

W. Keim: Spørsmål til alle:

Trengs det et paradigmeskifte i psykiatrien?

Ja/Nei

Gjør antipsykotika mer skade enn nytte?

Ja/Nei

PS: Alle får kort kommentere eget svar

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?

Innhold

Feilmedisinering av demente med «antipsykotika»

Terminal sedering

Klage NPE

Høyesterettsavgjørelse

«Antipsykotisk» medisin: Nye forskningsresultater

Internasjonal: 5 FN komiteer, Europaråd, MDAC

Nasjonal: LDO, HD, FFO og Erfaringskonferanse

Konklusjon: tvang burde ifølge FNs torturtilsyn forbys

Skyggerapport

Hva gjør aktørene og hvorfor gjør de det?

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](#))

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)

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.

Basis 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](#))
- Alle får tilbud. [Svedberg et al. 2001](#) rapporterer 93%, [Waterreus et al., 2012](#) sier 90% i Australia
- I alle vedtak om tvangsmedisinering blir «stor sannsynlighet» for positiv effekt påstått

Er nevroleptika gift?

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.)

Dette ble fortiet, men

- Rappaport et al. 1978 fant en tredjedel mindre reinnleggelser for umedisinerte
- Clare Parish 2011 «Antipsychotic deflates the brain»
- Flere studier viser at medisinfri behandling er bedre f. eks. Morrison et al 2014, Grant et al 2017, Klingberg et al. 2012, Hutton P, Taylor PJ 2014

Mangel av antipsykotikanaive studier

«(D)e første antipsykotika ble utviklet for omtrent 60 år siden. 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...Hvis man slutter brått med antipsykotika, er faren for tilbakefall stor. Det er vanskelig å fastslå for den enkelte pasient hvorvidt tilbakefallet skyldes abstinens og hva som skyldes bortfall av en mulig beskyttende effekt av antipsykotika.» FHI Smedslund, Stoltenberg. Tidsskr Nor Legeforen 2018
[doi: 10.4045/tidsskr.18.0729](https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0729)

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

Feilmedisinering demente, Tyskland

- Haldol i tillegg til Madopar:
- Etter 4 uker: problemer å gå, snakke, spise, sikling
- Seponering: Nesten bra som før etter en uke, liten appetitt
- Legen: Det gjør jeg alltid slik, ingen har klaget så langt
- Løsning: Styring med hjelp av fullmakt

Feilmedisinering demente, Norge

- Informasjon: Lettere sovemiddel Haldol
- Etter 4 uker stiv og kjente nesten ikke døtrene
- Bra etter ultimativ krav om seponering
- Fylkeslegen: Det er doktoren som bestemmer medisin
- **Sivilombudsmannen** stiller mange betimelige spørsmål. Uttaler seg ikke om samtykke, når det gjelder samtykkeinkompetent dement
- Pårørende maktesløs, ansatte truer å si opp

Terminal sedering

- Gjøre bevisstløs pga. uutholdelige smerter
- Dokumentert uttalt samtykke nødvendig
- Fratagelsen av bevissthet i spenningsforhold til straffeloven
- Framstår som tvangsmedisinering («var nødt til»)
- Legen: til pasientens beste
- Umenneskelig helt unødvendig grusom død
- Fylkeslegen: dikter opp stilltiende samtykke, legen har plikt å hjelpe

Klage til NPE

- Hvorfor blir mennenskerettighetene (f. eks. pasientautonomi: prl. § 4-1: behandling bare etter samtykke dvs. retten å nekte helsehjelp), pasientrettigheter (f. eks. prl. § 3-1 medvirkning, prl. § 3-2 informasjon) ignorert i den sakkyndige vurdering datert 14.8.14?
- "Hvorvidt etablert praksis strider mot pasientrettighetene/menneskerettighetene må nesten vurderes og behandles på et høyere nivå enn det NPE har retningslinjer for."
- Innsyn: Det finnes ingen retningslinjer, bare pasientskadeloven med svikt i helsehjelp

Høyesterett

- «Høyesterett har påpekt at et brudd på menneskerettighetene uansett ikke kan antas å ha innvirkning på dommen (når det gjelder reglene i tvl. kap. 36 med utgangspunkt i phvl. § 7-1) og det virker som de her inkluderer alle former for konvensjonsbrudd (Rt. 2004 s. 583, Premiss nr. 29 og Rt. 2011 s. 1666)»
- FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) blir ikke tatt hensyn til i [domsavgjørelser](#) .(f. eks. [HR-2016-1286-A](#))

Psykiatri og medisinerer

Rosenhahn eksperimentet viser at diagnoser ikke er valid og reliabel

Medisinering 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

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

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

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, 3 år follow-up

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.**

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

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.**

FHI om effekt av langtidsbehandling med antipsykotika

- 4.1.18: Vi har ikke funnet dokumentasjon om effekten av så langvarig behandling eller for å sette en grense ved fem år.
- Fagfeller: helt upubliserbar i sin nåværende form
- Jan Ivar Røssberg klager «at leseren aldri får se» hans innvendinger (joda klikk [her](#) for å se dem)
- «Kunnskapssenteret har tydeligvis en politikk med å levere ut epostutvekslingen»
- FHI direktør: Vi hevder for øvrig ikke i rapporten vår at antipsykotika er effektivt på kort sikt pga. at studiene ikke gjennomført med antipsykotikanaive pasienter...de kan bare undersøke effekten av å slutte etter å ha brukt dem.

Ingen evidens for langtidseffekt

Leucht et al. 2012: .“nothing is known about the effects of antipsychotic drugs compared to placebo after three years”

FHI 2015: I (RTC-)studiene som ble inkludert var oppfølgingstiden på inntil tre år. Det er behov for en systematisk oversikt over ... for eksempel kontrollerte kohortestudier med lang oppfølgingstid

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

FHI rapporten 2019 ISBN 978-82-8082-948-1 om effekt av langtidsbehandling med antipsykotika: «Spørsmålet om virkninger og bivirkninger av langtidsbehandling (lenger enn to år) med antipsykotika er vanskelig å besvare...»

Lov om psykisk helsevern

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

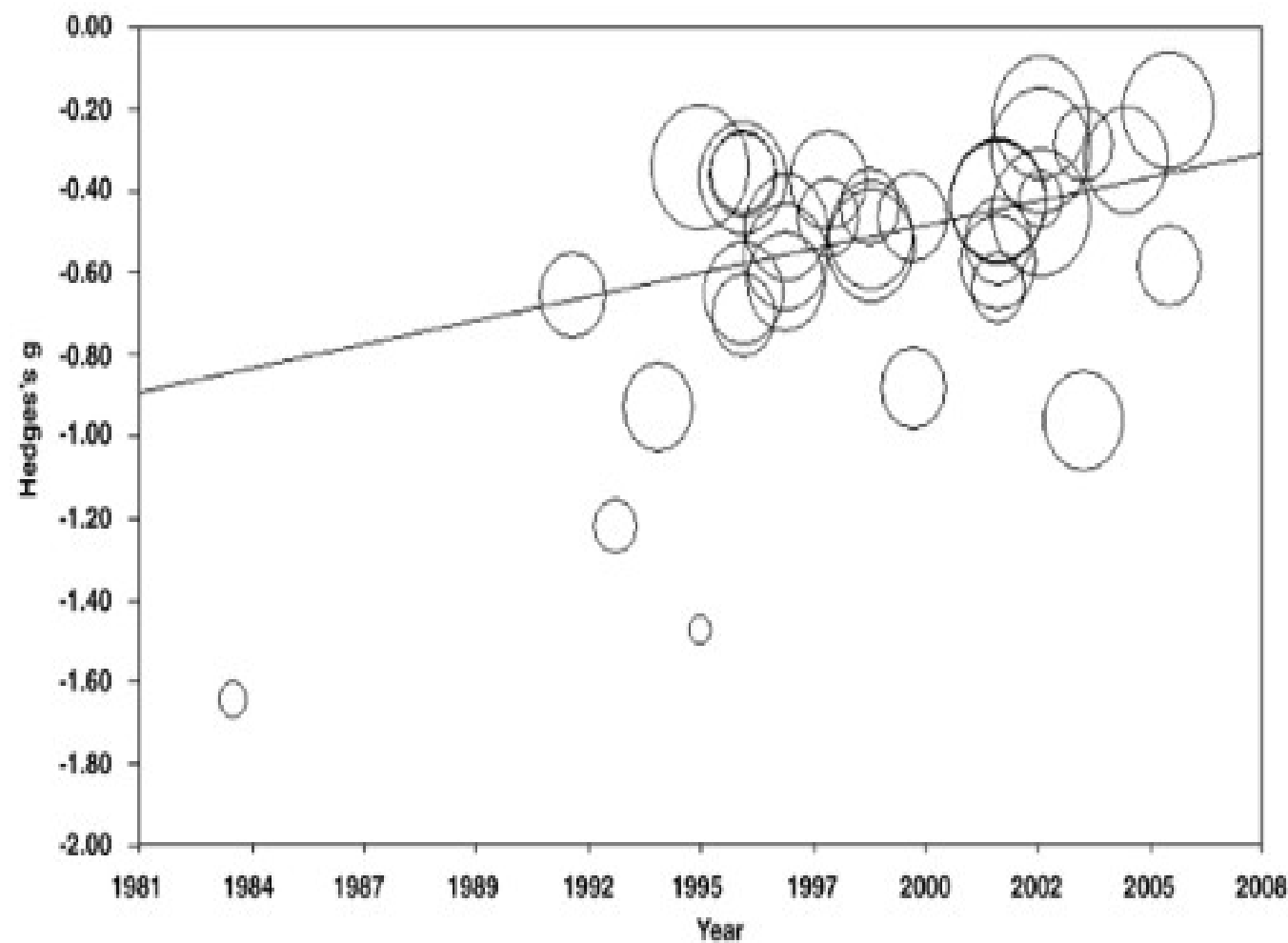
[Ketil Lund skriver i PSYKISK HELSE nr. 3 2017](#): Tvang:
– Ny lovendring ikke nok: «Det er forstemmende at gjeldende tvangsmedisinerings-praksis, som et offentlig utvalg for snart seks år siden fastslo er ulovlig, bare fortsetter.... Fylkeslegen er nærmest et latterlig klageorgan».

Erfaringene fra andre land viser det er mulig å forby tvangsmedisinering ([Legetidsskift 21.02.2017](#)).

«[Martin Zinkler. Germany without Coercive Treatment in Psychiatry—A 15 Month Real World Experience](#)»

Figure 4 Leucht et al. 2009

From: How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials



Meta-regression on the effects of publication year on the effect size for the difference between second-generation antipsychotic (SGA) drugs and placebo on reduction of overall symptoms. Slope=0.02, $Q=6.83$, d.f.=1, $P=0.0090$. Circle size

«Antipsykotisk» medisin

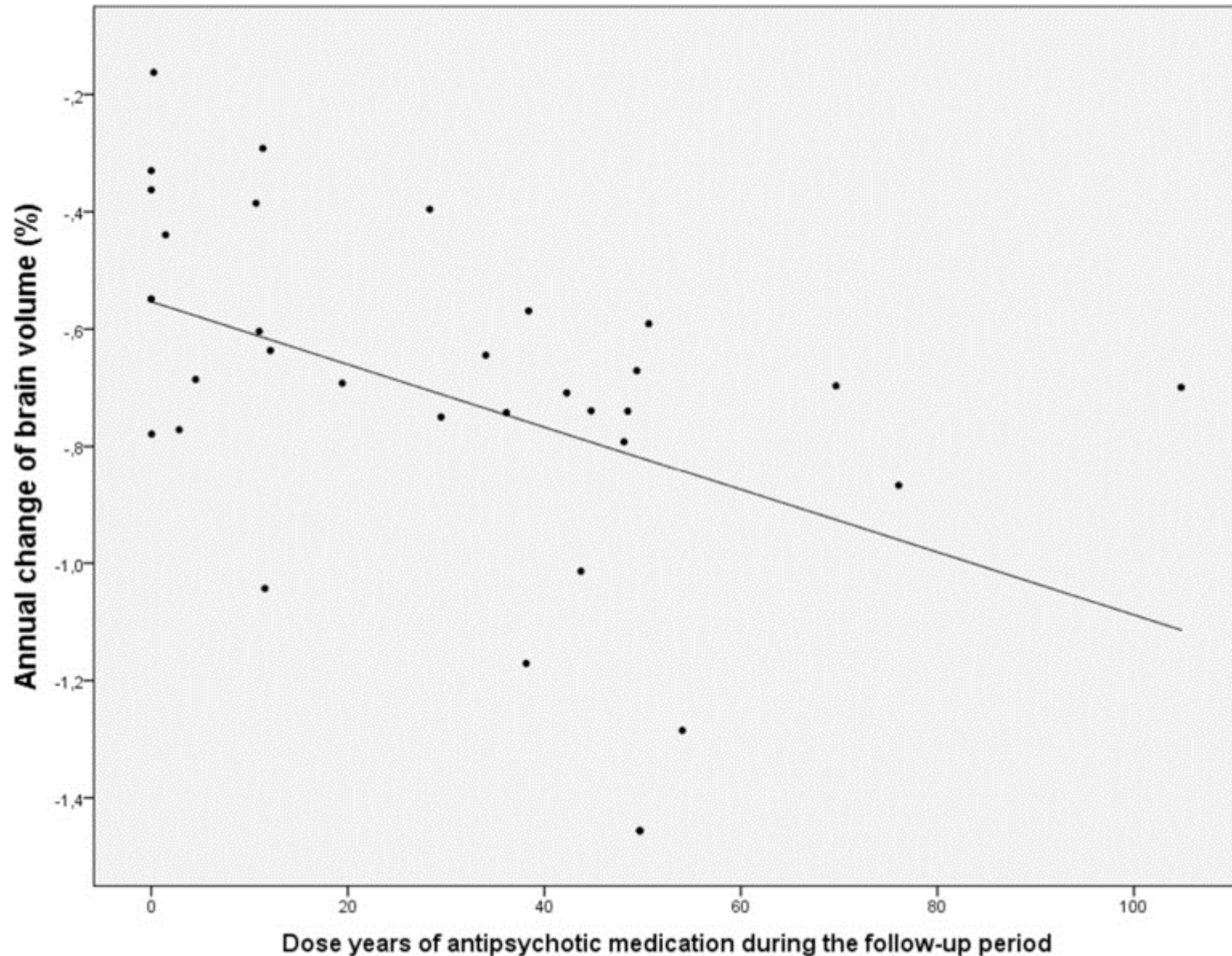
- bivirkninger sløvhet, skjelving, overvekt, psykisk syke har **15 til 20 år redusert levealder**
- Council for Evidence-based Psychiatry: Ser på recovery
- **Martin Harrows langtidsforsøk** 2008: medisinfri behandling: 50% i arbeid, antipsykotisk med. 5 %
- Clare Parish 2011 «Antipsychotic deflates the brain»
- Peter C. GØTZSCHE 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

WHO study 1992

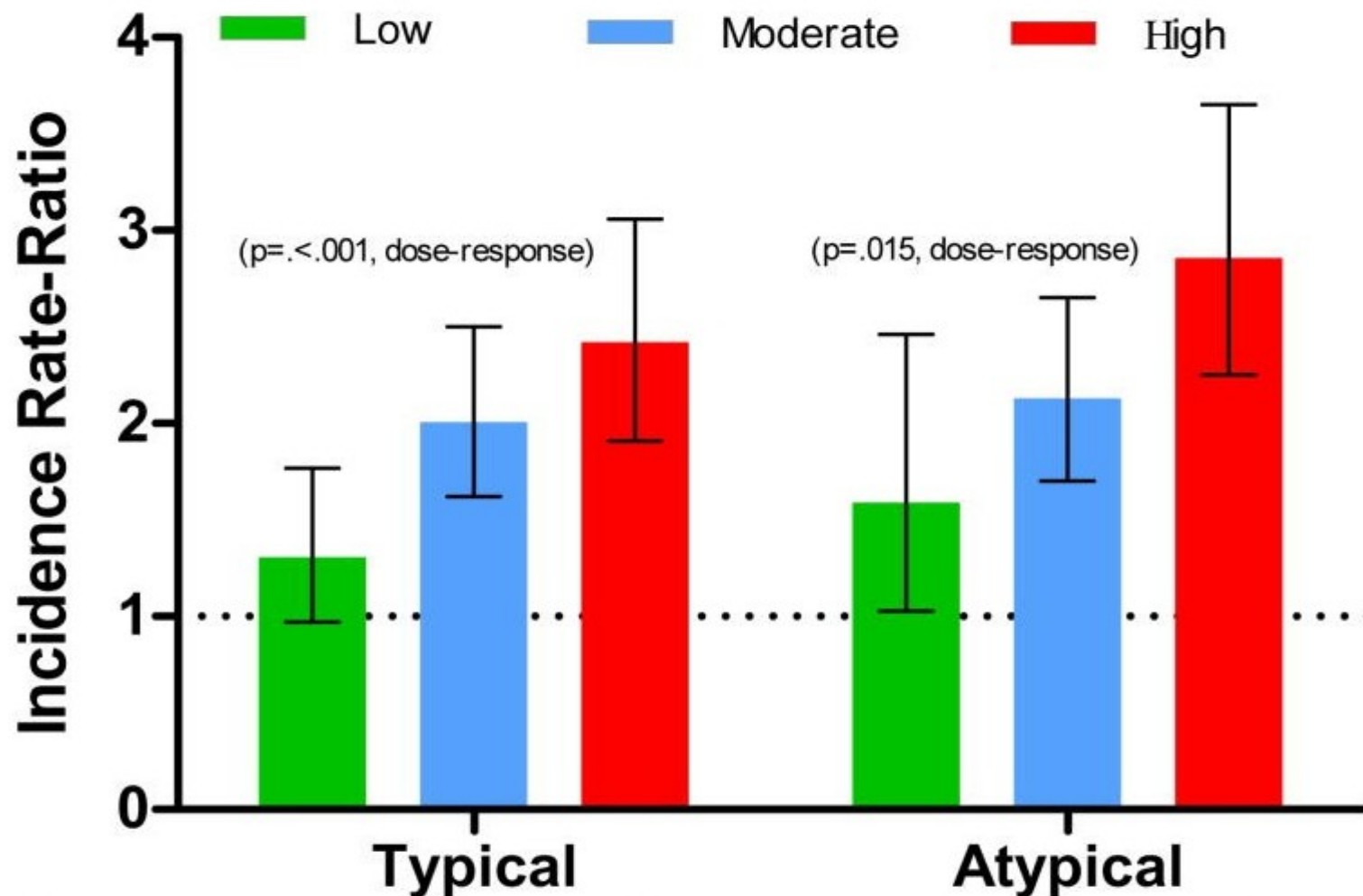
- «in the developing countries, only 15.9% of patients were continuously maintained on neuroleptics, compared to 61% of patients in the U.S. and other developed countries.»
- «63.7% of the patients in the poor countries were doing fairly well at the end of two years. In contrast, only 36.9% of the patients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

Hjernesvinn er avhengig av dosen

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



Dødsfall avhengig av dosen



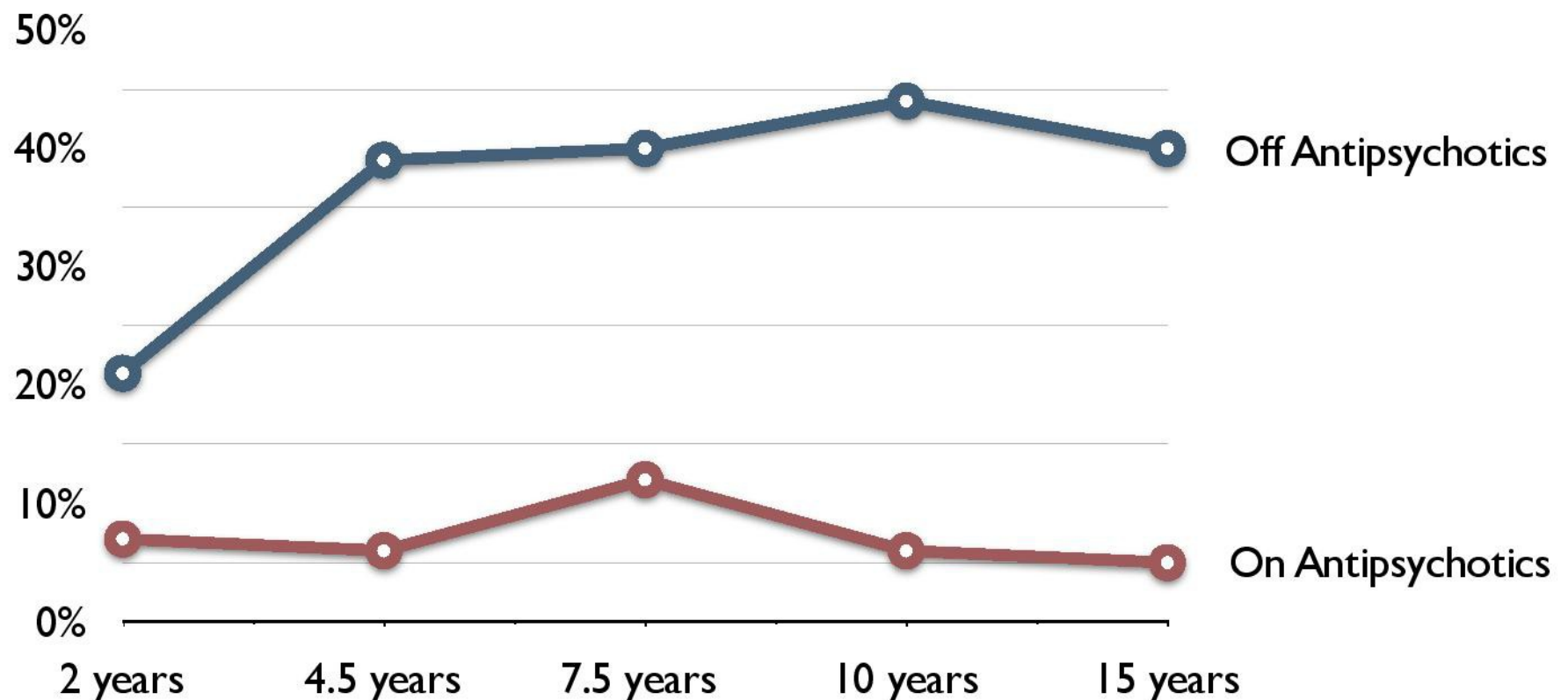
Deaths	46	104	105	22	108	93
Person-years	21,438	33,671	31,626	10,435	41,513	27,641
IRR	1.31	2.01	2.42	1.59	2.13	2.86
95% CI	0.97-1.77	1.62-2.50	1.91-3.06	1.03-2.46	1.70-2.65	2.25-3.65

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

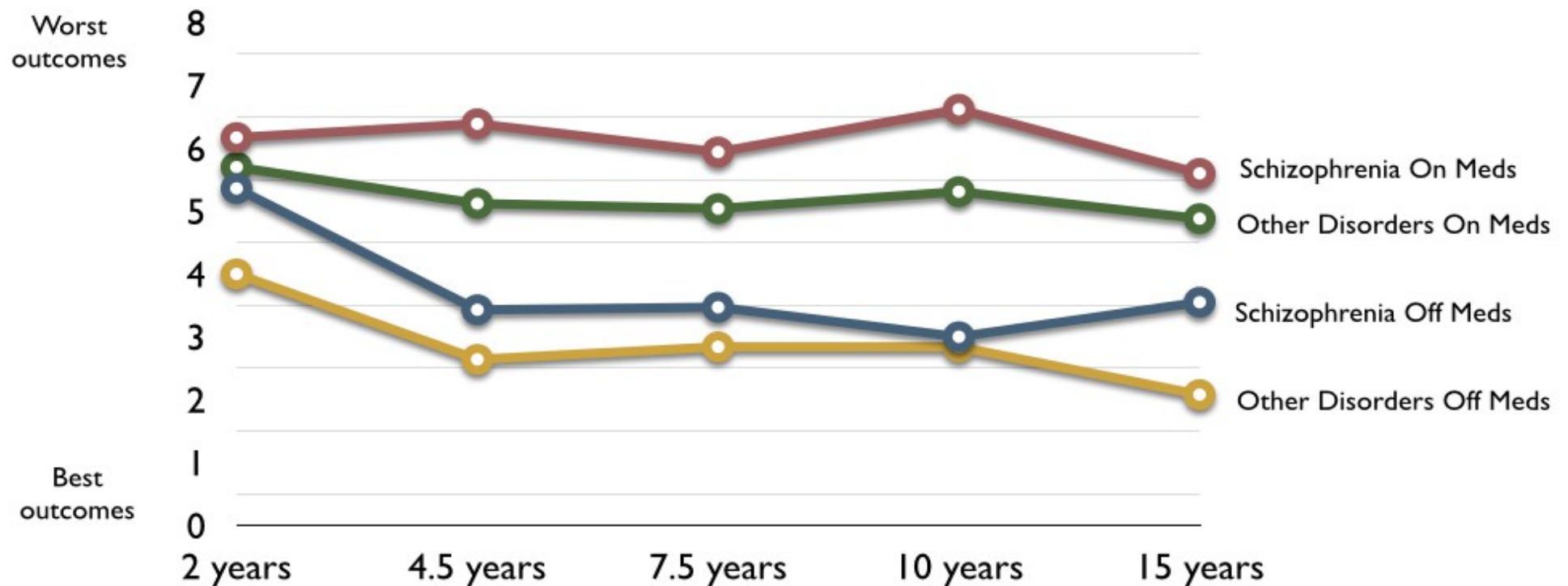
Martin Harrow

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

Long-time Recovery Rate of Schizophrenia Patients

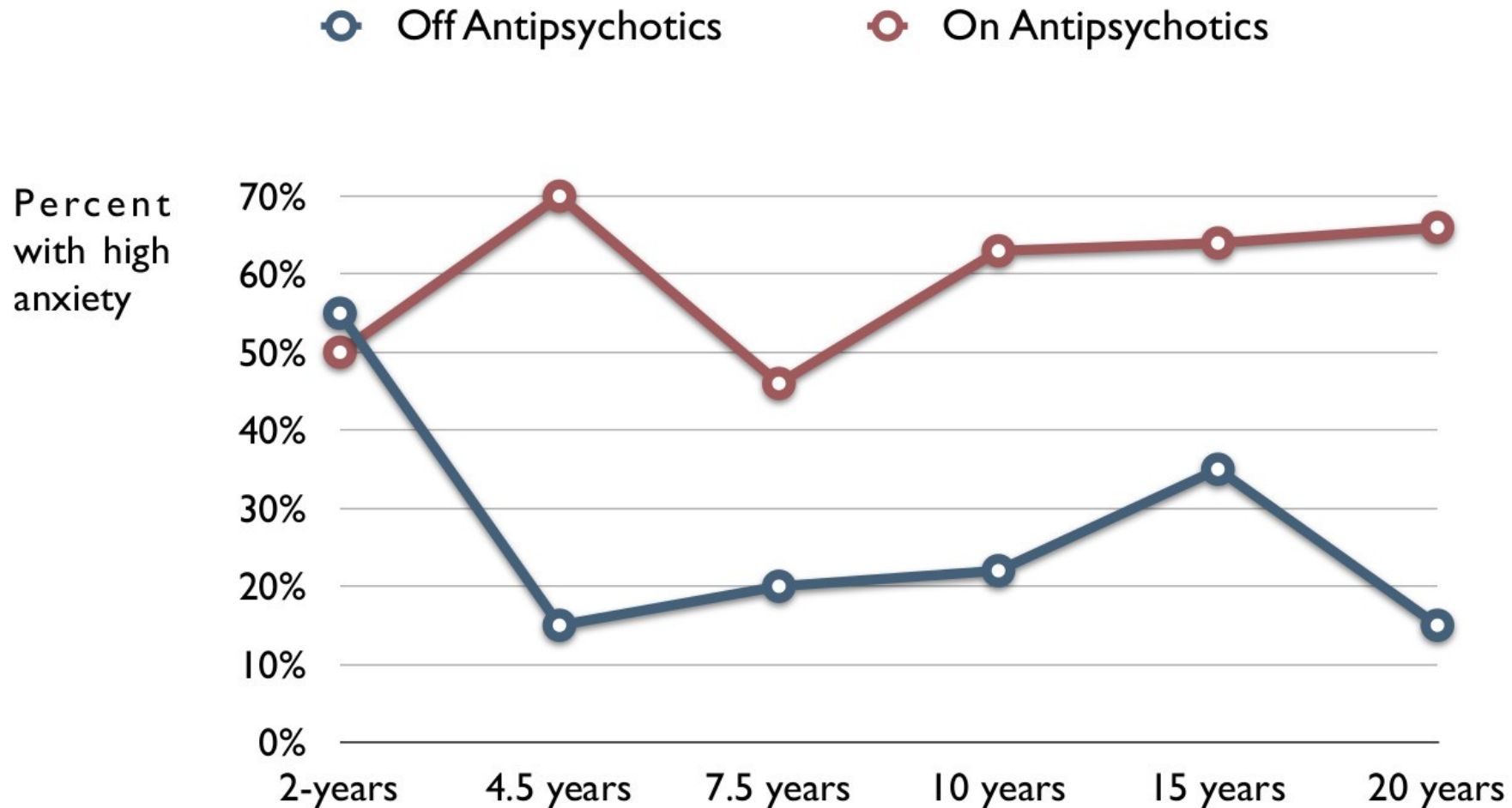


Global Adjustment of All Psychotic Patients



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.

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.

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

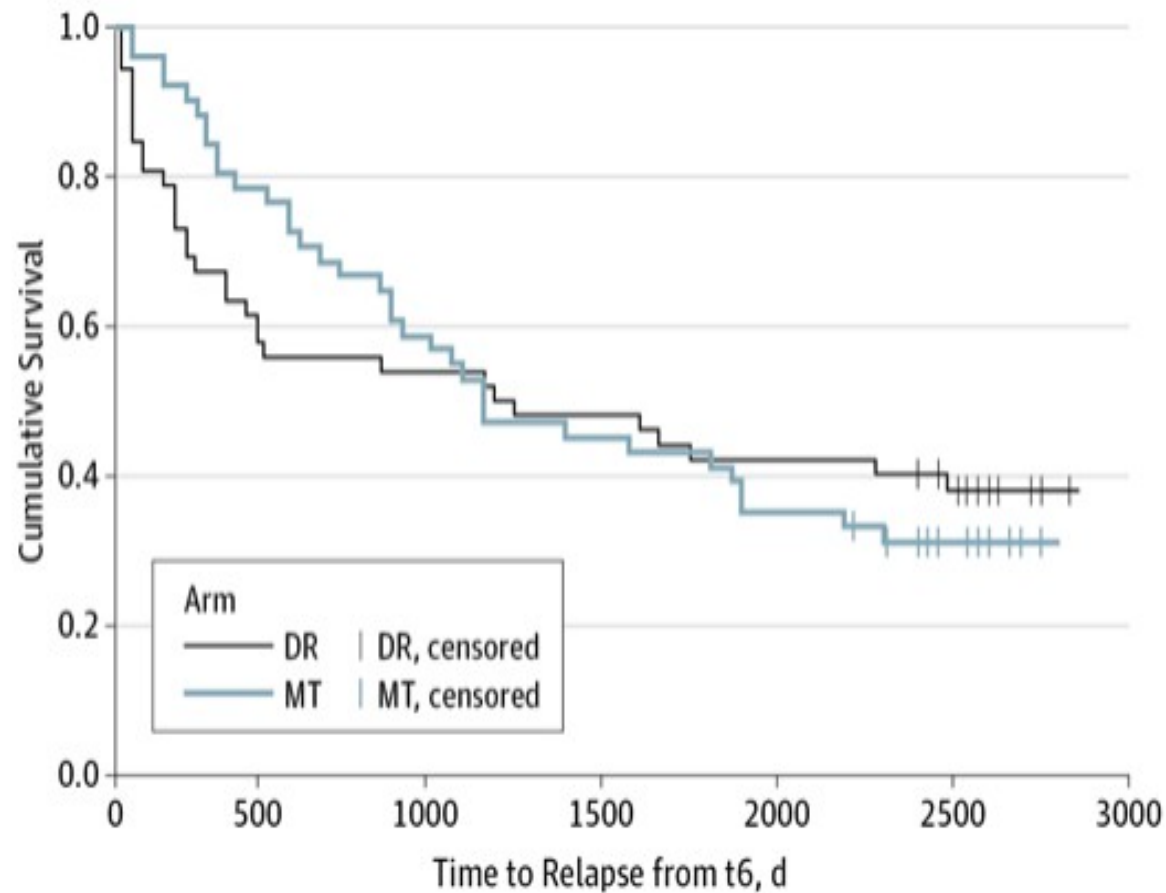
Characteristic	No. (%)		Total Sample (n = 103)
	DR (n = 52)	MT (n = 51)	
Recovery	21 (40.4)	9 (17.6)	30 (29.1)
Remission			
Symptomatic	36 (69.2)	34 (66.7)	70 (68.0)
Functional	24 (46.2)	10 (19.6)	34 (33.0)

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

Figure Legend:

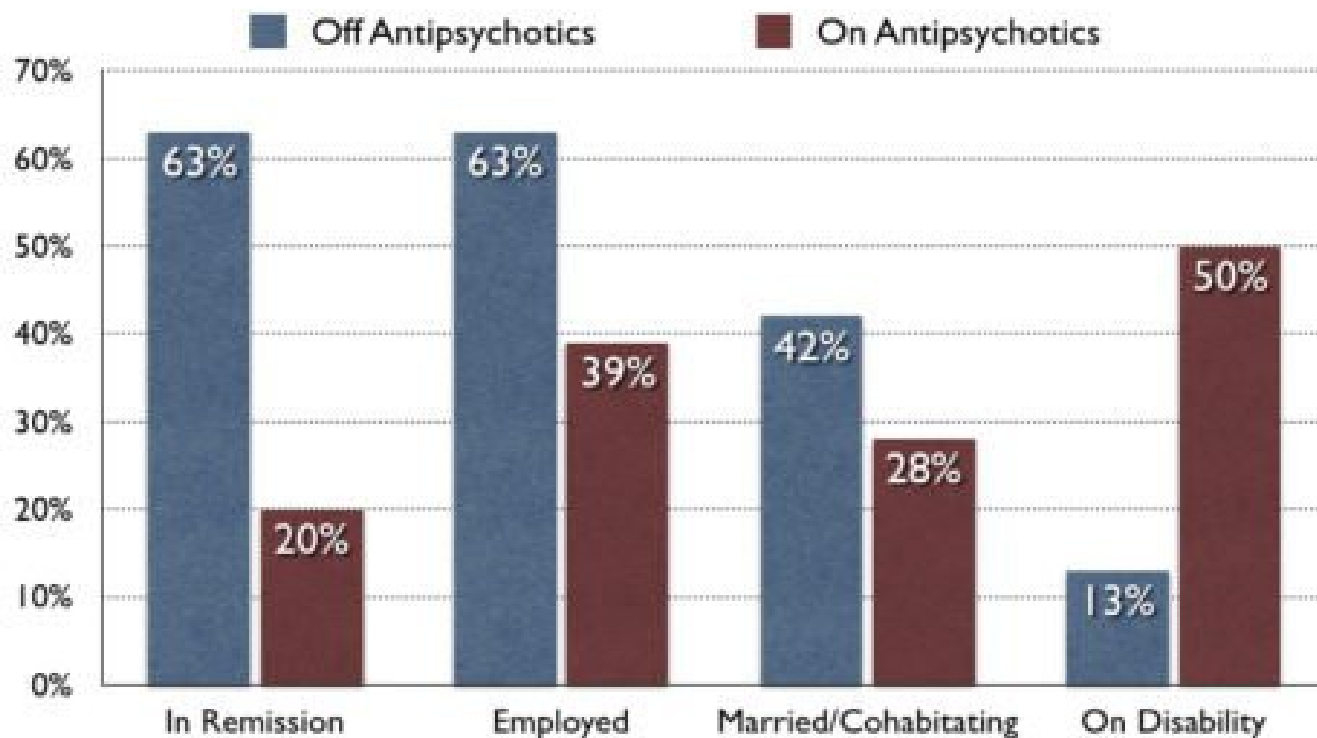
Recovery, Symptomatic Remission, and Functional Remission After 7 Years of Follow-up

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.

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](#).

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 forsking, med tette band til legemiddelindustrien.

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%)

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

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

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.

Ikke lav effekt (9%) og mange bivirkninger (94%) er problemet men skeptiske pasienter

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

Psykiatriens 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

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 som er klinisk relevant?

Er placebo-effekten regnet med i effekten?

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

Eksempler på utsagn

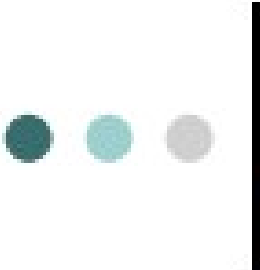
Hvordan defineres "antipsychotics are effective"?

Antipsykotiske midler ... førte til en **revolusjon** i behandlingen av psykoselidelser

Antipsykotika **effektive i behandlingen** av schizofreni. 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**)

Retningslinjene 8.13.3.1 Oppstart av behandling: Over halvparten upsykotiske i løpet av tre måneder.

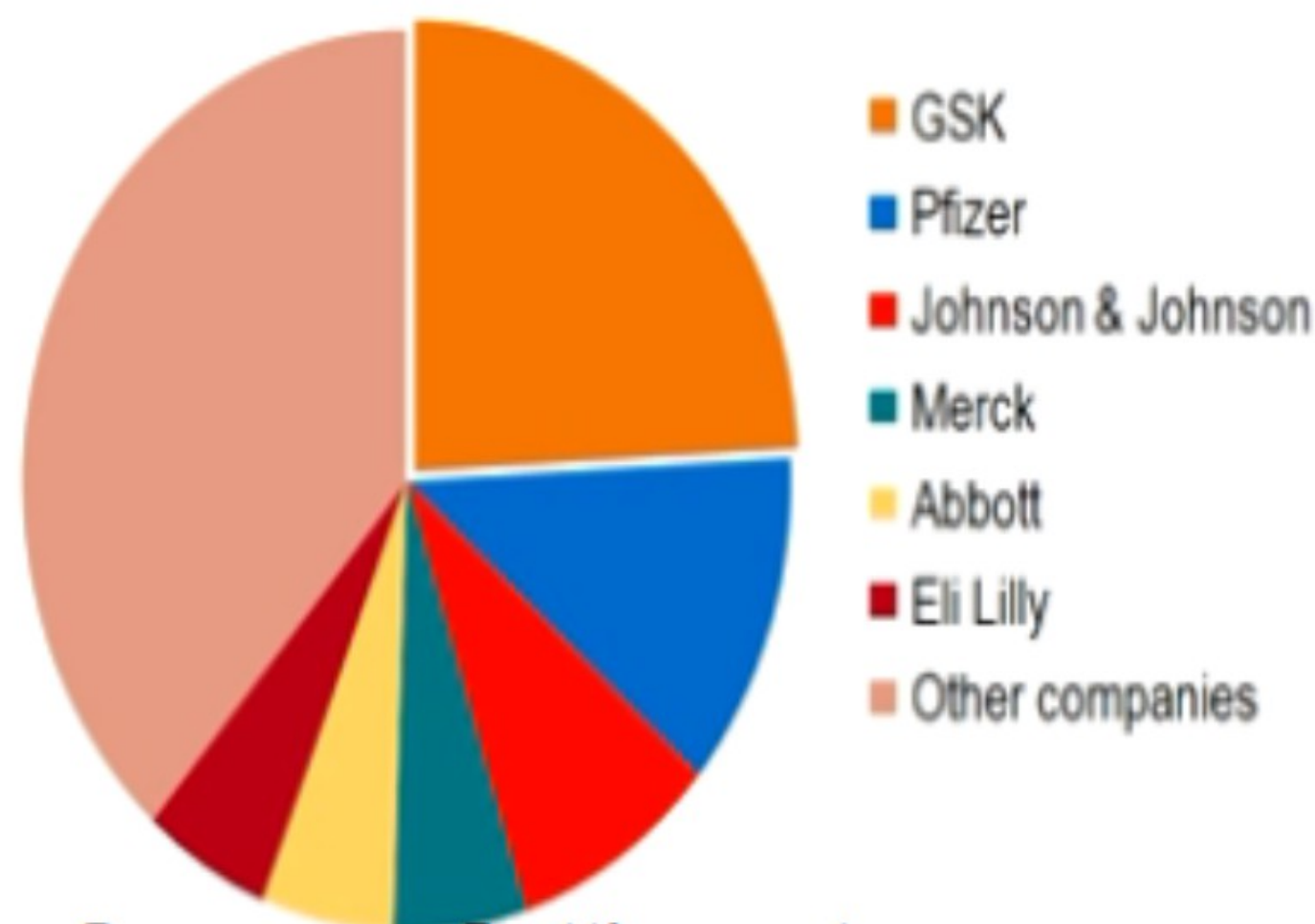


\$ Billion Drug Company Settlements Haven't Stopped Psychiatric Drugging of Children & Youth

- \$1.4 Billion Lilly—Zyprexa (2009)
- \$2.3 Billion Pfizer, including Geodon (2009)
- \$520 Million AstraZeneca—Seroquel (2010)
- \$258 Million Janssen—Risperdal (2010)
- \$313 Million Forest Labs—Celexa & Lexapro (2010)
- Cost of doing business.
 - Caps Liability
- Doctors Still Prescribing It
- Medicaid Still Paying

GSK paid 22% of the \$35.7 billion

Twice the percentage of any other company



Drug Company Settlements

Pasienters reaksjoner på tvang

Departementet skriver i [Ot. Prp. Nr. 11 \(1998-1999\)](#): «I forbindelse med det pågående lovarbeidet har en pasient skrevet til departementet at han føler tvangsbehandlingen med nevroleptika som psykisk tortur som invalidiserer ham.»

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur i Sørlandet sykehus, [Kristiansand 7.-9. september 2015](#) "Pasienter som var tvangsmedisinert hadde imidlertid stort sett negative opplevelser som blant annet ble beskrevet som «forferdelig», «grusomt», og «tortur»".

«Dialogseminarene viste at en del pasienter beskriver bruken av tvang med sterkt negative ord som krenkelse, tortur, kommunisme og Nazisme, og det var særlig tvangsbehandling med antipsykotika som ble kritisert slik ([Forskeren forklarer](#): Slik opplevde pasientene tvang)

Hjelper tvang?

«(P)asienterfaringer (viser) at bruk av tvang kan oppleves som et sterkt traumatisk overgrep»
(Helsedirektoratet: Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015)

I Inst. 175 Stortinget (2009-2010) kom det et innspill fra helsedirektoratet at «det ikke finnes vitenskapelige holdepunkter for at tvang kan begrunnes med at behandlingsresultatet blir bedre»

En literaturgjennomgang avslører at «Ut fra den forskningen vi har funnet, er det vanskelig å si at det foreligger evidens som støtter at det behandlingsmessige utbyttet er bedre for pasientene som tvangsmediseres.»

(Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 54, nummer 2, 2017)

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)
- Mindfulness, 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



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 (<i>N</i> = 108) (%)	ODhospital ^b (<i>N</i> = 75) (%)	CG ^c (<i>N</i> = 1763) (%)	Statistics ^d	
				χ^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 ^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).

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

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

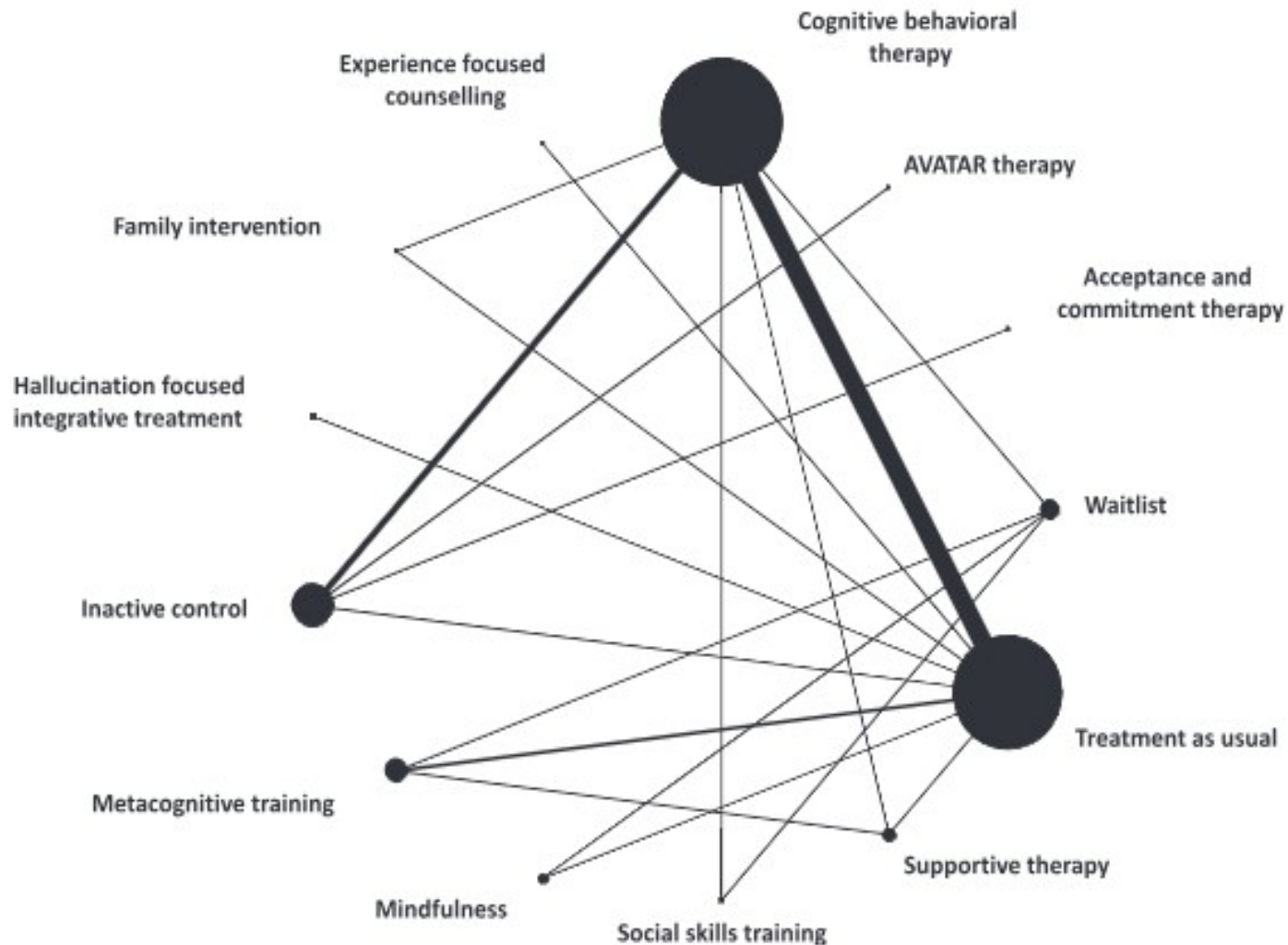


Figure 2 Network meta-analysis of eligible comparisons for positive symptoms. Line width is proportional to the number of trials comparing every pair of treatments. Node size is proportional to the number of studies providing data for each treatment.

Irene Bighelli et al., 2018: Schizophrenia Psychological Interventions

Resultat: Psychological interventions...

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

"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."

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)

Nasjonale aktører 2016

- Diskrimineringsombudet (LDO): «Norge bryter menneskerettigheter(2013)», «Stopp diskriminering Høie (2014)» og «Rydd opp nå Høie (2015)»
 - Helsedirektoratet anbefalte lovutvalg
 - FFOs skyggerapport: trekk reservasjonene
 - Erfaringkompetanse (Tiltak 2: toppmøte 2015) støtter redusering og fjerning av tvang og krever handling.
 - Sivilombudsmanens forebyggingsenhet mot tortur
- UD og JD henviser til Helsedepartementet som tror på legene at tvang er omsorg som staten må gi.

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur

- Norge krenker sine folkerettslige forpliktelser å fjerne tvang i psykiatrien.
- Sivilombudsmanens forebyggingsenhet mot tortur tar FN komiteenes tilbakemeldinger på alvor og henviser til FN komiteene.
- I [besøksrapporten](#) av Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur i Sørlandet sykehus, Kristiansand 7.-9. september 2015 står det:
“Pasienter som var tvangsmedisinert hadde imidlertid stort sett negative opplevelser som blant annet ble beskrevet som «forferdelig», «grusomt», og «tortur».”

Utviklingen 2017

VGs innsyn i beltelegging: psykiatri et «rettssikkerhetsmessig katastrofeområde» (VG 24.11.16)

Storingsrepresentanter var enig at det var VGs avsløringer som framtvang:

- Tvangslovsutvalg
- Prop. 147 L (2015–2016): "Endringer i psykisk helsevernloven" (basert på Paulsrud utvalg 2012)

Legeforeningen streiket mot offentlighetsloven for å framtvinge at pressens innsyn svekkes

Blir pasientenes håp om slutt på tvang knust?

Internasjonal perspektiv

- FNs menneskerettighetskomité (SP), FNs komité mot tortur (TK), FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og Universal Periodic Review (UPR)
- Europarådets menneskerettskommisær:
Respekter forpliktelsene, reduser tvang
- Mental Disability Advocacy Center (MDAC):
Trek reservasjonene som strider mot CRPD

Tortur i lov og menneskerettigheter

Departement 1998: et krav om «stor sannsynlighet» for at tvangsbehandlingen ville ha en positiv effekt, ville sikre mot overtredelse av EMK artikkel 3» (forbud mot tortur)

Norge bør sørge for at politiet og relevant helsepersonell får **opplæring i Torturkonvensjonen**. FNs komité mot tortur 2012 **CAT/C/NOR/CO/6-7**

Special Rapporteur on Torture Juan E Méndez 4.
Mars 2013: "States should impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities"

FN (SP, TK, ØSK, CRPD)

- ØSK 2013: "at bruk av tvangsmidler og neuroleptika og elektrosjokkbehandling (ECT) (...bør) forbys ved lov"
- Tortur 2015: «Er beltelegging, tvangsmedisinering og elektrosjokk avskaffet med lov?»
- SP 2015: "The Committee regrets that the State party has not implemented the Committee's recommendation to end the unjustified use of coercive force and restraint of psychiatric patients."
- CRPD 2015: forced treatment by psychiatric is an infringement of the rights to personal integrity (art. 17); freedom from torture (art. 15)

Tyskland

- lovene om tvangspsykiatri opphevet som grunnlovsstridig (2 BvR 633/11 og 2 BvR 882/09 , 2 BvR 228/12)
- skriftlig dokumentasjon av informert samtykket ved større inngrep gjennom pasientens underskrift
- tvangsvedtak gjøres av dommere ikke leger
- forhåndserklæringer om tvang f. eks. reservasjon mot undersøkelse, diagnose og behandling
- «Forbund mot tortur i psykiatrien» til FN: «Please condemn Germany as a human rights criminal.»

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: tvangsmed.
- **Bekymringsmelding** til statsminister: Legitimerer den velmenende formynderstat tortur?

Hva gjør aktørene?

- LDO oppfordrer 2013: Implementer CRPD
- Helsedirektoratet foreslår 2015 utvalg: tvangslov og langtidsmedisinering
- FFO og Erfaringskonferanse.no for CRPD
- Regjeringen (helsedepart.) gjorde bare litt
- Regjeringsadvokaten tror på psykiatri
- Domstolene dømmer som regjeringsadvokaten foreslår
- Stortinget snakker og er handlingslammet

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

Konklusjon om psykiatri

Psykiatrisk tvangsbehandling byrde forbys:

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

Hvorfor **legitimerer** den velmenende formynderstaten tortur?

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot totur:
“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
- Psykiatri: uvitenskapelig, krenker selvbestemmelse med tvang, intransparent
- Reaksjon: reservasjon mot **sedering** og **tvang** (undersøkelse, diagnostisering, behandling)
- ca. 25 **leserbrev**, ca. 400 refusjoner
- **Skyggerapport** til FN mot tvang

Forslag skyggerapport til FN

- Fjerning av Lov om psykisk helsevern som diskriminerer mennesker med nedsatt psykososial funksjonsevne
- forhåndserklæringer om behandling, f. eks reservasjon
- Sannhetskommisjon om psykiatriens overgrep og menneskerettsbruddene
- Staten beklager menneskerettsbruddene
- Erstatning for overgrepene, lidelsene og menneskerettsbruddene

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