

# W. Keim: Spørsmål til alle:

Burde pasienter informeres om at: Førstepsykose effekt usikker (FHI 2019) Symptomreduksjon effekt for akutt pasykose er 9%, dvs. 11 må behandles for å hjelpe 1 (Leucht 2017) og manglende evidens for langtidsmedisinering med antipsykotika (Sohler et al., 2016)?

Ja/Nei

PS: Alle får kort kommentere eget svar

# Nevroleptika: Effekt, bivirkninger og bruk

Leucht 2017: God Symptomreduksjon for 9%

Hvordan manipulerer psykiatrien effekten?

Bivirkninger for 94% av pasientene

Opp til 93% av pasientene slutter

Behandlere: Nødvendig at piller tas

Psykiatriens myter legitimerer overforbruk

Empowerment: Hvordan avsløre mytene?

Alternativer: **Paradigmeskifte** fra symptomfiksering til recovery (tilfriskning)

# Hvem er **Walter Keim**?

Jeg hadde foreldre som lærde meg at pasienten bestemmer: FN sine krav om forbud av tvang er overbevisende

Transparens overalt: i psykiatri, offentlig forvaltning dvs. offentlighetsloven, oppfordret legeforening å avslutte streiken mot offentlighetsloven

Interesse for vitenskap objektivitet: Hobby var å studere. 3 og 1/4 akademiske titler, 22 semester

Bruker ytringsfrihet, på tross av janteloven og at det kan føre til upopularitet

# Dette førte konkret til:

Rettspolitisk høstseminar på Geilo om tvang i psykiatri og barnevern 2015:

Aslak Syse strøk i menneskerettigheter. Hans skriverier som forsvarer tradisjonen er utdatert

«Rettsikkerhetsgarantier i psykisk helsevern» av Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur:

Jeg hadde «no problems» å nedstemme overleger

Tafatte hjelpeløse kontrollkommisjonsledere

Foreslo at SOM gjør egne undersøkelser

Uttalelse 2017/3156: Tvangsmedisinering ulovlig

# Reaksjoner på erfaringer helse- og sosialvesen

Neddopete demente kom seg etter antipsykotika ble kuttet ut: Skifte av lege

Klager til helse- og sosial gjorde folk lykkelig men:

Fylkesmann kan ikke overprøve skjønn

Fylkeslegen behandlet ikke klager: Hvis dere ikke behandler klager, orker jeg ikke lengre å skrive dem. Men Fylkeslegen må gå til overordnet myndighet for å pålegge svar

Kontrollkommisjon informerte ikke om min dissens: reserverte meg mot underskrift, ba Fylkesmann å løse meg fra vervet.

# Kvalitet: Løsninger framfor klager

Ingen informert samtykke i psykiatrien:

Kvalitetsløft: Fjern feilinformasjon ... for å gjøre samvalgsverktøy nyttig og samtykke gyldig

Rettelse: Dødelighet og nesten alle brukte antipsykotiske legemidler: abstinens effekt

Reduksjon av tvang mislyktes i 2 årtier:

Erfaringer med forbud av tvangsbehandling i Tyskland: tvangsmedisinering kan og må forbys

Sensasjon: Overlege har sluttet med tvangsmedisinering og krever slutt av tvang i psykiatrien

# Hvordan kan gyldig samtykke oppnås?

Pasientene få vite at:

- både oppstart ([Bola 2011](#), [FHI](#)) og langtidsmedisinering (Sohler et al., 2016) uten evidens
- Abstinens i kontekst av vedlikehold ([Leucht et al. 2012](#), NNT 3) og økt dødelighet ([FIN11](#)) kan reduseres med reduksjon av overmedisinering
- atferdsterapi oppgis i retningslinjene med [evidensgrad: 1a](#), og anbefaling: A.
- Både eksponeringsterapi og Basal Eksponeringsterapi er kognitive terapier og oppnår fremragende behandlingsresultater.

# Recovery: Mål med behandlingen

## Hva betyr det å bli frisk?

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

Psykisatri 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](#))



# Opptrappingsplanens 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.

# Nasjonale retningslinje

## Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser

### 3 Generelle prinsipper for god praksis

Verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen for psykisk helse 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.

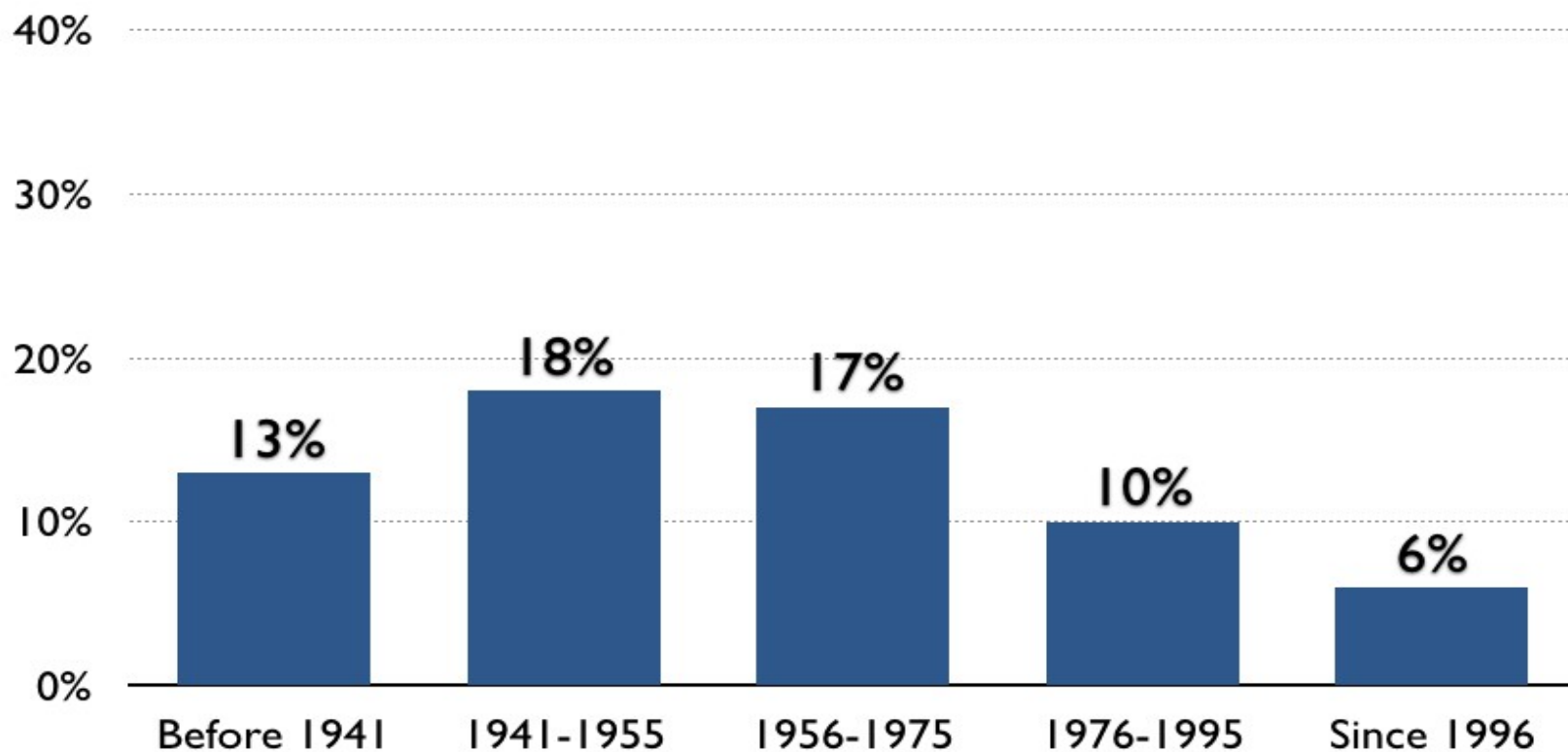
# Evaluering medisinfri behandling

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...»

# Psykiatrien bommet på sin oppgave

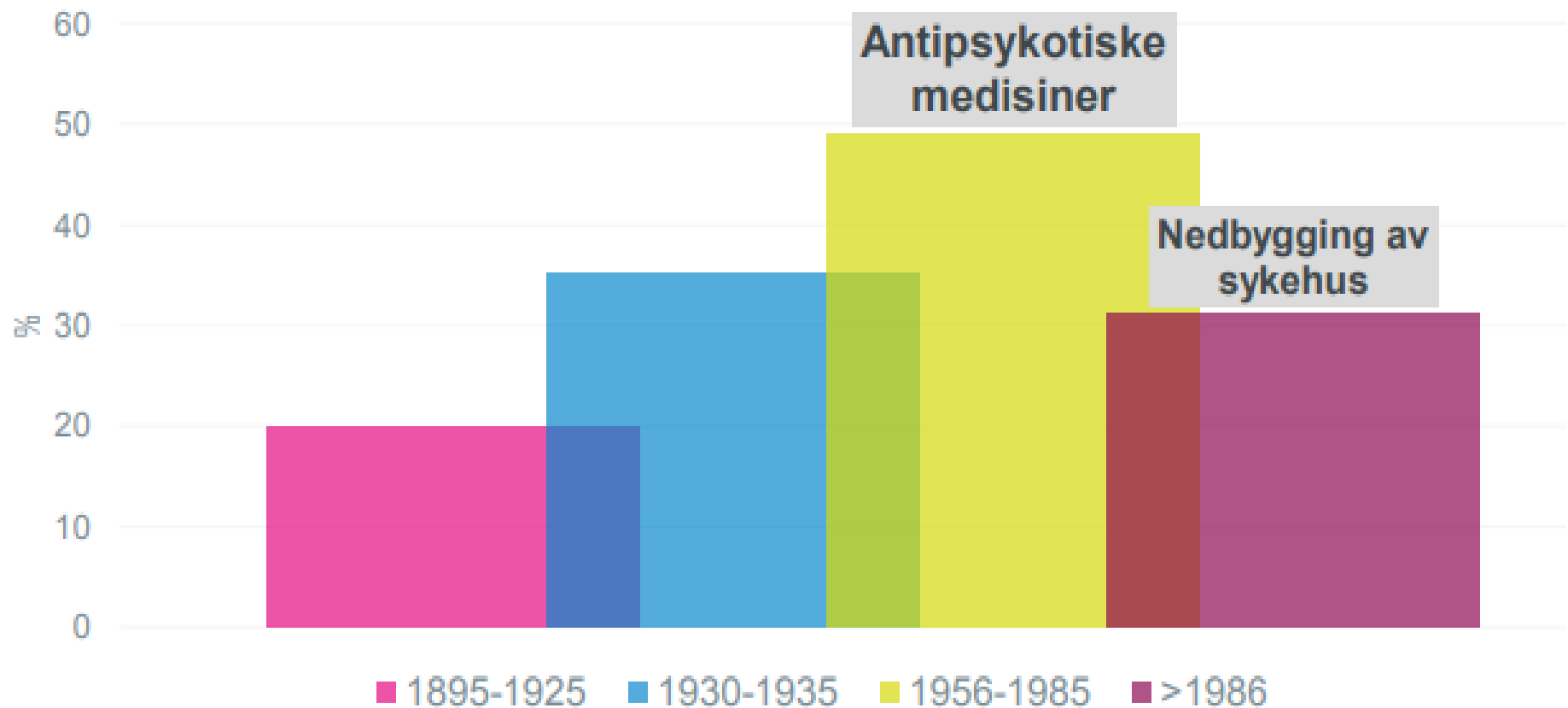
## The Bottom Line: Recovery Rates in Schizophrenia Have Worsened in the Antipsychotic Era



Source: E. Jaaskelainen. "A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 39 (2013): 1296-1306.

# Psykiatrien forfalsker historien: Tidsrom 1945 til 1955 utelatt

Andel utskrevet som bedret:



Ingrid Melle 2019: Hvordan går det med folk over tid?

# FHI: Effekter antipsykotika

FHI direktør: Troen på disse legemidlene var da så stor at det ikke ble utført en eneste randomisert studie der en gruppe pasienter ikke brukte antipsykotika. Det finnes fremdeles ingen slike studier. Da antipsykotika ble innført, ble de gitt til alle pasienter. I dag er det ansett som uetisk å ikke gi pasienter disse legemidlene. Derfor rekrutterer de randomiserte studiene pasienter som allerede har hatt nytte av antipsykotika.

Det er minst like god grunn til å hevde at det er uetisk ikke å undersøke effekten av et legemiddel i randomiserte studier.

# The effect of antipsychotics on FEP: a systematic review, FHI 2021

The evidence comparing the use of antipsychotic medication with placebo or non-pharmacological treatments in people with FEP is very scarce.

Based on the evidence in this report it is uncertain whether the effect of antipsychotics is different from the effect of non-pharmacological interventions, either given alone or in combination with placebo, in relation to psychosis symptoms and social functioning in people with first episode psychosis (FEP).

# 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: responder rates (PANSS-reduction)**

**neuroleptics = 23% vs. placebo = 14%**

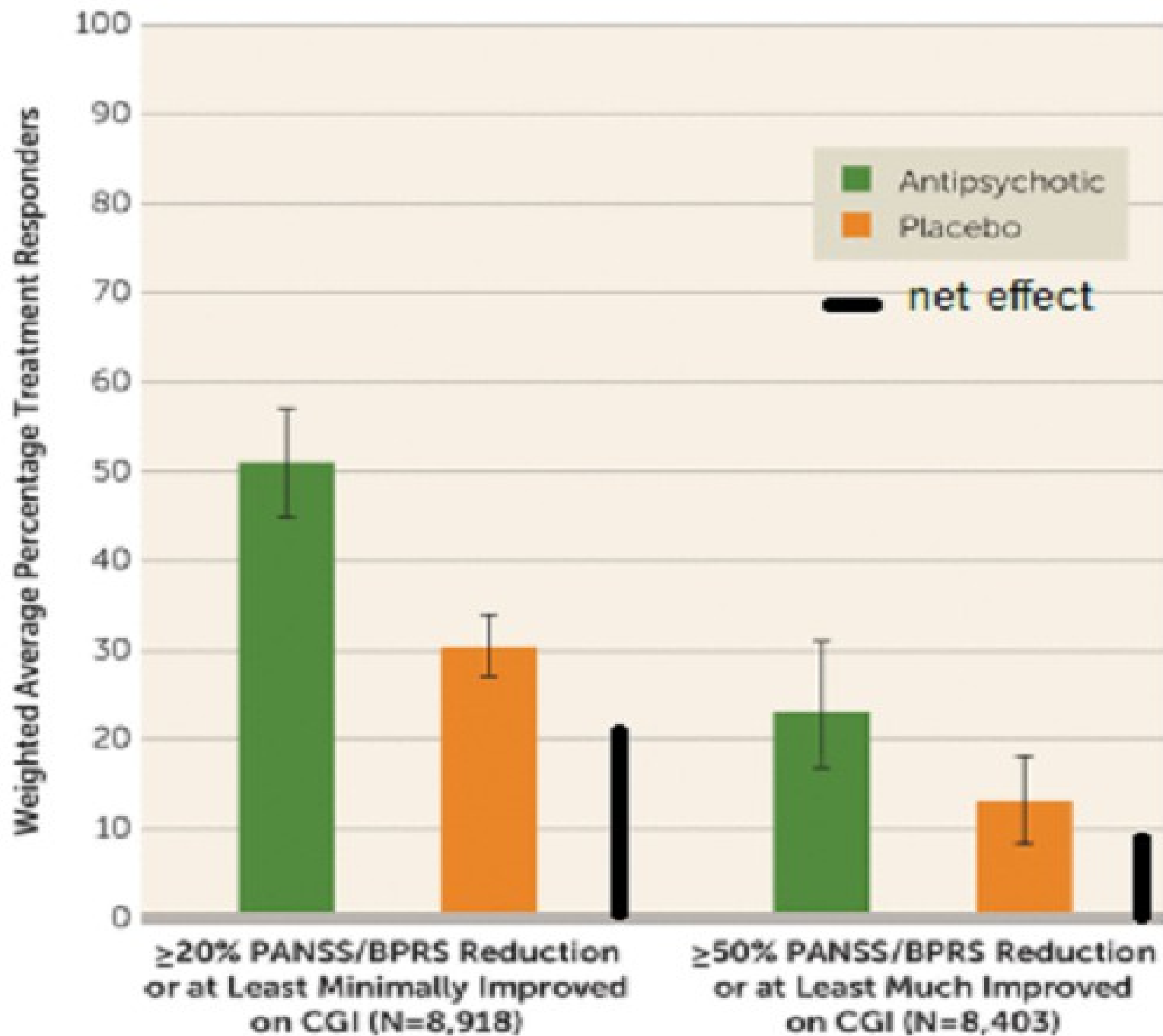
→ difference 9%

→ **NNT = 11**

**To reach a PANSS total score reduction of 50%**

**11 pat. must be treated.**





Leucht et al. 2017: 60 years drug trials

# Symptomreduksjon nevroleptika:

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

kilde	symptomreduksjon	effektstørrelse % fra – til	effektstørrelse NNT fra – til
Paulsrud utvalg 2011	10% til 40%	10-20%	NNT=5 – NNT=10
Leucht et al. 2009	«minimal respons» 20% for 2/3 del	17%	NNT=6
Leucht et al. 2017	«god respons» 50%	9%	NNT=11
Leucht et al. 2017	«minimal respons» 20%	21%	NNT=5
<b>Bighelli 2018</b> kognitiv terapi	«minimal respons» 20%	44,5%	

# 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 respons: clinical, medication**

**primary outcome: drug 27%, placebo 64% relaps**

**(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.

# Maintenance treatment, Ceraso 2020

Preventing relapse at 7 to 12 month NNTB 3

Hospitalisation was also reduced NNTB 8

Left the studies early due to any reason NNTB 4

Left study due to ineffectivity of treatment NNT 3

Quality of life might be better in drug-treated participants: low-certainty evidence SMD -0.32 probably the same for social functioning SMD -0.43

no evidence of a difference: Death, 'Death due to suicide', participants in employment

# Effekt mot tilbakefall nevroleptika:

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

kilde	definisjon effekt	effekt	effektstørrelse NNT
Paulsrud utvalg 2011	?	vedlikehold	NNT=4
Leucht et al. 2012	Klinisk bedømmelse, medisinbruk, skala	vedlikehold	NNT=3
Almerie et al. 2008	?	opphør	NNT=4
	> 30% PANSS worse	symptomer	

# Medisinfri: Symptomer, fungering

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

kilde	symptom-reduksjon	effektstørrelse %	effektstørrelse NNT
Leucht et al. 2017	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		NNT=1,35
	Medisinfri vs. TAU	reinnleggelse	NNT=2,9

# 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



# 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

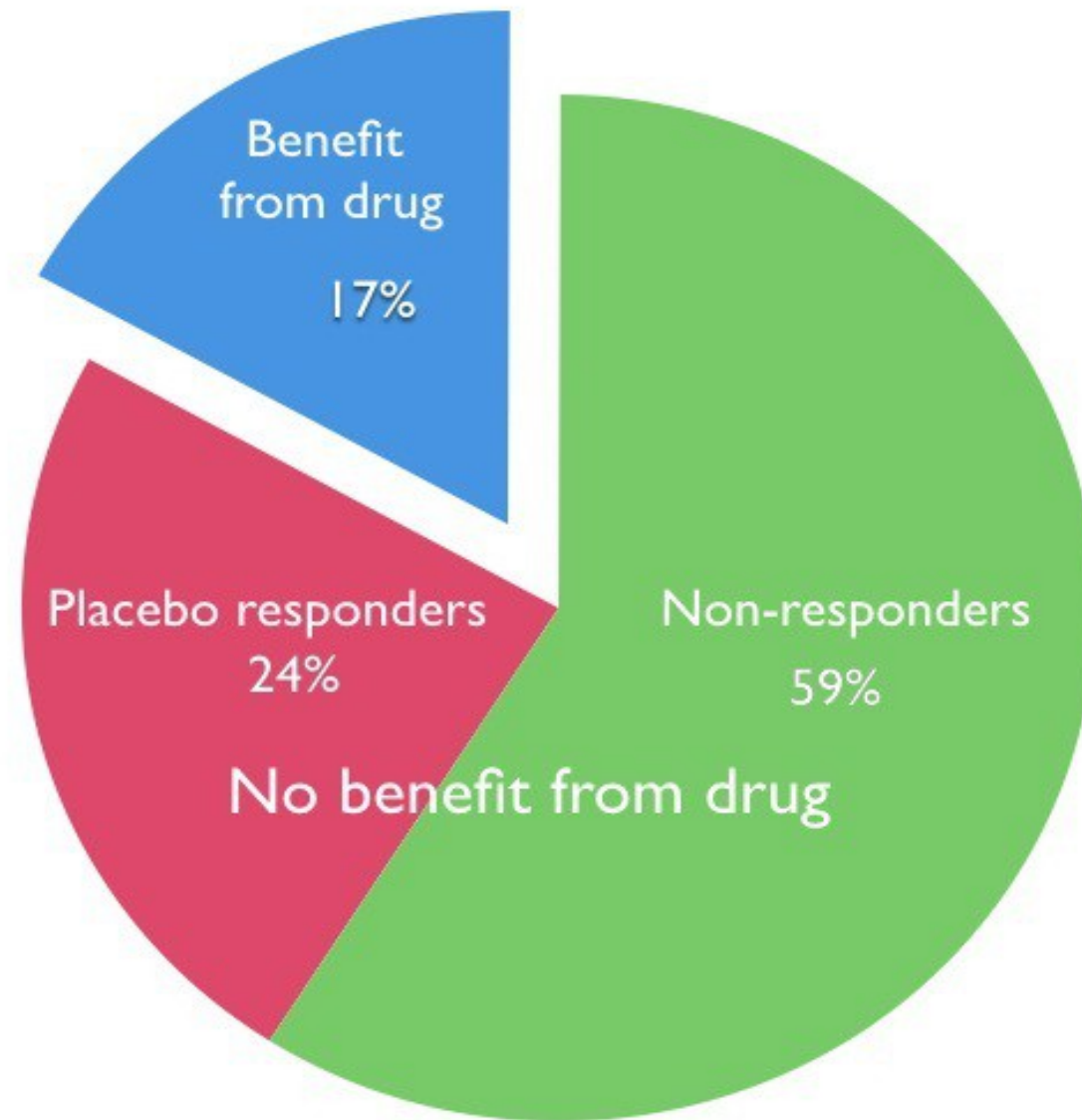
Slutningen: «Effektene av antipsykotikafri behandling for personer med aktiv psykose er derfor usikker.» er feil fordi direkt effekt av psykososial behandling ble eksplisitt ekskludert

# 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.»

# Non-responders minimum reduction



(mainly minimum PANSS-score reduction i.e. 20-30 %)

In Leucht's meta-analysis of antipsychotics, the NNT was six.

Leucht et al. 2009: How effective are second-generation antipsychotics?

# How Many Patients With Schizophrenia Do Not Respond to Antipsychotic Drugs?

Guidelines: 20-30%

Samara, Leucht et al. 2018:

PANSS/BPRS reduction cut-off of	nonresponse
$\leq 0\%$	19.8%
$< 25\%$	43%
$< 50\%$	66.5%
$< 75\%$	87%

# Nevroleptikas effekt og usikker og delvis fraværende evidens

**Bola 2011:** With only few data and limited useable data it is not possible to arrive at definite conclusions

«Det er usikkert om symptomer på psykose påvirkes av antipsykotika ved tidlig psykose.» **FHI:** SBN 978-82-8406-009-5, 2019

**Bjornestad, Larsen et al. 2017** evidens for vedlikeholdsmedisinering mangler: «Due to the lacking long-term evidence base (**Sohler et al., 2016**)»

**Bjornestad et al. 2017:** (between 8,1 (after 1996) and 20% (1941-1955) of service users with FEP achieve clinical recovery (**Jaaskelainen et al., 2013**)”

# 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%)**

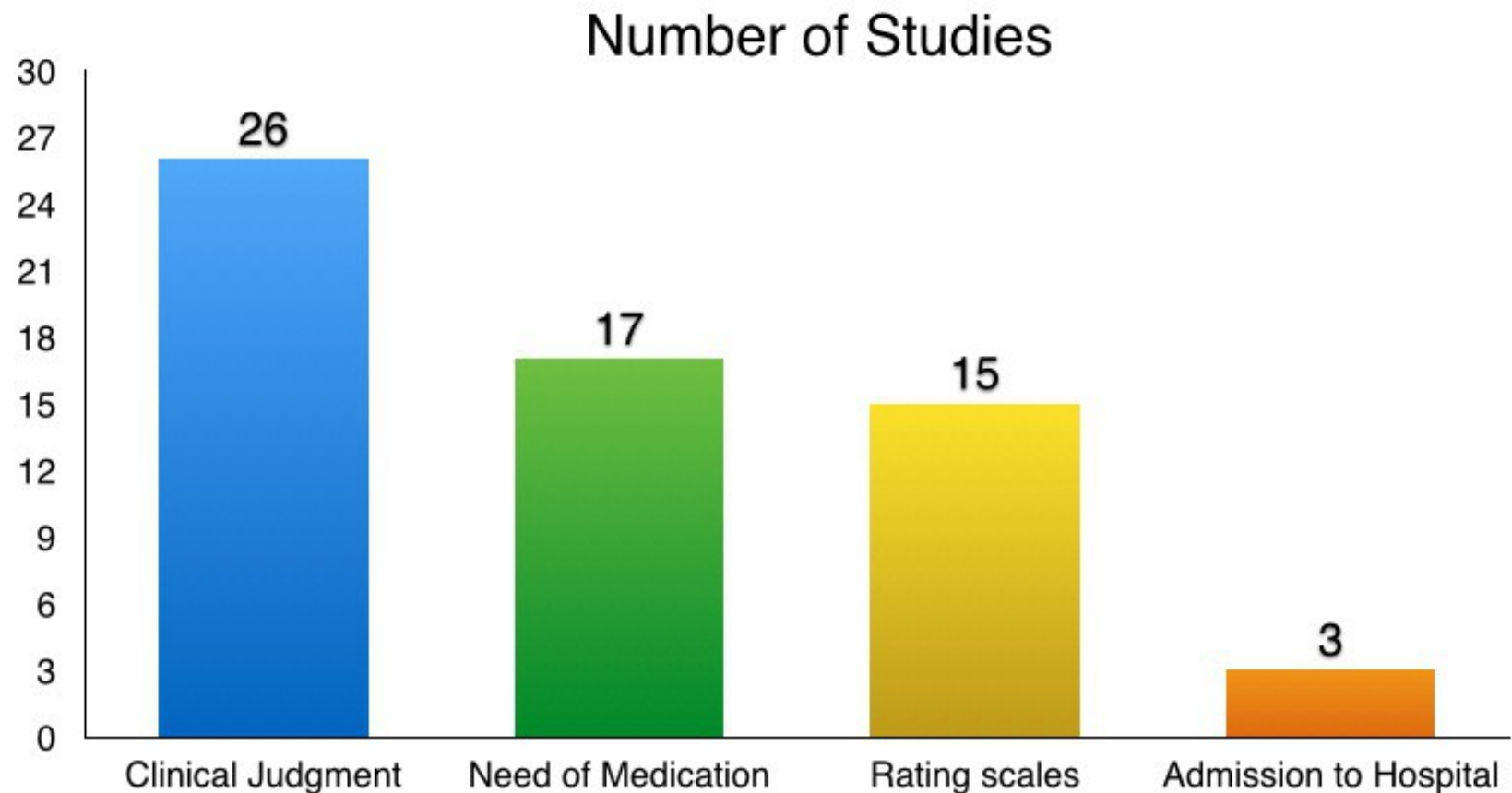
**→ NNTB = 3**

**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.

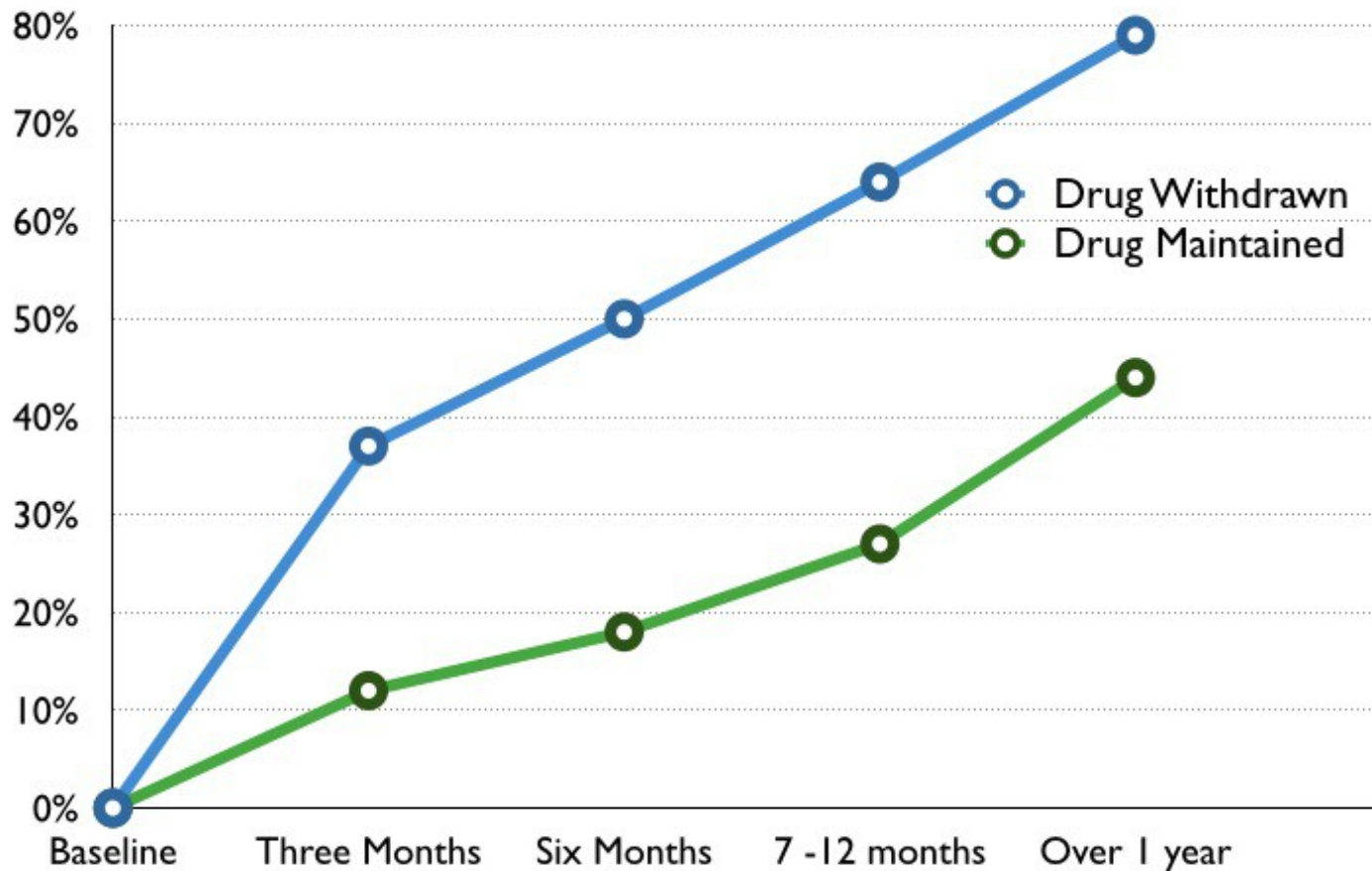
# How Relapse Was Determined



Leucht et al. 2012: Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia



# Relapse Rates Over Time



Leucht et al. 2012: Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia

# Effektene: Korttid, tilbakefall og langtid

9% får god symptomreduksjon ([Leucht 2017](#)), men det er usikker ([Bola 2011](#), [FHI](#))

NNT 3 ([Leucht 2012](#)) (NNT 4 Paulsrudutvalg) for forebygging av tilbakefall

[Bjornestad et al. 2017](#) evidens for vedlikeholdsmedisinering mangler: «Due to the lacking long-term evidence base ([Sohler et al., 2016](#))...»

94% opplever bivirkninger: Opp til 93% slutter

[Bergstrøm et al. 2018](#): Halvering av medisinering  
dobler recovery: uføretrygd, reinnlegelse, behandling

# Svakheter av studiene

Opptil 80% av pasientene med de verste sykdomsutslagene blir ekskludert ([Humphreys 2017](#))

[Odlaug et al. 2014](#) konkluderer for «39 kliniske studier og fant 72% av de 325 pasientene ville blitt ekskludert fra studier utført mellom 1980 og 2010»

[Hoertel et al 2013](#) rapporterer at 80% med «panic disorder» har blitt ekskludert fra studiene om schizofreni.

97 prosent av legemiddelstudier støtter sponsoren ([forskning.no](#) med referanse til [Flacco et al 2015](#))

[Danborg et al. 2019](#): «The use of antipsychotics cannot be justified based on the current evidence»

# FN komite mot tortur og annen umenneskelig, ... behandling anbefaler i CAT/C/NOR/CO/8

22. The Committee reiterates its recommendation (see CAT/C/NOR/CO/6-7, para. 14) that the State party:

- (a) Ensure that every competent patient, whether admitted voluntarily or involuntarily, is fully informed about the treatment to be prescribed, including shielding, and given the opportunity to refuse shielding, treatment or any other medical interventions, such as the administration of neuroleptic drugs and electroconvulsive treatment;

# Påstand: 80 % effekt

**Norment:** «Mer enn 80% av pasientene som kommer til første gangs behandling opplever en full tilbakegang av symptomene sine»

Opplevelse skal legitimere at placebo telles med

Antageligvis minimal symptomlette (20%) lagt til grunn

Nevroleptika brukes akutt ikke bare FEP

**94%** av pasientene opplever bivirkninger og derfor slutter 2/3 del **opp til 93%** å ta antipsykotika

Men behandlere ser frafall som problem, vanskelige og syke pasienter som mangler innsikt, kan gjøre tvang nødvendig

# Påstand: 20% behandlingsresistent

**Norment:** «Antipsykotiske medisiner er effektive medikamenter ved schizofreni. Medisinene virker ikke like godt hos alle pasienter og har begrenset effekt på de primære symptomene hos rundt 20 prosent av de som behandles»

God akutt symptomreduksjon for 9% av pasientene ([Leucht 2017](#))

Placebo 14% dvs. for 79% «nonresponders» er god symptomlindring ikke oppnådd

Minimal symptomreduksjon dvs. 20% er klinisk ikke observerbart

# Bruk av nevroleptika

9% har god akutt symptomlette ([Leucht et al. 2017](#))

94% opplever bivirkninger

«opp til 93%» slutter med å ta nevroleptika hvis de kan

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.» [FHI rapport 8-2009](#)

Mer enn [halvparten av pasientene](#) ønsker medisinfri

Tvangsmedisinering støtter opp om overmedisinering

# Reducing antipsychotic drugs in stable patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized controlled pilot trial

Maximilian Huhn, Claudia Leucht, Philipp Rothe, Stefan Leucht et al.

February 2020 European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience

N = 20 Reduction group, control group (no reduction)

maintenance treatment: relaps prevention, but side effects (e.g. weight gain, sedation) reduce their quality of life, may reduce brain volume, recovery reduction (Harrow, Wunderink)

**dose-reduction was 42%**

→ Relapse rates in groups were not significantly different

→ None of the outcome measures was significantly different

The primary outcome was relapse of positive symptoms.

Symptom severity, social functioning and side effects were also examined as secondary outcomes.

The RCT provides evidence, that reduction of antipsychotic medication in chronic stable schizophrenic patients may be feasible.



## Oversikt over bivirkningene : kilder og størrelse

[Norsk legemiddelhåndbok](#) nevner ca. 11 mulige bivirkninger bl. a. sedasjon, metabolske (f. eks. vektøkning) intellektuell og emosjonell hemning. Her er et utvalg motoriske bivirkninger og tardive dyskineser:

kilde	type	pasienter i % fra – til
<a href="#">Informasjonsbrosjyren</a> (2)	cramping of the tongue and the muscles of the throat, or visual cramps (early dyskinesia)	2-25%
<a href="#">Informasjonsbrosjyren</a> (2)	limitations on movement, rigid gaze, trembling (drug-induced Parkinson syndrome)	15-30%
<a href="#">Informasjonsbrosjyren</a> (2)	tortuous restlessness of the legs (akathisia)	20-25%
<a href="#">Informasjonsbrosjyren</a> (2)	permanent involuntary movement, especially of the tongue, mouth or facial muscles (tardive dyskinesia)	15-20%
<a href="#">NHI informerer slik</a>	tardive dyskinesier forekommer hos så mange som 15-30% av de pasientene som behandles med antipsykotiske medikamenter i 3 måneder eller lengre.»	15-30%
<a href="#">Leslie Citrone 2011</a>	Weight gain > 7%	1,5-16%
<a href="#">Leslie Citrone 2011</a>	Somnolence	2,4-14%

Det vil si at bivirkningene er for flere pasienter enn symptomlette.

# Kritikk av effektstudiene

Ingen reelle placebo grupper, men er egentlig seponeringsforsøk ([Cochrane.org 2011](#))

**FHI:** «Det er usikkert om symptomer på psykose påvirkes av antipsykotika ved tidlig psykose.»

Opptil **80% av pasientene** med de verste sykdomsutslagene blir ekskludert ([Humphreys 2017](#))

**Danborg et al. 2019:** «The use of antipsychotics cannot be justified based on the evidence we currently have.»

97 prosent av legemiddelstudier støtter sponsoren ([forskning.no](#) med referanse til [Flacco, et al 2015](#))

Sponsorer kan avslutte studier og forby publisering

# Retningslinjer ikke forskningsbasert

*Legemidler med antipsykotisk effekt er en av de behandlingsformene som har godt dokumentert virkning på symptomene ved psykoselidelser: Ingen langtidsevidens, usikker lav (9%) korttidseffekt for god symptomdemping*

*Ved adekvat legemiddelbehandling blir over halvparten upsykotiske i løpet av tre måneder: Ingen referanse. Hva er «upsykotisk»?*

*FEP bør tilbys vedlikeholdsbehandling i to år. Pasienter med tilbakefall bør tilbys langvarig vedlikeholdsbehandling (opp til fem år). Vilkårlig. Ingen evidens*

# 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)

# Hva mener pasientene?

52 av 100 pasienter innlagt i psykiatrisk institusjon ville ha ønsket et medikamentfritt behandlingstilbud dersom det fantes.

Andelen som ville ha ønsket et medikamentfritt behandlingstilbud, var høyest blant pasienter innlagt etter tvungen hjemmel og blant pasienter som opplevde dårlig effekt av psykofarmaka.

[Heskestad et al. 2019](#): Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene? Publisert: 2. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen 2019. doi: 10.4045/tidsskr.18.0912

# 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.

Skeptiske mistenksomme pasienter er problemet 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

# 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 einssidig kva behandling som er best for mennesket som søker hjelp
- feil og manglar, både i kunnskapsgrunnlag og forking, med tette band til legemiddelindustrien.



# Medikamentfri psykiatrisk behandling – hva mener pasientene?

52 av 100 pasienter ville ha ønsket et medikamentfritt behandlingstilbud dersom det fantes. Høyest andel ble registrert blant pasienter innlagt på tvang (10 av 13 pasienter) og blant de som opplevde minst nytte av sine medisiner (17 av 25). Selv blant pasienter som oppga god nytte av sine medisiner, var det en betydelig andel som ønsket medisinfrihet (24 av 58). Majoriteten av pasientene hadde lange sykdomsforløp og høyt forbruk av psykofarmaka.

# Psykiatriciens myter

Det er uetisk å unnlate å behandle med nevroleptika -> antipsykotikanaive studier mangler, alle får tilbud og nesten alle blir medisinert i begynnelsen, få studier om medisinfri behandling

«Tilbakefall» etter seponering skyldes bare at sykdom kommer tilbake -> seponeringseffekter feiltolkes, det oppfattes ikke at det er feil å medisinere alle

To års studier om tilbakefall er tilstrekkelig og støtter langtidsmedisinering -> manglende evidens ignoreres, 60 års uetisk eksperimentell sjansespill med pasienters helse. Erfaringsdata ([Harrow et al. 2017](#)) og registerstudier ([Bergstrøm et al. 2018](#)) viser helseskade av denne overmedisinering

# Mortality: FIN11 study

**De Hert et al 2010:** exclusion of deaths occurring during hospitalization leading to exclusion of 64% of deaths on current antipsychotics from the analysis

25% person-years of **FIN11** patients outpatient care where on “no use of drugs”

**Bergstrøm et al. 2018** found 97,3% of “all Finnish FEP patients” on drugs at some point (inpatient/outpatient)

«no use of drugs» not antipsychotic naive patients

Withdrawal effects added to «no use of drugs», i. e. not real, inpatient hospital patients forgotten

# 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment

Cohort (N=4,217 antipsychotic users and N=3,217 nonusers) at cohort entry (on discharge from first psychiatric hospitalization)

“No use” indicates that the patients have not used antipsychotics in outpatient care after discharge from hospital.

«no use of drugs» not antipsychotic naive patients

**Bergstrøm et al. 2018** found 97,3% of “all Finnish FEP patients” on drugs both inpatient and outpatient

Withdrawal effects added to «no use of drugs» group

# 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality (FIN20)

Inpatient «One theoretical source of bias is that a patient may experience a side effect and discontinue medication, be hospitalized a few days or weeks later, and counted as a non-user of antipsychotic drugs.»

[Bergstrøm et al. 2018](#) found 97,3% of “all Finnish FEP patients” on drugs at some point, both inpatient and outpatient

«no use of drugs» not antipsychotic naive patients

Withdrawal effects added to «no use of drugs» i. e. not real, outpatient patients forgotten

# Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality

No antipsychotics: SMR = 1.29

One antipsychotic: SMR = 2.97

Two antipsychotics: SMR = 3.21

Three or more antipsychotics: SMR = 6.83

Conclusion: “The present study demonstrated a graded relationship between the number of neuroleptic drugs prescribed and mortality of those with schizophrenia.

# «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.

# Discontinue forced treatment and hospitalization immediately

30. January 2017 (ref. [UA Norway 1/2017](#))

UN Working Group on Arbitrary Detention, the UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities and the UN Special Rapporteur on the right to Health

Klage at tvang ble på nasjonalt nivå opprettholdt i både tingretten, lagmannsretten og høyesterett

Konvensjonene CCPR, CAT, CESCO og CRPD lagt til grunn



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

## Empowerment: Slik avsløres feilinformasjon i psykiatrien

«Antipsychotics are effective» recovery?

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

Opplyses om størrelsen av symptomreduksjonen?

Er placebo-effekten regnet med i effekten?

Opplyses at antipsykotikanaive studier mangler?

# Eksempler på utsagn

Hvordan defineres "antipsychotics are effective"?

Antipsykotiske midler ... førte til en **revolusjon** i behandlingen av psykose. Hos det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette, funksjonsbedring

Antipsykotika er **effektive i behandlingen** av schizofreni men 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**)

# Eksempler av påstander

**Retningslinjene 8.13.3.1** Oppstart av behandling for første gang: Pasienter med førstegang-psykose har vanligvis god behandlingsrespons på anti-psykotiske legemidler. Ved adekvat legemiddelbehandling blir over halvparten **upsykotiske** i løpet av tre måneder.

Hva er «upsykotisk»? Hva er referansen?

**NORMENT: Mer enn 80%** av pasientene som kommer til første gangs behandling opplever en full tilbakegang av symptomene sine.

**Antipsykotika- stor effekt**, men alvorlige bivirkninger

# Motor disturbances

- cramping of the tongue and the muscles of the throat, or visual cramps (early dyskinesia; risk 2-25%)
- limitations on movement, rigid gaze, trembling (drug-induced Parkinson syndrome; 15-30%)
- tortuous restlessness of the legs (akathisia; 20-25%)
- permanent involuntary movement, especially of the tongue, mouth or facial muscles (tardive dyskinesia; 15-20%)

# Ingen evidens for langtidsbehandling

Leucht et al. 2012, page 27 "... nothing is known about the effects of antipsychotic drugs compared to placebo after three years"

Bjornestad et al. 2017: «Due to the lacking long-term evidence base (Sohler et al., 2016)

FHI ISBN 978-82-8121-958-8: Det finnes ingen evidens for vedlikeholdsbehandling ut over 3 år

FHI 2019 ISBN 978-82-8082-948-1: om langtids effekt av antipsykotika: "grensene 2 år og oppfølging 5 år er «arbitrære» "

# Sivilombudsmannens uttalelse

«stor sannsynlighet (...) til helbredelse eller vesentlig bedring» (phvl. § 4-4).

SOM: uriktig forståelse kravet til stor sannsynlighet ... vedtakene om tvangsmedisinering ulovlige.

17.1.19: «Helsedirektoratet arbeider for øyeblikket med en ny kunnskapsoppsummering om effekten av antipsykotika.»

Zhu et al, 2017 «viser at bedring i sine symptomer mens 80% har en 20% bedring av i sine symptomer i studieperioden»

# Fremmer tvangsmedisinering helse?

FN sin rapporteur for rett til helse:

- Urgent Appeal to Norway to discontinue forced treatment immediately **30. January 2017**
- «The concept of ‘**medical necessity**’ behind non-consensual placement and treatment falls short of scientific evidence and sound criteria.» 10 October 2015
- «World needs “**revolution**” in mental health care». “failures of a system that relies too heavily on ...excessive use of psychotropic medicines»

Ot.prp. nr. 11 (1998 – 1999), «[b]ehandlingstiltak som har usikker virkning (...) skal ikke kunne brukes som tvangsbehandlingstiltak».

# Why I Am Not a Psychiatrist, 2019

Professor of Psychiatry Emeritus Scott Waterman,  
M.D., M.A. sammenfatter sine erfaringer:

As the story of the systematically exaggerated efficacy, along with underplayed (not to mention actively hidden) risks of various pharmacotherapies unfolded, one conclusion became inescapable: massive conflicts of interest between the profession and the pharmaceutical industry had rendered psychiatry a case study in institutional corruption.



# Hvorfor effekt bedre enn placebo?

**Leucht et al. 2003:** relapse rates, risk difference, NNT=4

**Paulsrud-utvalg 2011:** «Den absolutte forskjellen i risiko for ikke å nå bedringsmålet er stort sett mellom 10 og 20 %» (bedre enn placebo), NNT=5-10

**Leucht et al. 2012:** The absolute difference (RD) in responder rates was at 18% (41% responded to drug 24% to placebo, number needed to treat=6).

**NOU 2019:14** Side 242: «antipsykotiske medikamenter reduserte tilbakefallsfaren fra 64 prosent i placebogruppen til 27 prosent. Forskjellen tilsier at en må behandle tre pasienter i ett år for å hindre ett tilbakefall.»

# Ingen interesse å forske på bivirkninger

Number of citations in content search for “tardive dysphoria” or “antidepressants and long-term course of depression” in top 5 psychiatric journals.

Journal	Number of articles
<i>JAMA Psychiatry</i>	0
<i>World Psychiatry</i>	0
<i>Molecular Psychiatry</i>	0
<i>American Journal of Psychiatry</i>	0
<i>The Lancet Psychiatry</i>	0

# 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](#).

# Medisinfri

## ***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

<b>Kilde</b>	<b>Respons (f. eks. symptomreduksjon)</b>	<b>Effektstørrelse % fra – til</b>	<b>Effektstørrelse NNT fra – til</b>
<a href="#"><u>Leucht et al. 2017, nevroleptika</u></a>	«god respons» 50%	9%	NNT=11
<a href="#"><u>Fiona Pharoah et al., 2010, familierterapi</u></a>	<a href="#"><u>relapse events and hospitalisations</u></a>		NNT=7
<a href="#"><u>Irene Bighelli et al., 2018, kognitiv terapi</u></a>	«minimal respons» 20%	44,5%	
<a href="#"><u>Irene Bighelli et al., 2018, kognitiv terapi</u></a>	«god respons» 50%	13,2%	
<a href="#"><u>Morrison et al 2012, kognitiv terapi</u></a>	«god respons» 50%	50%	NNT=2
<a href="#"><u>Paul M Grant et al 2017, CT-R kognitiv terapi</u></a>	<a href="#"><u>CT-R Compared to TAU</u></a>		Negativ: NNT= 4,4 Positiv: NNT=2
<a href="#"><u>Rappaport et al 1978</u></a>	<a href="#"><u>reinnleggelse</u></a>		NNT=2.9
<a href="#"><u>Haram et al. 2018, Psychotherapy, dialog therapy</u></a>	<a href="#"><u>Global Assessment of Functioning (GAF-S)</u></a>		NNT=1.15 (GAF-S)

## 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**

# 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**

Er schizofreni en uhelbredelig sykdom som krever medisinerer livet ut?

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

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

# Paradigmeskifte i psykiatrien?

Hva er det vitenskapelige grunnlag  
av psykiatrisk praksis?

Hvilken evidens bygger behandlingen på?

Bidrar behandlingen til at pasientene blir  
frisk (**recovery**)?

Blir menneskerettighetene respektert?

Hva kan gjøres?

# Paulsrud utvalg, langtidseffekt

«[Paulsrud utvalget 2011](#) som viser at antipsykotika har litt bedre effekt enn placebo.

Ved akutte psykoser er effekten (symptomdemping) 10–20 prosent bedre, ved langtidsbehandling (hindre tilbakefall) 2 år 25 prosent bedre»

Det finnes ingen evidens for vedlikeholdsbehandling ut over 3 år (FHI, Leucht et al 2012). Bjornestad, Larsen et al. 2017 «Due to the lacking long-term evidence base ([Sohler et al., 2016](#))...» skrevet av 10 ledende norske forskere innen psykiatri.



# Kritikk antipsykotika

- Fortied at nevroleptika er gift (Deniker P. 1960)
- Clare Parish 2011 «Antipsychotic deflates the brain»
- Ingen evidens for bruk etter 3 år (Leucht et al. 2012)
- Nesten alle studier er seponeringsstudier (Bola et al. 2011), ikke ekte placebo
- Resultat er at Open dialogue med 83% medisinfri langtids realiserer recovery slik 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

# Effekt «antipsykotika»

Leucht et al 2009 41%-24% placebo=18% av pasientene får symptomlindring, typisk 3 måneder

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

Ketil Lund: **Tvangsmedisinering er ulovlig**, da krav til sannsynlighet (EMK Art. 3) ikke møtt

**Sivilombudsmannen uttalelse 21.1.2019 (2017/3156)**

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 innleggelseser uten antipsykotika, 3 år follow-up

# Kritikk effekt

[Leucht et al 2012](#) omhandler vedlikehold. Studiene omfatter mellom 7 og 12 måneder. 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**»

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

[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

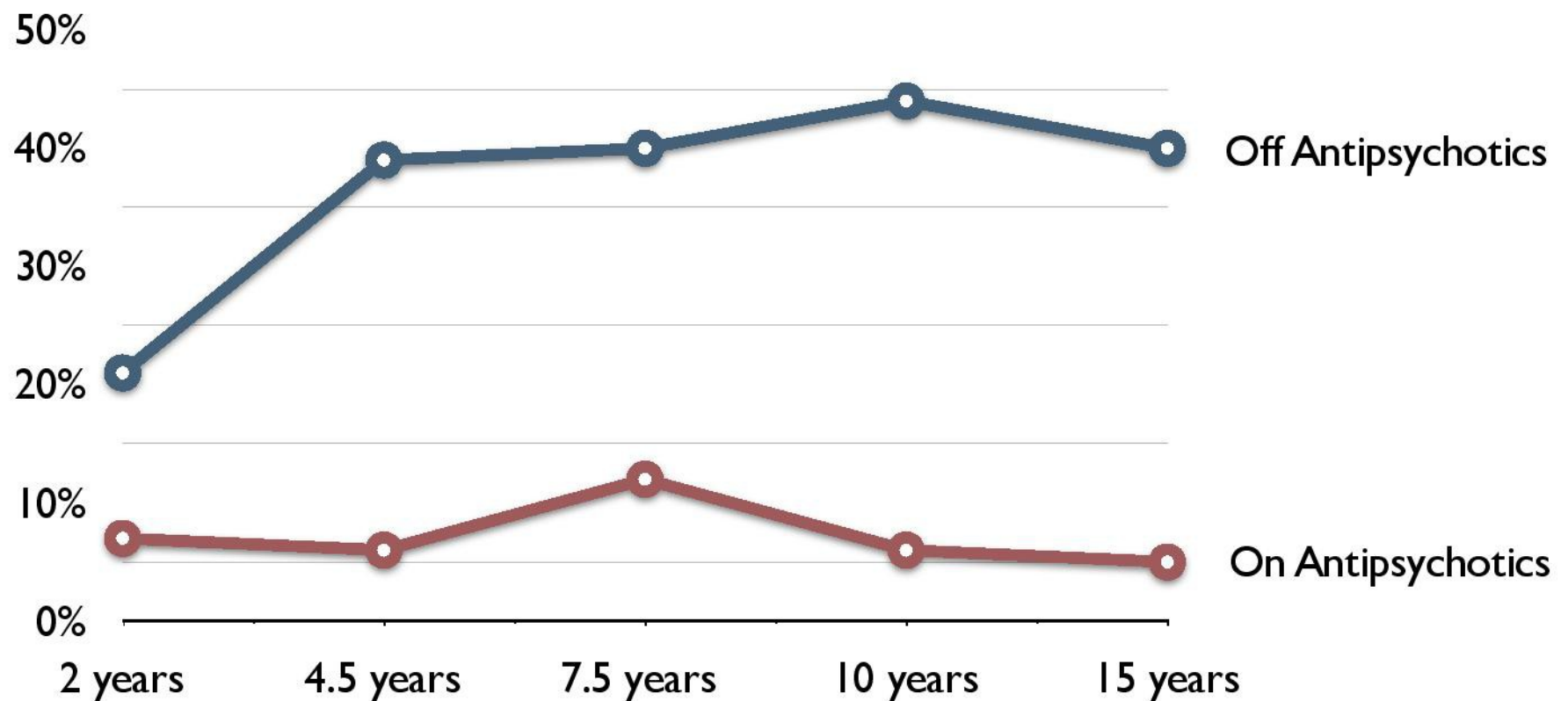
# «Antipsykotisk» medisin

- bivirkninger sløvhet, skjelving, overvekt, psykisk syke har **15 til 20 år redusert levealder**
- **Council for Evidence-based Psychiatry**: Ser på recovery
- **Martin Harrows langtidsforsøk 2008**: medisinfri behandling: 50% i arbeid, antipsykotisk med. 5 %
- Clare Parish 2011 **«Antipsychotic deflates the brain»**
- **Peter C. GÖTZSCHE 2015**: «(S)amlet set er psykofarmaka den tredjehyppigste dødsårsag i vestlige lande, etter hjerte-kar-sygdomme og kreft».
- «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 forårsaker økt uføretrygd

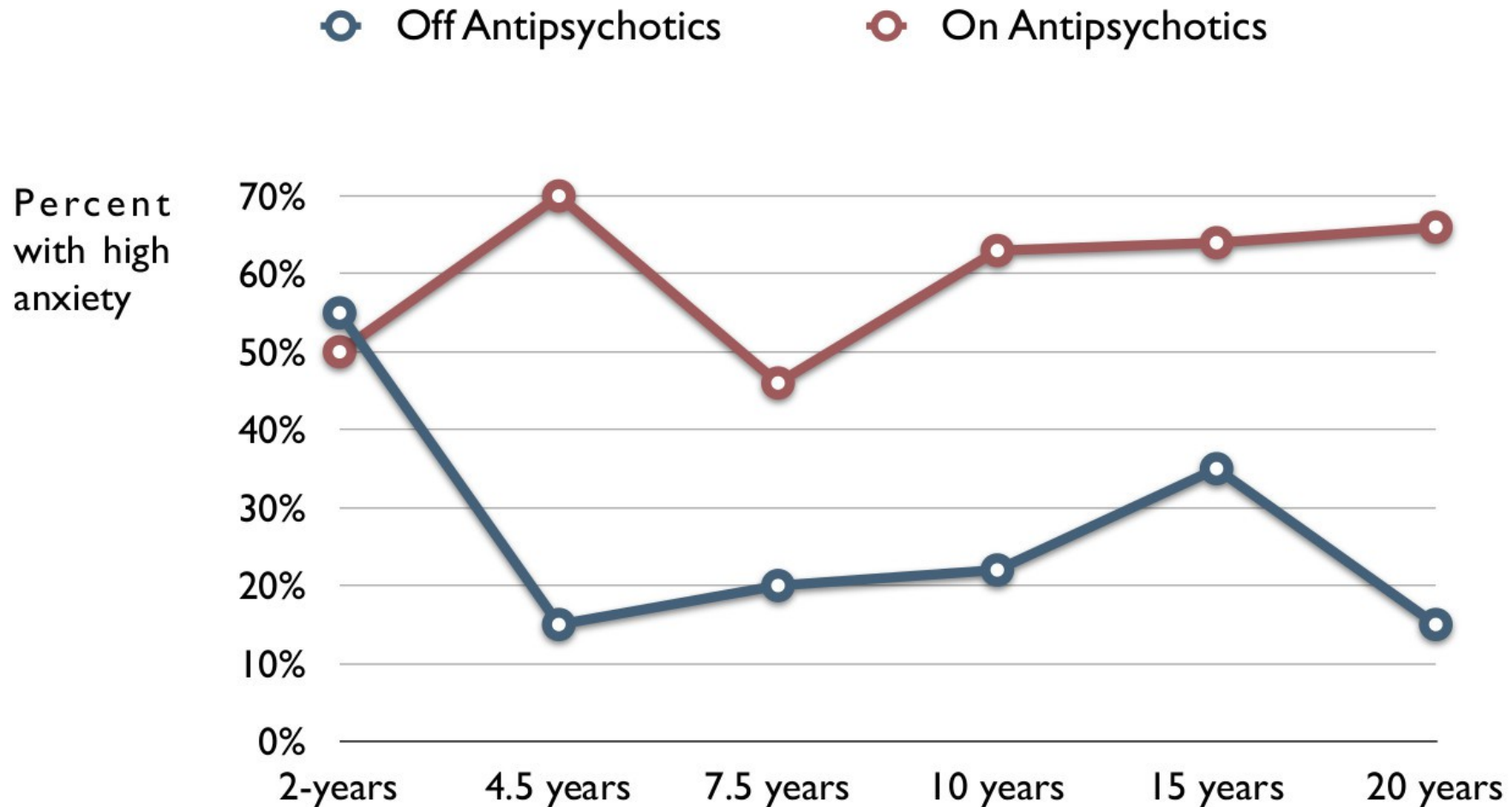
# Martin Harrow

## Journal of Nervous and Mental Disease 195 (2007):406-14:

### Long-time Recovery Rate of Schizophrenia Patients



# Anxiety Symptoms of Schizophrenia Patients



Source: Harrow M. "Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study." *Psychological Medicine*, (2012):1-11.

# Fra symptombehandling til recovery

## Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users ([Bjørnestad 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 ([Bjørnestad 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."

# 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)
- Mindfullnes, acceptance and compation as means of change

Se «Alternative Responses» in [Dorozenko et al. 2017](#): «A Critical Literature Review of the Direct, Adverse Effects of Neuroleptics»



# 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

**Table 3**

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

	ODtotal <sup>a</sup>	ODhospital <sup>b</sup>	CG <sup>c</sup> (N = 1763)	Statistics <sup>d</sup>	
	(N = 108) (%)	(N = 75) (%)	(%)	$\chi^2$	<i>p</i>
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 <sup>e</sup>	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 <sup>e</sup>	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 <sup>e</sup>	33	44.1	61	6.7	0.01

<sup>a</sup> Open Dialogue –group, includes all persons from the OD cohort.

<sup>b</sup> Includes only persons from the OD cohorts with one or more admissions.

<sup>c</sup> Control group.

<sup>d</sup> Comparison: OD(hospital) and CG.

<sup>e</sup> Only people still alive in 2015 included (N = 1564).

**Table 3**

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

	ODtotal <sup>a</sup> (N = 108) (%)	ODhospital <sup>b</sup> (N = 75) (%)	CG <sup>c</sup> (N = 1763) (%)
Treatment patterns			
> 30 hospital days	18.5	54.5	94.4
Re-admission(s) Treatment	45.4	63.6	90.5
contact at the end of follow-up <sup>c</sup>	27.8	35.3	49.2
Neuroleptics			
At onset	20.4	25	70.1
At some point	54.6	63.6	97.3
At the end of follow-up <sup>c</sup>	36.1	47.1	81.1
Disability allowances			
At some point	41.7	53.2	78.8
At the end of follow-up <sup>c</sup>	33	44.1	61

# 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 det er ca. 56 av ca. 4000 senger

# 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](#)

# Bighelli 2018: Psychological interventions

Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: systematic review and network meta-analysis

"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."



# Min konklusjon

- Mine kjepphester: studerte (vitenskap), selvbestemmelse (rettigheter) og transparens
- Psykiatri: uvitenskapelig, krenker selvbestemmelse med tvang, intransparent
- Reaksjon: reservasjon mot **sedering** og **tvang** (undersøkelse, diagnostisering, behandling)
- ca. 50 **leserbrev**, ca. 1000 refusjoner
- **Skyggerapport** til FN mot tvang pga. tortur

# Avslutning

Spørsmål?

Kommentarer?

Har dere lært noe?

Har noen skiftet mening?

Takk for meg