatrien

Knowledge will forever govern ignorance, and a people who mean to be their own governors, must arm themselves with the power knowledge gives. James Madison

Hvordan defineres effekt?

Opplyses at virkningen av «antipsykotika» er symptomreduksjon ikke helbredelse av psykosen?

Opplyses om størrelsen av symptom reduksjonen?

Er placebo-effekten regnet med i effekten?

Opplyses om antipsykotikanaive pasienter mangler i studiene som ligger til grunn?

Eksempler på utsagn

"antipsychotics are effective"

Antipsykotiske midler ... førte til en [revolusjon](#) i behandlingen av psykoselidelser

Antipsykotika er [effektive i behandlingen](#) av schizofreni (NORMENT)

Har begrenset effekt på de primære symptomene hos rundt [20 prosent av de som behandles](#) (NORMENT)

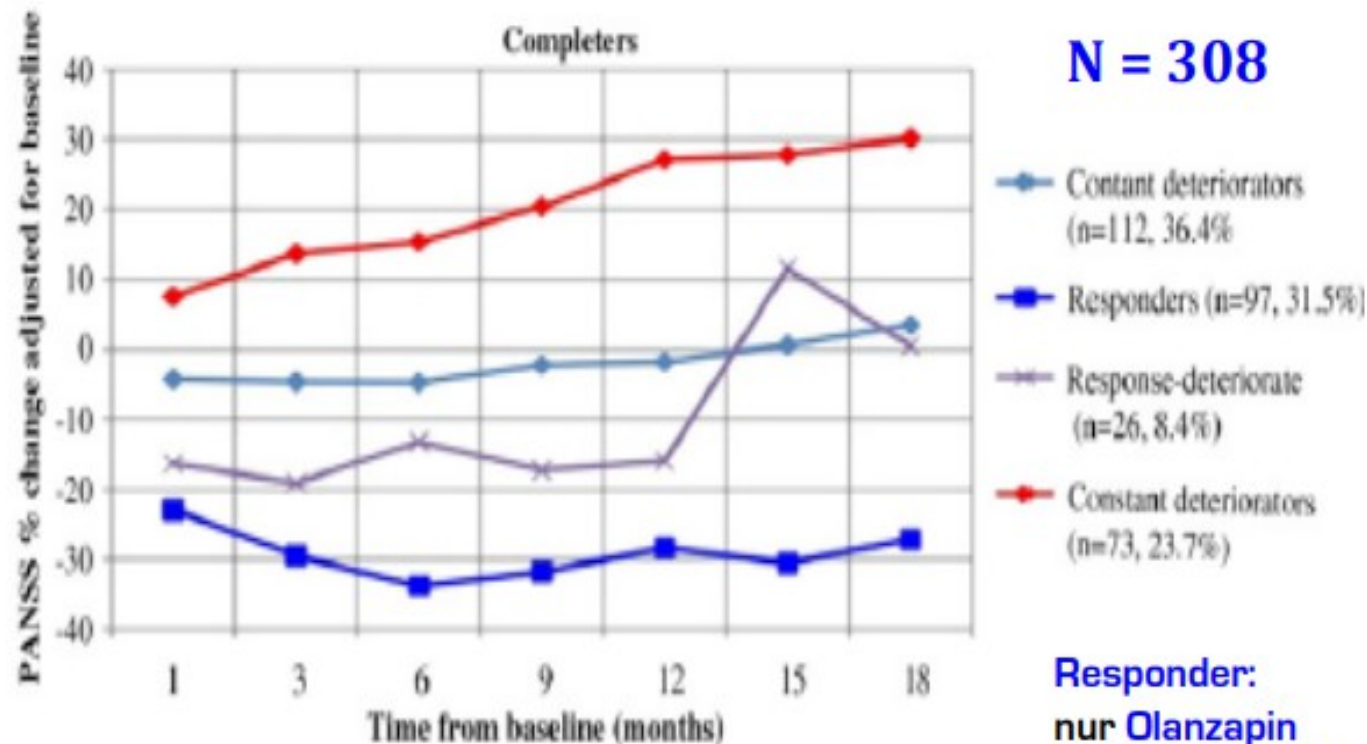
Introduksjonen av effektive medisiner i behandlingen av schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser (psykoser) var blant de store medisinske fremskrittene i forrige århundre. ([NHI.no](#))

Positiv og negativ respons (deteriorator)

Treatment response trajectories and antipsychotic medications: Examination of up to 18 months of treatment in the CATIE chronic schizophrenia trial[☆]

CATIE „completers“

Erstbehandlung vor Ø 14 J



Responder in „completer“: **31,5 %**

Responder insgesamt: **18,9 %**

Responder:
nur **Olanzapin**
und **Perphenazin**

Levine et al 2012 Schizo Research

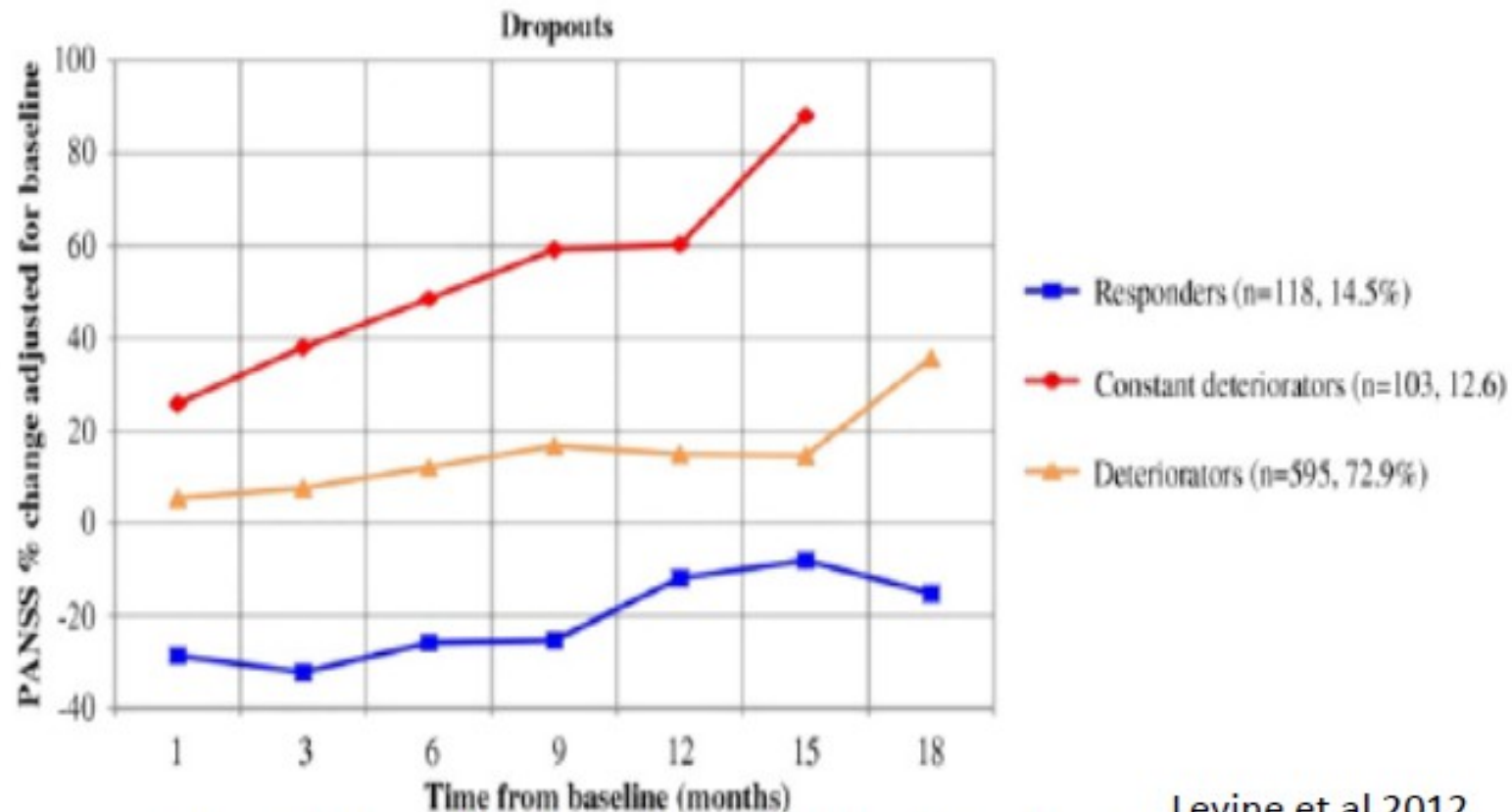
"Brain Changes" - Volkmar Aderhold - October 15, 2016 in Gothenburg, Sweden

Drop outs: Responders and Deteriorators

Treatment response trajectories and antipsychotic medications: Examination of up to 18 months of treatment in the CATIE chronic schizophrenia trial ☆

CATIE drop outs

N = 817



Levine et al 2012

"Pharmaceuticals – Risks and Alternatives," 15th of October, 2016 Gothenburg

Kritikk effekt

[Leucht et al 2012](#) omhandler vedlikehold. Studiene omfatter mellom 7 og 12 måneder, hindrer tilbakefall «drug 27%, placebo 64%». Videre forskning «"focus on outcomes of social participation and clarify the long-term morbidity and mortality.. nothing is known about the effects of antipsychotic drugs compared to placebo **after three years**»

[Bola et al. Cochrane.org 2011](#) fant bare 5 studier som var reelle placebo studier, andre er seponering. Deriblant [Rappaport et al 1978](#) 35% færre innleggelser uten antipsykotika etter 3 år

«Antipsykotisk» medisin

- Fører til kronisk forløp ([Schooler 1967](#)), hypersensitet ([Muller, P 1978](#)), hjernen skrumper ([Chakos, M. 1994](#))
- bivirkninger sløvhet, skjelving, overvekt, psykisk syke har 15 til 20 år redusert levealder
- [Martin Harrows langtidsforsøk](#) 2008: Recovery medisinfri behandling: 50% i arbeid, antipsykotisk med. 5 %
- [Harrow et al., 2017](#): Negativ evidens langtid av [Wunderink](#), [Moilanen](#), [Jääskeläinen et al.](#), [Danish OPUS trials](#), [Lincoln and Jung](#), [Bland](#)
- [Gøtzsche 2015](#): «vi kan redusere vort nuværende forbrug af psykofarmaka med 98 % og samtidig forbedre folks mentale sundhed og overlevelse.»
- Robert Whitaker: [Anatomy of an Epidemic](#): økende bruk samvarierer/[forårsaker økt uføretrygd](#)

Forskningsbasert bruk

Lavere doser til færre pasienter over kortere tid

«[A Guide to Minimal Use of Neuroleptics](#): Why and How
by Volkmar Aderhold, MD and Peter Stastny, MD, June
2015»

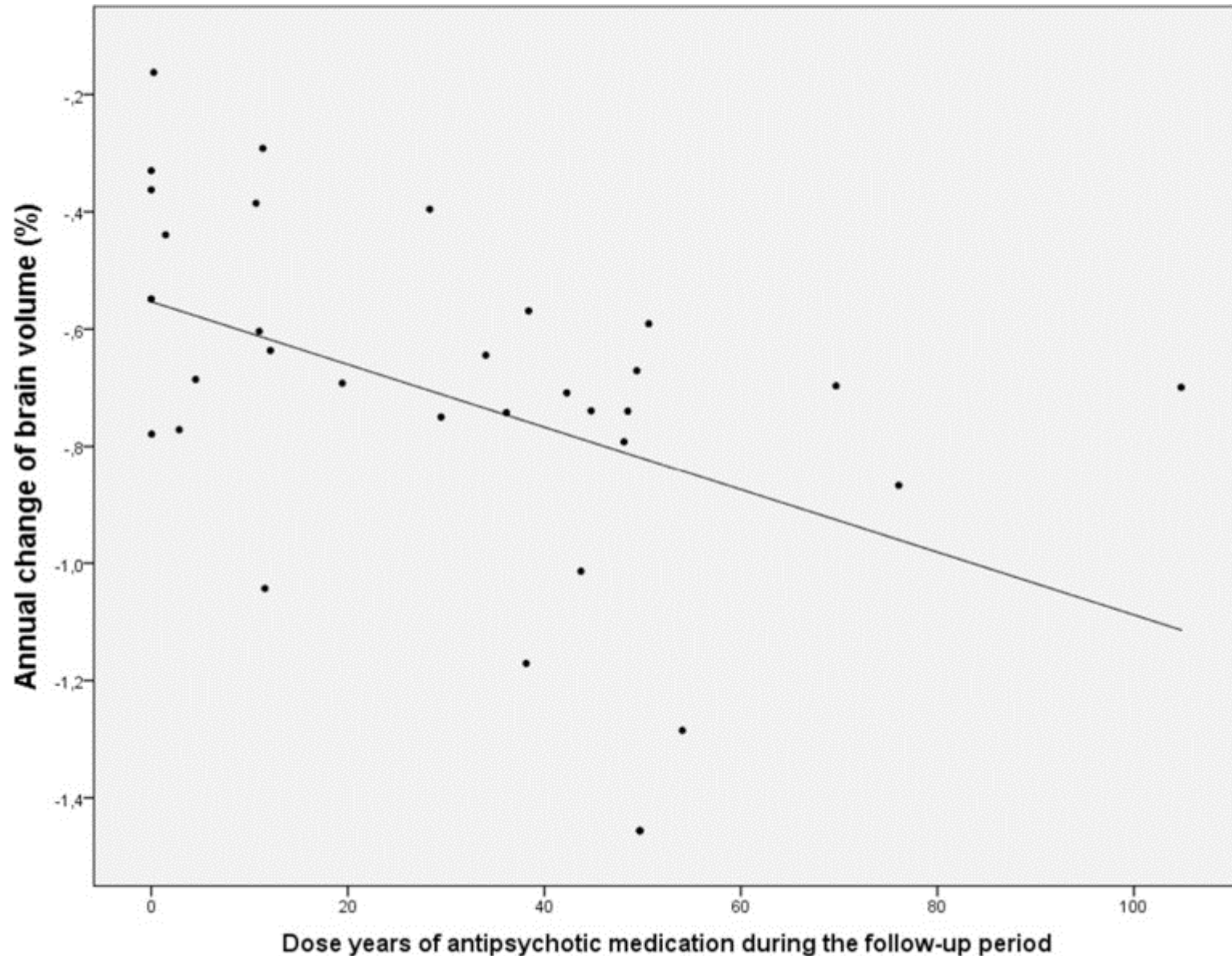
"Antipsychotics should be used more selectively, for shorter durations and with lowest possible effective dose." ([Weinmann et al. 2010](#)).

[Alvarez-Jimenez, Wunderink et al. 2016](#) minimal dose for færre pasienter over kortere tid.

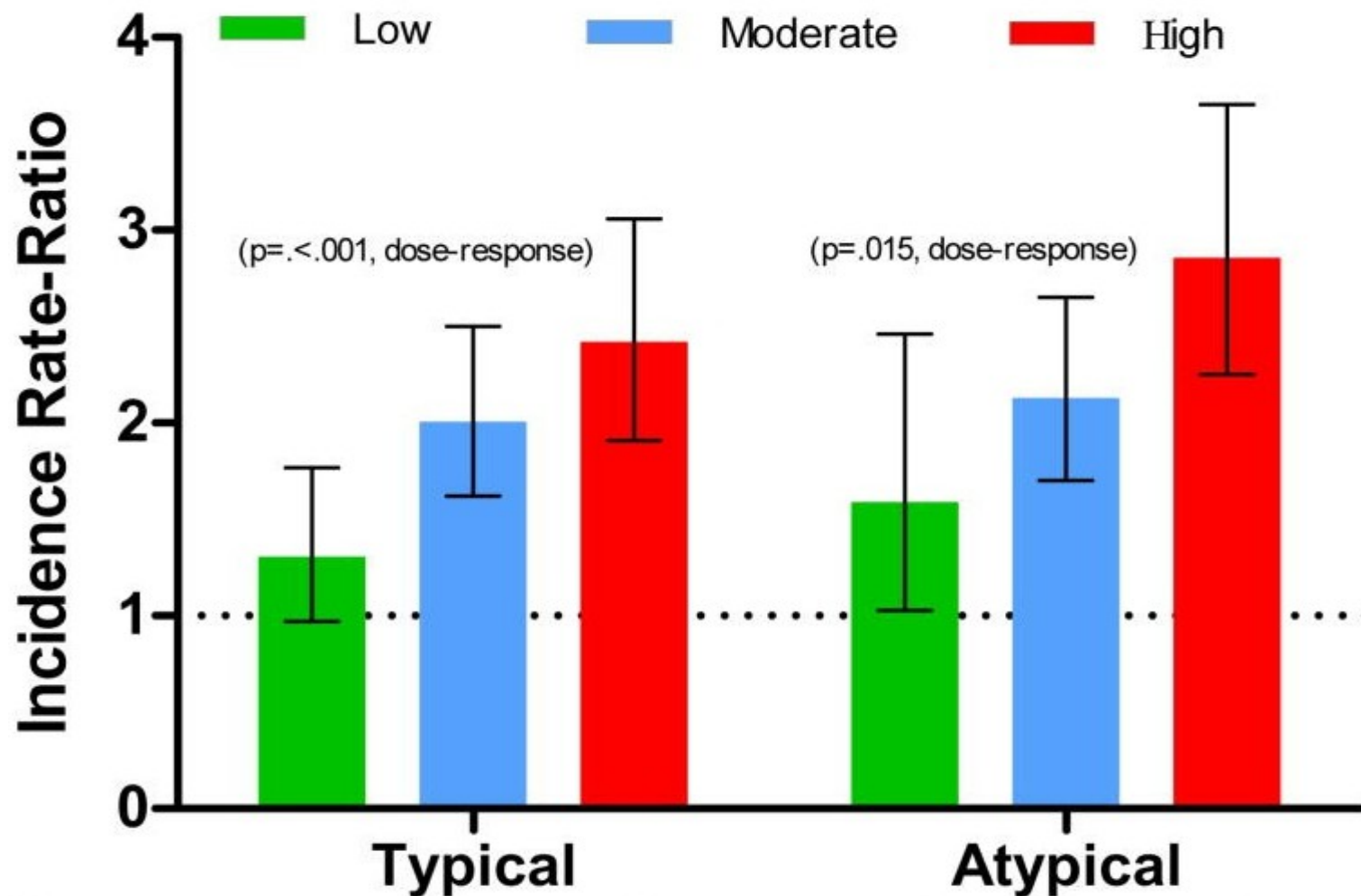
«Etter min oppfatning brukes det i dag for mye antipsykotika» formann i Npf Ulrik Fredrik Malt i [Dagens medisin 5.8.16](#).

Hjernesvinn er avhengig av dosen

Veijola et al 2014. Changes in total brain volume in schizophrenia



Dødsfall avhengig av dosen



Deaths	46	104	105	22	108	93
Person-years	21,438	33,671	31,626	10,435	41,513	27,641
IRR	1.31	2.01	2.42	1.59	2.13	2.86
95% CI	0.97-1.77	1.62-2.50	1.91-3.06	1.03-2.46	1.70-2.65	2.25-3.65

Ray et al. 2009 chlorpromazine equivalents: low, <100mg; moderate, 100mg–299mg; high, ≥300mg

Er «antipsykotika» giftig?

- Det blir fortied at nevroleptika er gift (Deniker P. 1960)
- Clare Parish 2011 «Antipsychotic deflates the brain»
- Antall selvmord i psykiatriske sykehus i Norge 10 doblet fra 1954 ti 1984 (Retterstøl 1988)
- Ingen evidens for bruk etter 3 år (Leucht et al. 2012)
- Nesten alle studier er seponeringsstudier (Bola et al. 2011), ikke ekte placebo
- Økt medikamentbruk av nevroleptika og antidepressiva fører til økt uføretrygd: Whitaker: Causation, Not Just Correlation: Increased Disability in the Age of Prozac.
- «(S)amlet set er psykofarmaka den tredjehyppigste dødsårsag i vestlige lande, etter hjerte-kar-sykdomme og kreft» (Gøtzsche 2015)

Medisinfri behandling nasjonal kontekst

Av ca. 4000 senger brukes ca. halvparten for psykose og schizofreni ([SINTEF A26086, 2014-06-13](#))

«Treatment as usual» ([Svedberg et al. 2001](#)):
7 % i begynnelsen, 25% langtidsbehandling

Grovt og forsiktig gjettet kan altså mer enn ca. 10% av psykose pasienter være behandlet medisinfri

[52](#) medisinfrie senger øker antallet med ca. 2,5 %

Open dialogue: [65 % i begynnelsen](#), [83 % langtid](#)

Dermed er det langt igjen til nivået i Nord-Finland

Kan ikke være «[gigantisk feilgrep](#)» (Tor K. Larsen)

Medisinfri behandling av psykoser

TIPS 30% medisinfri ved langtidsbehandling

Treatment as usual (Svedberg et al. 2001): 7 % i begynnelsen, 25% langtidsbehandling

Australia (Waterreus et al., 2012): ca. 9 %

Open dialogue: 65 % i begynnelsen, 83 % langtid

Hvorfor skaper 52 medisinfrie av ca. 4000 senger, dvs. litt mer enn 1 % så mye motstand?

Bare Open dialogue følger de lave effektstørrelsene

Hvor mange blir medisineret?

TIPS medisinerter 100% i begynnelsen, 70% vedl.

Treatment as usual ([Svedberg et al. 2001](#)): 93 % i begynnelsen, 75% vedlikehold

Australia ([Waterreus et al., 2012](#)): mer enn 90 %

Open dialogue: 35 % i begynnelsen, 17 % vedlikehold

Effekt symptomlette av antipsykotika for:
17% i begynnelsen FEP (NNT=6, Leucht 2009),
27% tilbakefall (NNT=3, Leucht 2012),
9 % akutt psykose (NNT=11, Leucht 2017)

Bare Open dialogue følger de lave effektstørrelsene

Alternativer til nevroleptika

På 1950-tallet, da "antipsykotika" først kom i bruk, innså psykiaterne at de var giftige stoffer
([Joanna Moncrieff, 13. august 2013](#). Deniker P. Compr Psychiatry 1960 Apr; 1: 92-102.)

Resultat av Open dialogue med 83% medisinfri langtids realiserer recovery er at schizofreni per år reduseres til en tiendedel, sykdom/uføretrygd reduseres til en tredjedel og recovery mer enn firedobler. Sammenliknet har standardbehandling 8,1 til 20% recovery med ca. 70% langtidsmedisinering

Flere studier viser at medisinfri behandling har bedre effekt f. eks. [Morrison et al 2014](#), [Grant et al 2017](#), [Klingberg et al. 2012](#), [Hutton P, Taylor PJ 2014](#)

Medisinfri har bedre effekt

Morrison et al. 2012 konkluderer med $NNT=2$ symptomreduksjon med hjelp av kognitive terapi, dvs. at bare 2 pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring. Med nevroleptika er det 6 ifølge Leucht et al. 2009.

Effekten av fysisk aktivitet er dokumentert å være bedre (**Gorczynski P et al. 2010**) sammenliknet med standard behandling med medisiner.

Grant et al 2017 viser at «Recovery-Oriented Cognitive Therapy» «significant benefits for individuals assigned to CT-R compared with standard treatment»

Største metaanalyse medisinfri

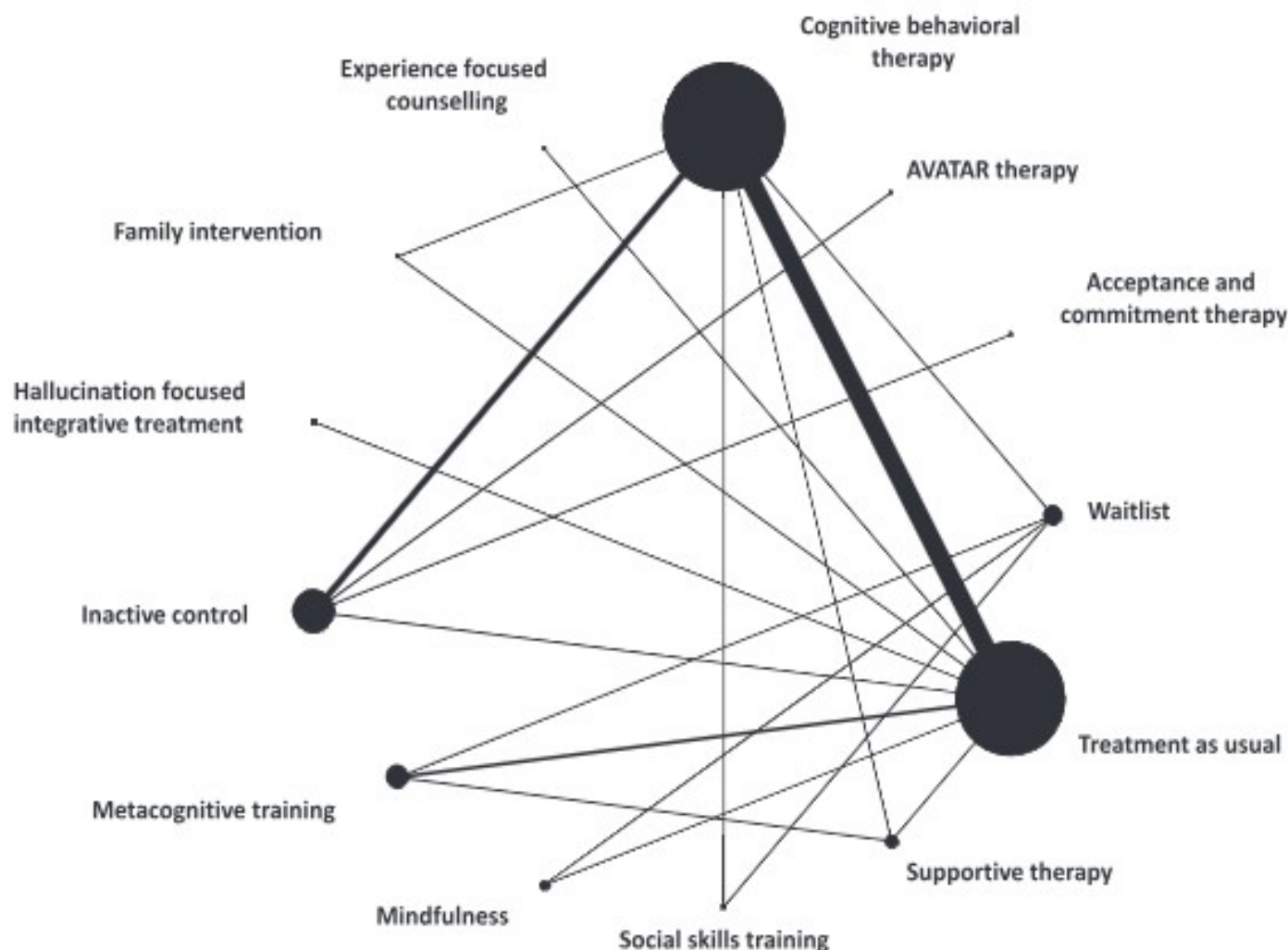


Figure 2 Network meta-analysis of eligible comparisons for positive symptoms. Line width is proportional to the number of trials comparing every pair of treatments. Node size is proportional to the number of studies providing data for each treatment.

Irene Bighelli et al., 2018: Schizophrenia Psychological Interventions

September 2018: Psychological interventions...

...to reduce positive symptoms in schizophrenia:
systematic review and network meta-analysis

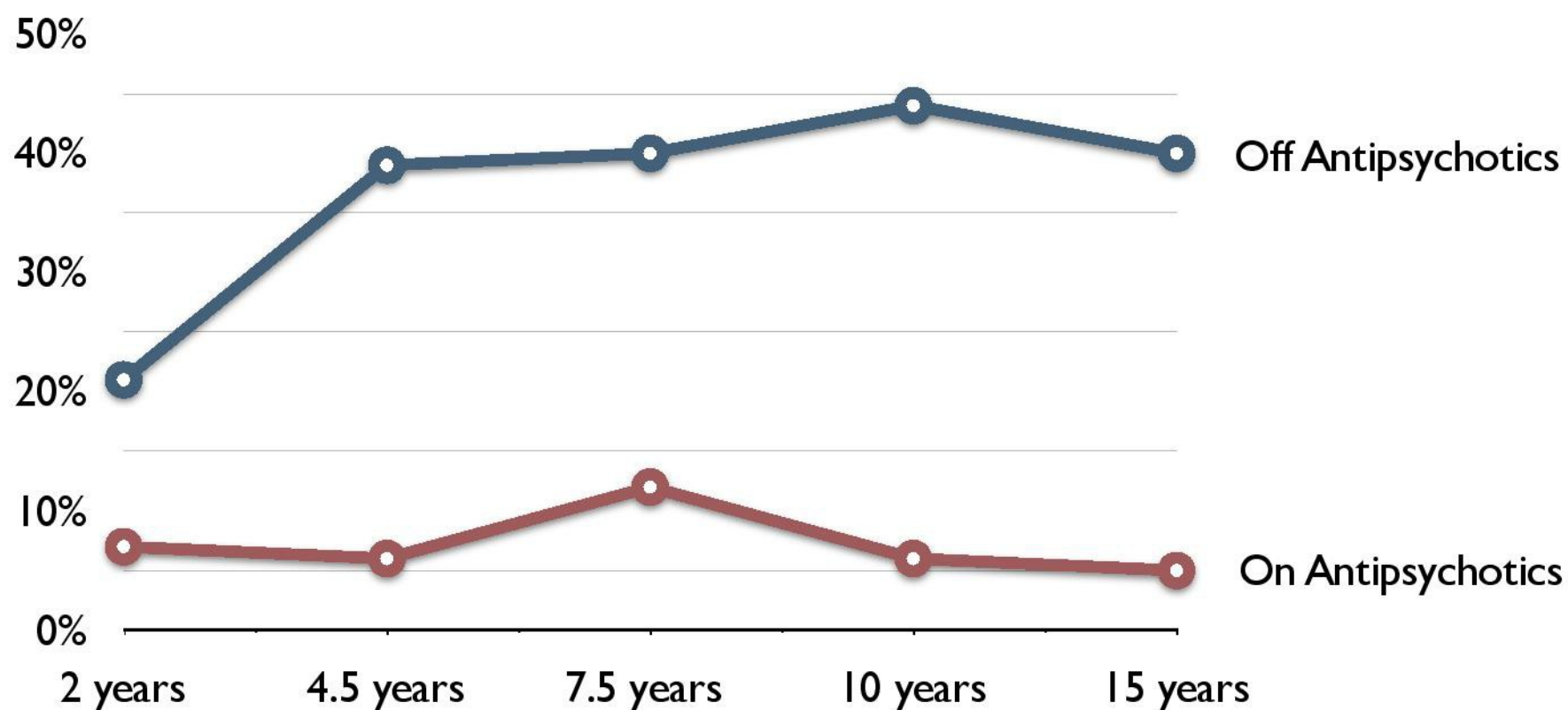
Results: "With 40 studies, CBT was the most represented among the included treatments. We found significant efficacy for CBT in comparison with treatment as usual in many outcomes (positive, overall and negative symptoms, response to treatment, quality of life and functioning), higher efficacy in comparison with inactive control for positive symptoms and response to treatment, and in comparison with supportive therapy for ad-herence."

Irene Bighelli et al., December 2018

Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy:

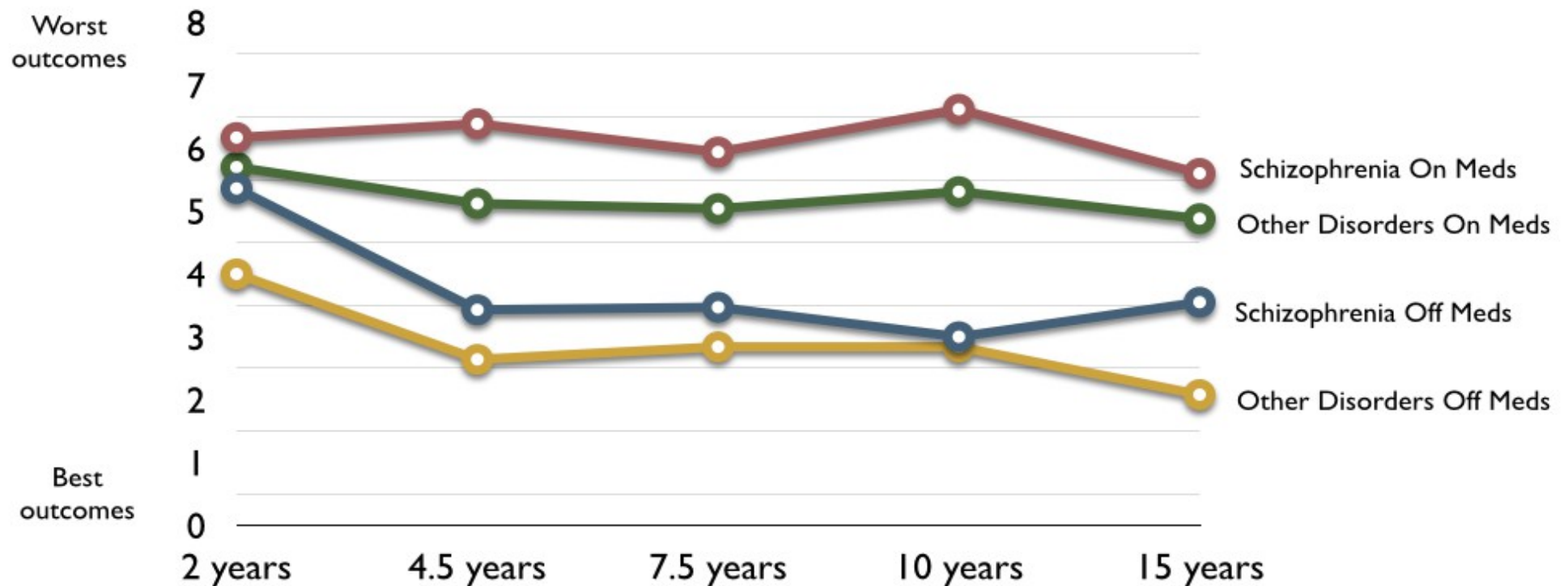
«Results: We included 33 studies with a total of 1142 participants receiving cognitive behavioural therapy. On average, 44.5 and 13.2% of the patients reached a 20% (minimally improved) and 50% (much improved) reduction of overall symptoms. Similarly, 52.9 and 24.8% of the patients reached a 20%/50% reduction of positive symptoms.»

Long-term Recovery Rates for Schizophrenia Patients



Source: Harrow M. "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications." *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007):406-14.

Global Adjustment of All Psychotic Patients



Source: Harrow M. "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications." *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007):406-14.

7 year follow-up

From: **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. 2013;70(9):913-920. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.19

Table 2. Recovery, Symptomatic Remission, and Functional Remission After 7 Years of Follow-up

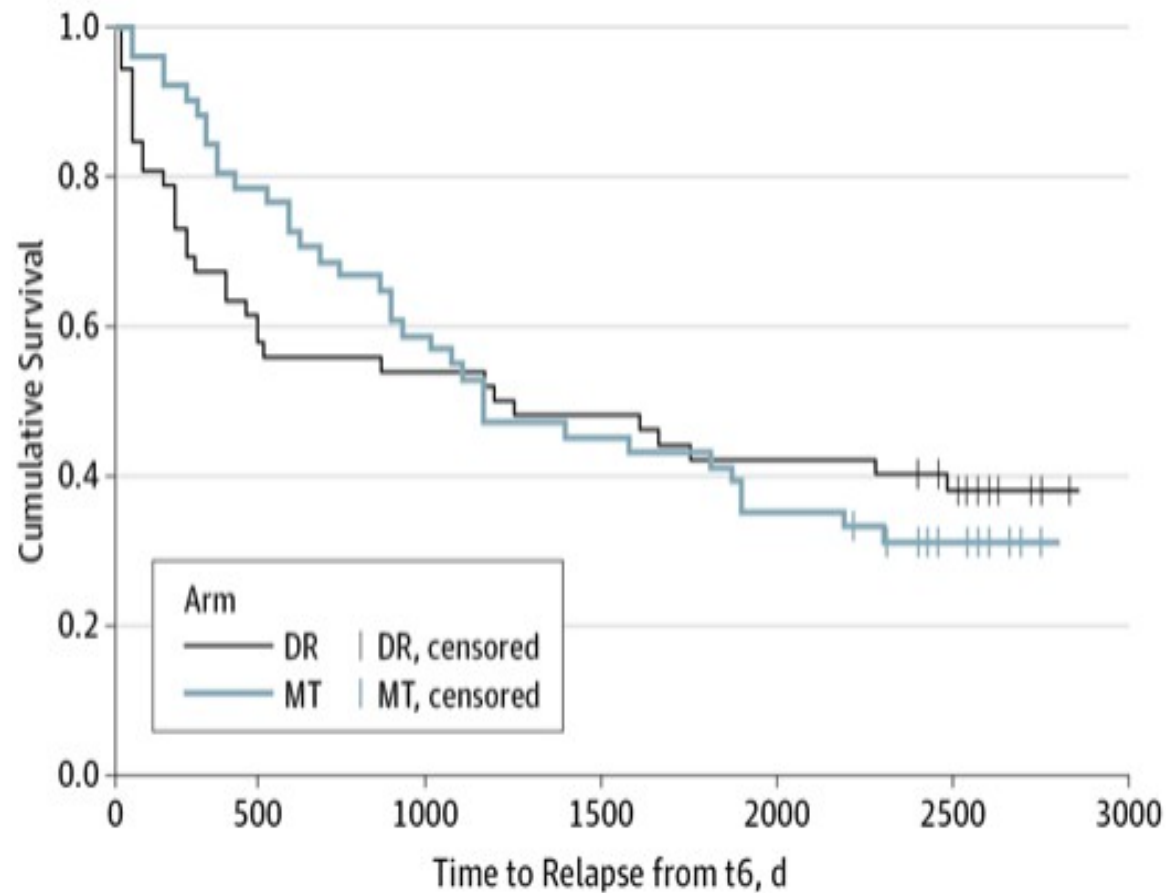
Characteristic	No. (%)		Total Sample (n = 103)
	DR (n = 52)	MT (n = 51)	
Recovery	21 (40.4)	9 (17.6)	30 (29.1)
Remission			
Symptomatic	36 (69.2)	34 (66.7)	70 (68.0)
Functional	24 (46.2)	10 (19.6)	34 (33.0)

Abbreviations: DR, dose reduction/discontinuation; MT, maintenance treatment.

Figure Legend:

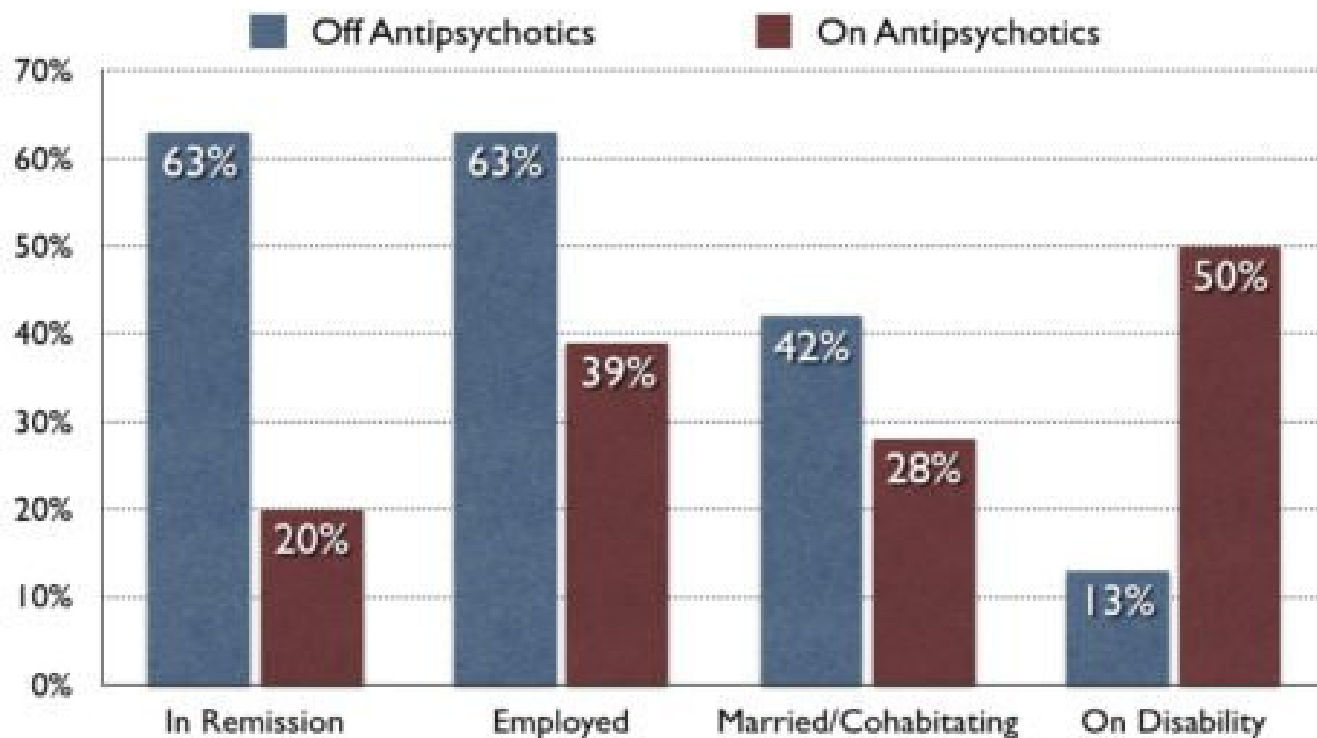
Recovery, Symptomatic Remission, and Functional Remission After 7 Years of Follow-up

Wunderink et al, 2013



Uføretrygding øker

Outcomes at Age 34 in Birth Cohort Study



Moilanen, J. "Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication – A 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study ." *European Psychiatry* 28 (2013):53-58.

FHI om Psykososial behandling

Psykososial: Kognitiv-, familie-, gestalt-, gruppe-, eksponerings-, affekt-, aksept-, adferdsterapi

Vi fant ingen studier som hadde evaluert effekt av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig får antipsykotika

Psykososial behandling sammenlignet med bruk av antipsykotika ble ekskludert

Effekt av psykososial behandling ikke med

FHI om fysisk aktivitet

Vi fant ingen relevante studier. Vi vet derfor ikke om fysisk aktivitet med eller uten antipsykotika er mest effektivt.

Gorczynski et al 2010 dokumenterer positiv effekt både på mental og fysisk helse hos personer med schizofreni. Ikke nevnd i sammendrag

Alternativer

Alternativer til TAU (Treatment as usual):

- Open dialogue
- Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R),
- SOTERIA APPROACH,
- HEARING VOICES APPROACH,
- HARM REDUCTION APPROACH (Will Hall),
- SHARED DECISION MAKING (Deegan, 2007;
Deegan & Drake, 2007; Roe & Swarbrick, 2007)

Mindre doser->Medisinfri

Standardbehandling: vedlikehold for 70% (TIPS) og 75%
Svedberg 2001: 8,1-20% recovery

Open dialogue 17% (83% medisinfri) samvarierer med en reduksjon av sykdom/uføretrygt til en tredjedel og schizofreni til en tiendedel samt økning av recovery til mer enn 80%

Morrison et al. 2012 «A response rate analysis found that 50% of participants achieved at least a 50% reduction in PANSS (syptomer) total scores by follow-up» dette tilsvarer NNT=2 med hjelp av kognitive terapi, dvs. at bare 2 pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring. Med nevroleptika er det NNT=6 ifølge Leucht et al. 2009.

Open Dialogue

- 80% recovery langtids effekt
- Forekomsten av schizofreni ned til 1/10 per år
- etter 5 år 17% på nevroleptika
- 19 % var syk/uføretrygdet
- Standard behandling: “(b)etween 8,1 and 20% achieve clinical recovery ([Jaaskelainen et al., 2013](#))
- Tradisjonell behandling: [Svedberg 2001](#):
 - 75% på nevroleptika etter 5 år
 - 62 % uføretrygdet eller syk



Dialogical practice is effective

Open Dialogues in Tornio – first psychosis, 5 years follow-up 1992- 1997 (Seikkula et al., 2006):

- - 35% needed antipsychotic drugs
- - 81% no remaining psychotic symptoms
- - 81% returned to full employment

Outcomes stable 2003 – 2005 (Seikkula et al, 2011):

- - DUP decreased to three weeks
- - Few new schizophrenia patients (from 33 to 2/100,000 every year)
- - 84% returned to full employment

Sammenlikning med standard behandling

COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM

	ODAP Western Lapland 1992-1997 N = 72	Stockholm* 1991-1992 N=71
Diagnosis:		
Schizophrenia	59 %	54 %
Other non-affective psychosis	41 %	46 %
Mean age years		
female	26.5	30
male	27.5	29
Hospitalization		
days/mean	31	110
Neuroleptic used	33 %	93 %
- ongoing	17 %	75 %
GAF at f-u	66	55
Disability allowance or sick leave	19 %	62 %

- *Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. Social Psychiatry, 36:332-337.

Table 3

Clinical characteristics from onset to the end of the follow-up.

	ODtotal ^a (N = 108) (%)	ODhospital ^b (N = 75) (%)	CG ^c (N = 1763) (%)	Statistics ^d	
				χ^2	p
Treatment patterns					
> 30 hospital days	18.5	54.5	94.4	32.4	0.00
Re-admission(s)	45.4	63.6	90.5	201.4	0.00
Treatment contact at the end of follow-up ^e	27.8	35.3	49.2	5.1	0.02
Neuroleptics					
At onset	20.4	25	70.1	305.1	0.00
At some point	54.6	63.6	97.3	217.8	0.00
At the end of follow-up ^e	36.1	47.1	81.1	47.8	0.00
Disability allowances					
At some point	41.7	53.2	78.8	28.5	0.00
At the end of follow-up ^e	33	44.1	61	6.7	0.01

^a Open Dialogue –group, includes all persons from the OD cohort.^b Includes only persons from the OD cohorts with one or more admissions.^c Control group.^d Comparison: OD(hospital) and CG.^e Only people still alive in 2015 included (N = 1564).

Bergstøm et al. 2018: The family orientated Open dialogue FEP

	Open Dialogue N=108	Control group TAU N=1763
Re-admission	45.4	90.5
Treatment at end	27.8	49.2
Disability at end	33	61
Neuroleptics onset	20.4	70.1
Neuroleptics at some point	54.6	97.3
Neuroleptics end	36.1	81.1
Mortality by illness	2.8%	9.2%

Why is Dialogical Practice Effective?

- 1) Immediate response to crisis: utilizes emotional and corporeal affective elements in crisis
- "open window"
- 2) Polyphony both horizontally and vertically
- 3) Focus on generating dialogue in the meeting:
all voices heard leading to cooperation
- 4) Avoids medication that affects central nervous system - antipsychotics meds can reduce brain tissue (shrink brain) (Andreasen et. al., 2011)
and psychological resources (Wunderink, 2013)

I believe there are 4 things
that lead to such good results.

Paradigmeskifte?

Fra symptombehandling til recovery: WHO,
nasjonal strategi i mange land: Norsk
opptrappingsplan

Open dialogue mer enn 4-dobler recovery og
reduserer schizofreini til 1/10 del per år

Standard behandling forsvares med å hevde
at schizofreni er kronisk

Motstand mot medisinfri behandling et gufs
fra fortiden

WHO study 1992

- «in the developing countries, only 15.9% of patients were continuously maintained on neuroleptics, compared to 61% of patients in the U.S. and other developed countries.»
- «63.7% of the patients in the poor countries were doing fairly well at the end of two years. In contrast, only 36.9% of the patients in the U.S. and six other developed countries were doing fairly well at the end of two years.»
- Mange flere slike studier 1950-2014

A Profession in Denial: Psychiatry's 6 head-in-the-sand responses to criticism

1. The critic lacks expertise or objectivity
2. The harm is a result of the underlying illness, not our treatments (Brain Shrinkage)
3. We are on the cusp of a major scientific breakthrough
4. The damage is justified
5. Our treatments save lives
6. We never really believed that (chemical imbalance myth)

Hva burde myndigheten gjøre?

- **Legemiddelverket oppfordres å slutte** å legitimere helseskadelig langtidsmedisinering med antipsykotika: Hverken Felleskatalogen, Pasientsikkerhetsprogrammet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Kunnskapssenteret reagerer
- **Helsedirektoratet oppfordres å slutte** å legitimere umenneskelig, grusom og nedverdiggende behandling, som skader pasientene
Helsedepartement må styrke tilsynet av Fylkesmannen: tvangsmedisinering.

Legenes definisjonsmakt

- Trumfer vitenskapelig dokumentasjon (psykiatri)
- Fylkeslegen og helsetilsynet svikter rettighetene
- Regjeringen overser eller legaliserer ulovlig praksis (f. eks. [ransaking](#)) og legenes innspill og svikter menneskerettigheter
- Kontrollkommisjoner og domstoler tror blind på psykiatriens påstander
- Stortinget snakker bare om menneskerettigheter men er avmektig og handlingslammet
- Sivilombudsmann svikter sitt lovbestemte oppdrag angående menneskerettigheter

Eksakt vitenskap

There is of no scientific interest how many scientists supporting a theory. A theory is leading as long as it can best explain the relevant observations, and one experiment is enough to disprove the theory.

Basic skepticism about the current theories is thus a major driving force in the development of science."

- Albert Einstein

Karl Popper: Egentlig kan vitenskap bare falsifisere

Harrow (2017, 2018): Negative evidence longtime

(Bergstrøm et al, 2018) langtidsmedisinering med antipsykotika svekker recovery og uføretrygding, reinnleggelse og pasienter under behandling doubles

Konklusjon om psykiatri

Psykiatrisk tvangsbehandling byrde forbys:

- ifølge FNs torturtilsyn og CRPD
- Langtidsmedisinering med antipsykotika er helseskadelig

Hvorfor **legitimerer** den velmenende formynder-staten tvang som byrde forbys ifølge torturtilsynet?

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur:

“Pasienter som var tvangsmedisinert hadde imidlertid stort sett negative opplevelser som blant annet ble beskrevet som «forferdelig», «grusomt», og «tortur».”

Hvorfor?

- Hvorfor snakker Stortinget bare om selvbestemmelse og menneskerettigheter?
- Borgerne og offentligheten er ikke informert:
 - Hvorfor skriver ingen journalister om det?
 - Hvorfor blir ingen av mine [leserbrev](#) publisert?
- Hvorfor er Stortinget som skulle «ha all makt» en handlingslammet avmakt? Er ingen velgerstemmer å hente?
- Hvorfor finner offentligheten og mesteparten av pasientene seg i det?

Min konklusjon

- Mine kjepphester: studerte (vitenskap), selvbestemmelse (rettigheter) og transparens
- Psykiatrisk praksis: uvitenskapelig, krenker selvbestemmelse med tvang, intransparent
- Reaksjon: reservasjon mot **sedering** og **tvang** (undersøkelse, diagnostisering, behandling)
- ca. 40 **leserbrev**, ca. 800 refusjoner
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt

Peter C Gøtzsche konkluderer 2018

Firstly, the effects of psychiatric drugs are not specific.

Secondly, the research in support of the paradigm is flawed

Thirdly, the widespread use of psychiatric drugs has been harmful for the patients.

Fourthly, all attempts at showing that psychiatric disorders cause brain damage that can be seen on brain scans have failed.

Gøtzsches kritikk og løsning:

Almost all placebo-controlled trials are flawed due to their cold turkey design

The trials are insufficiently blinded

Psychiatrists assess the effect using rating scales, the relevance of which for the patients is often uncertain

Selective reporting of outcomes is very common and can be very serious

Psychiatry needs a revolution. Reforms are not enough. We need to focus on psychotherapy

Avslutning

Spørsmål?

Kommentarer?

Hva har dere lært?

Har noen skiftet mening?

Takk for meg