

Medikamentfrie sengeposter i psykisk helsevern

*En systematisk gjennomgang av tidligere
behandlingsforsøk*

Lars Christian Førde Østerby

Veileder: Jan Ivar Røssberg



Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

22.02.19

Abstract

Objective: The health minister Bent Høie decided in 2015 to implement medication free psychiatric wards in every health region in Norway. This was followed by a discussion in media about whether the health minister had the authority to decide what kind of treatment patients with mental disorders should receive. A description and examination of previous approaches with medication free psychiatric wards have been missing in the debate. In this thesis we want to describe previous attempts with medication free wards like Chestnut Lodge, Kingsley Hall, Soteria House, Therapeutic society and Open-Dialogue (OD). **Methods:** We did a systematic search of relevant literature in Med-line, PsycINFO, SveMed and Oria. **Results:** Except for Open Dialogue (OD) no one of the aforementioned treatment modalities are part of the health system today. For OD and Soteria House we found systematic reviews. However, this review concluded with the fact that both treatment approaches had poor methodology, no randomized controlled trials, unclear inclusion criteria and difficulties in interpreting the results. **Conclusions:** To not focus on and evaluate previous treatment approaches of medication free psychiatric wards are discouraging. The Chestnut Lodge is probably the most similar approach to the medication free psychiatric wards suggested by the user organization. This attempt revealed poor results for the patients with psychotic disorders.

Sammendrag

Bakgrunn: Etter krav fra fem brukerorganisasjoner påla helseminister Bent Høie (H) helseforetakene i Norge å opprette medikamentfrie tiltak for pasienter i psykisk helsevern. Dette skapte stor debatt. Det var usikkert hvem tilbudet skulle være for, og hva det skulle inneholde av behandlingselementer. I tillegg har det vel aldri skjedd at en helseminister bestemmer hva slags behandlingstiltak spesialisthelsetjenesten skal inneholde. Før man innfører nye behandlingstiltak bør de være godt undersøkt for både positive og negative effekter, samt at man går nøye gjennom hva som er gjort av tidligere forskning på området. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke og evaluere tidligere forsøk med medikamentfrie poster som Chestnut Lodge, Kastanjebakken, Kingsley Hall, Soteria House, Terapeutisk samfunn og Open-Dialogue(OD). **Metode:** Vi gjennomførte systematisk litteratursøk i Med-line, PsycINFO, SveMed, Oria og Folkehelseinstituttet. I tillegg lette vi etter relevant litteratur i referanselistene til denne litteraturen. **Resultater:** Studiene av de ovenfor nevnte tilnærmingene består av kohort- og retrospektive oppfølgingsstudier. For OD og Soteria House ble det funnet systematiske oversikter. Alle studiene viste store metodemessige svakheter. Dette var spesielt mangel på randomisering, uklare inklusjonskriterier av deltagere og uklar fremstilling av data. Bortsett fra OD brukes ingen av disse behandlingstiltakene for personer med psykoselidelser i dag. **Konklusjon:** Ut i fra funnene i denne studien viser det seg at det vi kan kalle medisinfrie tiltak, til en viss grad er forsøkt tidligere. Resultatene, spesielt fra Chestnut Lodge, som må anses som det nærmeste vi kommer forslaget fra brukerorganisasjonene, var ikke oppløftende. Det er vanskelig å forstå hvordan slike behandlingsformer igjen ønskes innført, når historien har vist at dette ikke har vært til det beste for pasientene. Det burde vært utført en vitenskapelig evaluering først.

Forord

Jeg vil gjerne rette en stor takk til min veileder, Jan Ivar Røssberg, for all hjelpen jeg har fått med denne oppgaven. Utgangspunktet for oppgaven var hans idé, og han har vært svært tilgjengelig gjennom hele prosessen med faglige diskusjoner og støtte. Hans engasjement har vært til stor inspirasjon for meg.

Oslo, 22.02.19

Lars Christian Førde Østerby

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	Schizofreni og psykose.....	1
1.2	Behandling og prognose.....	2
1.2.1	Antipsykotika	3
1.3	Den norske debatten om medisinfrige tiltak	4
1.4	Målet med litteratursøket	6
2	Metode.....	8
3	Resultater.....	9
3.1	Chestnut Lodge	9
3.1.1	Behandling	9
3.1.2	Oppfølgingsstudier fra Chestnut Lodge	9
3.1.3	Hvordan gikk det med institusjonen?.....	10
3.2	Kastanjebakken	11
3.3	Kingsley Hall og Soteria-modellen	12
3.3.1	Behandling	12
3.3.2	Studier på Soteria-modellen	12
3.3.3	Systematiske oversikter på Soteria-modellen	14
3.3.4	En kritikk av Soteria.....	15
3.4	Terapeutisk samfunn i Norge	16
3.5	Open-Dialogue	16
3.5.1	Behandling	17
3.5.2	Studier på Open-dialogue.....	17
3.5.3	Systematiske oversikter på OD	18
3.5.4	19-års oppfølgingsstudie	19
4	Diskusjon.....	21
5	Konklusjon	26
	Litteraturliste	27

1 Bakgrunn

«Historien er full av behandlingstilnæringer ved psykose, som ofte har hatt entusiastiske og engasjerte tilhengere, men som i ettertid har vist seg å være lite effektive. Vi må i dag forvente at nye metoder for behandling av psykose er grundig undersøkt og gjennomprøvd før de anbefales slik at vi ikke står i fare for å gjenta fortidens synder» (1)

I Norge ble det bestemt av helseminister Bent Høie (Høyre) at alle helseforetak skulle opprette medisinfrie enheter innen psykisk helsevern. Dette skapte en stor debatt om hva som er den beste behandlingen for personer med psykoselidelser. Få tok imidlertid hensyn til sitatet fra Friis og kollegaer over. Spørsmålet er om Bent Høie er i ferd med å gjenta noen av fortidens synder.

I medisinen og helsevesenet bør alle nye metoder som blir foreslått være grundig evaluerte, slik at man forsikrer seg om at personer med psykiske lidelser får best mulig behandling. Vi må være så sikre som vi kan på at metodene har god effekt på de psykiske lidelsene man skal helbrede eller lindre, og at de har færrest mulig uønskede bivirkninger. Skal man sette i gang nye tiltak, eventuelt forske på en ny behandlingsmetode, bør det være en forutsetning at man har studert tidligere forskning og tiltak. Dette for å forhindre at man ikke gjentar feil som har blitt gjort tidligere. Tidligere behandlingstiltak er i liten grad lagt vekt på i debatten.

1.1 Schizofreni og psykose

Schizofreni kan ses på som en alvorlig forstyrrelse av hjernens mentale fungering. Man antar at lidelsen har vært tilstede hos oss mennesker i alle tider. I starten så man på symptomene ved schizofreni som en form for demens, dementia praecox, men selve begrepet schizofreni ble først introdusert av Eugen Bleuler i 1919 (2). Lidelsen består av et komplekst symptombilde og ses på som et syndrom. Pasientgruppen er svært heterogen. Diagnosen schizofreni stilles ved bruk av ICD eller DSM systemene, hvor tilstedeværelsen av et bestemt antall symptomer skal ha vært tilstede over en viss periode. Psykose er en sentral del ved diagnosen - det vil si at man har svekket realitetsorientering. Personen kan ha vansker med å skille mellom seg selv og omgivelsene. Vrangforestillinger, syns- og hørselshallusinasjoner og tankeforstyrrelser er sentrale trekk ved lidelsen (3).

Man deler ofte symptomene inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer innebærer et tillegg av noe som ikke har vært tilstede før, som for eksempel hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger. Negative symptomer innebærer et frafall av noe som ikke har vært tilstede før, som for eksempel sosial tilbaketrekking, apati og/eller affektflathet. I tillegg ser man at det er vanlig med svekkelser i kognitiv fungering. Samlet sett kan et slikt symptombylle ofte få stor innvirkning på funksjonsnivået og livskvaliteten til personen. Lidelsen kan få stor innvirkning på hvordan man håndterer dagligdagse arbeidsoppgaver, skolegang eller arbeid, og mange står ofte utenfor arbeidslivet og vil trenge livslang oppfølging fra helse og sosialtjenester (4).

Schizofreni anses som den mest alvorlige psykiske lidelsen, og den rammer rundt 1 % av befolkningen. Årsakene til schizofreni er fortsatt uklare, men man antar at årsakene er sammensatte, hvor biologiske, sosiale og psykologiske faktorer er sentrale. Kjente risikofaktorer for utvikling av schizofreni er fødselskomplikasjoner, oppvekst i urbane strøk, barndomstraumer, rusmiddelbruk og immigrasjonsstatus. Lidelsen har høy grad av arvelighet. Sammenlignet med normalbefolkningen har personer med schizofreni høyere dødelighet. Store studier viser at man har mellom 10-15 års redusert livslengde. Selvmord og selvmordsforsøk er vanlig, spesielt i tidlig fase. Mellom 25-50 % har ett eller flere selvmordsforsøk. I 2012 ble kostnadene knyttet til schizofreni i Norge beregnet til å være på omlag 7,9 milliarder kroner (3).

1.2 Behandling og prognose

Dagens retningslinjer (5) for behandling av schizofreni, består av bruk av antipsykotika i kombinasjon med psykoterapi, psykososiale tiltak som familiararbeid og ulike habiliteringstiltak. Målet med behandlingen er at personen skal få mindre symptomer, bedret funksjonsnivå og livskvalitet. Videre er det viktig at man forsøker å forhindre tilbakefall. Før innføringen av antipsykotika på 1950-tallet var behandlingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse lite dokumentert, og til dels svært kreativ og utprøvende. Psykotiske pasienter ble innlagt over lange perioder på anstalter, og behandlingen kunne bestå av for eksempel cardiazolsjokk, elektroshokk eller insulinsjokk. Utover 1950-tallet var behandlingen i enkelte miljøer preget av en psykoanalytisk tilnærming, og selv med antipsykotiske medisiner i bruk ble pasientene behandlet på institusjoner i et miljø med mye uro og stimuli. I dag prøver man å skape trygge rammer rundt pasienten med færrest mulig personer å forholde seg til, og man forsøker å dempe mengden ytre stimuli fra miljøet. Det er i dag stort fokus på tidlig

oppdagelse og behandling(6). Med riktig behandling kan man oppnå symptomlette og bedring i opptil 85% av tilfellene (3).

1.2.1 Antipsykotika

Antipsykotika deles inn i første- og andre generasjons antipsykotika. Effekten av antipsykotika viser seg å være størst på de positive symptomene. Bivirkningene kan være plagsomme og alvorlige. For førstegenerasjons antipsykotika kan man se ekstrapyramidale bivirkninger. For andre generasjons antipsykotika kan man se bivirkninger som vektøkning, endret lipidprofil og økt risiko for utvikling av diabetes. I dag bruker man som regel først andre generasjons antipsykotika på grunn av en mer tolerabel bivirkningsprofil for pasientene (7). Norske retningslinjer anbefaler rask oppstart og vedlikeholdsbehandling med antipsykotika. Anbefalingen har evidensgrunnlag på 1a - det vil si best mulig evidens. Alle med psykoselidelser bør på bakgrunn av dette tilbys antipsykotika. Dette samsvarer med UpToDate, BMJ Best Practice og NICE Guidelines sine retningslinjer(8-10). I en metaanalyse over alle registrerte placebo-kontrollerte studier av behandling med antipsykotika hos pasienter med akutt schizofreni, fant man at rundt halvparten så mange pasienter vil få en bedring med antipsykotika, enn uten (11). Langtidseffekten av antipsykotika er ofte diskutert. Få studier har gått utover to år, ettersom det blir ansett som uetisk å ikke tilby denne pasientgruppen riktig behandling med dokumentert effekt. En mengde randomiserte studier viser at langtidsbehandling hindrer tilbakefall og at det er viktig med god etterlevelse. Det er vist at et mindre antall kan bli friske uten medikamentell behandling, men det finnes foreløpig ingen gode indikatorer på hvem dette er (12). Det finnes ingen god evidens for at antipsykotika har skadelige langtidseffekter sammenlignet med den positive effekten (13).

1.3 Den norske debatten om medisinfrie tiltak

Den offentlige debatten om behandlingen av psykiske lidelser har de siste årene hatt fokus på bruk av tvang, overforbruk av legemidler og brukervedvirkning. Det har vært avdekket mye udokumentert bruk av tvang og store variasjoner i bruk av tvang mellom helseinstitusjonene. Spesielt bruk av belter har vært mye debattert i media. Det har fra politisk hold vært et økende fokus på å få ned tvangsbruken og øke brukervedvirkningen. Som en del av denne debatten har en gruppe interesseorganisasjoner innen psykisk helse samlet seg under navnet Fellesaksjonen. Organisasjonene er Mental Helse, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, Aurora og We Shall Overcome – WSO. Fellesaksjonen har hatt som mål å påvirke politikere og helsemyndighetene til å innføre medikamentfri behandling og reduksjon av tvang i psykisk helsevern. Et av disse tiltakene har vært å innføre medikamentfrie psykiatriske poster. Dette skal gjelde alle pasientgrupper og følgende krav har blitt stilt(14):

Det må etableres medisinfrie enheter i alle landets helseforetak. Med medisinfrie tilbud mener vi medisinfrie døgnbaserte behandlingseenheter som et reelt og etablert valg tilgjengelig for mennesker i krise, hvor

- 1. man ikke blir utsatt for tvangsmedisinering, eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse*
- 2. grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med*
- 3. det kan utvikles gode behandlingsskulturer for ikke-medikamentell behandling, som kan styrke et fagfelt og fagpersonell med behov for kunnskapsutvikling*

I tillegg legger organisasjonen stor vekt på at pasienten selv skal kunne velge den behandlingen de selv har størst tro på. Fellesaksjonen mener at medikamentell behandling av psykoselidelser ofte gjør mer skade enn nytte, og at det finnes god dokumentasjon på at ikke-medikamentelle behandlinger alene har god effekt mot psykoselidelser. «Samlet sitter våre organisasjoner på masse erfaring om at det er mulig å bli helt frisk uten medikamenter.» (14). De stiller spørsmål ved om pasientene har et reelt valg om legemiddelfri behandling når det ikke finnes slike tilbud. Fellesaksjonen har delvis nådd frem med sine krav, og i 2015 skriver Helse- og omsorgsdepartementet ved Bent Høie følgende i et oppdragsbrev til de regionale helseforetakene: «Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i

nært samarbeid med brukerorganisasjonene ...» (15). Dette kravet har skapt mye debatt. Det er ikke spesifisert hvilke pasienter som skal ha dette tilbudet, og hvilke behandlingselementer tilbudet skal inneholde. Store deler av fagmiljøet har uttrykt stor skepsis til en slik nasjonal innføring av legemiddelfri behandling uten mer forskning. Mange fagfolk stiller spørsmål ved at helseministeren går inn og styrer behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette har ikke skjedd tidligere. Som en sammenligning kan man se for seg scenarioet at helseministeren gikk direkte inn og la føringer for hvilken kreftmedisin pasienter med kreft skulle få – uten at det forelå god dokumentasjon på kreftmedisinen (16). Andre har reist spørsmål ved om det bare er evidensbasert viten som skal ligge til grunn for behandling, eller om retten til å bestemme over eget liv og sykdom skal veie tyngst (17). De som var kritiske til dette hevder at det ville føre til en polarisering mellom biologiske behandlingsmetoder, som for eksempel medisiner, og psykososiale behandlingsmetoder, som for eksempel samtaleterapi. Autonomi, overmedisinering, feilmedisinering og overforbruk av tvang er noe man må jobbe med å forbedre på alle enheter for psykiatrisk behandling - ikke bare på de medikamentfrie avdelingene. Siden det ikke var bevilget penger til det var det stor motstand mot at noen avdelinger skulle ha anledning til å gi omfattende psykososiale tilbud til pasientene- midler som da må tas fra andre enheter.

Helsedirektoratet har opprettet en egen nettside med informasjon om hva legemiddelfri behandling i psykisk helsevern kan være (18). Her legges det vekt på at aksjonspunktene og føringene gjelder vedlikeholdsbehandling av psykiske lidelser og ikke ved akuttbehandling. Følgende behandlingsformer blir vektlagt: kognitiv adferdsterapi, musikkterapi, fysisk aktivitet og familiesamarbeid. Det er også viktig å påpeke at selve oppdraget fra helseministeren har vært så diffust beskrevet at de ulike helseforetakene har opprettet vidt forskjellige medisinfrie tiltak. I Helse Midt har man for eksempel opprettet medisinfrie tiltak for angst/depresjon og personlighetsforstyrrelser (19). De ekskluderer pasienter med psykoselidelser, som var den gruppen pasienter brukerorganisasjonene tenkte på da de fremmet kravet om medisinfrie tiltak. Diskusjonen som fulgte rundt innføringen av legemiddelfritt behandlingstilbud har dreid seg om hva dette behandlingstilbudet skal være - for hvilke pasientgrupper skal dette gjelde og er det forsvarlig å la enkelte pasientgrupper velge dette selv?

I februar 2017 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag av Helsedirektoratet å oppsummere kontrollerte studier som har evaluert psykososial behandling uten bruk av antipsykotika, sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig får antipsykotika. De gjennomgikk 20 000 referanser og leste i alt tolv artikler i fulltekst. Det ble

ikke funnet noen studier som hadde evaluert effekten av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika, sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig fikk antipsykotika. De antar at ut ifra de studiene som finnes er det vanskelig å skille ut egne grupper for å teste effekten av ikke-medikamentell behandling, fordi hver pasient krever så ulike behandlingsopplegg med bakgrunn i ulik helsemessig status, familieforhold og personlige egenskaper. Konklusjonen ble derfor at det trengs mer forskning på området. Imidlertid det blir presisert at det finnes god dokumentasjon på at antipsykotika har ønsket effekt ved riktig bruk. Disse medikamentene bør brukes i individuelle tilpassede behandlinger med evidensbaserte ikke-medikamentelle behandlingsprinsipper som psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi (20). Det vises og til et systematisk søk Kunnskapssenteret publiserte i 2015 om effekten av antipsykotika ved vedlikeholdsbehandling. Der konkluderte man med at slik behandling fører til færre tilbakefall etter syv til tolv måneder (21). Ved innføring av de nye tiltakene presiseres det at forskning på denne problemstillingen må foregå som kontrollerte forsøk, og at dataene må publiseres så fagmiljøene får tilgang til dem (20). De norske retningslinjene for behandling av schizofreni stemmer godt overens med retningslinjene ellers i verden.

1.4 Målet med litteratursøket

Debatten om legemiddelfri behandling av psykose og annen alvorlig psykisk lidelse er ikke ny. Debatten er kompleks og ofte ligger uenigheten i selve forståelsen om hva psykiske lidelser er og dens årsaker. Det har gjennom historien vært mange forsøk på å finne en fullgod behandling av schizofreni. Tilhengerne av et medikamentfritt alternativ er ofte inspirert av antipsykiatriske miljøer. Nåværende og tidligere behandlingsformer fra kjente institusjoner som har vært nevnt i debatten er; Chestnut Lodge, The Soteria Project, Kastanjabakken, Terapeutisk Samfunn, Open-Dialogue og Need-Adapted Treatment. Skal man sette i gang nye forskningsstudier er det viktig at man har kunnskap om tidligere forsøk og beskriver disse i en prosjektbeskrivelse. Skal man implementere nye behandlingstilnæringer er det viktig at man har kunnskap om lignende metoder som har vært i bruk før.

Folkehelseinstituttet sitt systematiske søk fant ingen studier som hadde evaluert effekten av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika, sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig fikk antipsykotika (20). De har imidlertid ikke fanget opp mer usystematiske studier som kan være en kilde til kunnskap om hvordan disse tilbudene har utviklet seg og hvordan det gikk med pasientene. Målet med dette

litteratursøket har derfor vært å få en oversikt og forståelse av andre kjente og diskuterte behandlingsalternativer innenfor psykiatrien, hvor målet har vært å behandle pasienter med psykose lidelser uten bruk av antipsykotika eller med minimal bruk av antipsykotika. Disse studiene har nødvendigvis ikke vært randomiserte kontrollerte studier, og ble derfor ikke akseptert i Folkehelseinstituttet sitt systematiske søk.

I denne oppgaven vil jeg systematisk gjennomgå forskningslitteraturen på disse tidligere forsøkene. Resultatene vil bli diskutert opp mot dagens debatt. Mer spesifikt vil jeg undersøke:

1. Hva finnes av tidligere forskning på medikamentfrie tiltak?
2. Hvordan gikk det med pasientene som fikk disse tilbudene?
3. Hvordan gikk det med disse tilbudene?
4. Hva kan vi lære av disse historiske eksemplene?

2 Metode

Søket ble gjort i følgende databaser: Med-line, PsycINFO, SveMed, Oria og Folkehelseinstituttet.

Søkeord som ble brukt:

Chestnut Lodge, Soteria, Kastanjobakken, Open-dialogue or Need-Adapted, Terapeutisk samfunn or therapeutic community.

Med bindeledd:

(schizo* or psychosis or psychotic)

(follow-up or follow up or cohort* or outcome* or retrospective)

Søket ga følgende treff i Medline og PsycInfo:

Chestnut Lodge – 95 treff

Soteria – 25 treff

Kastanjobakken – 25 treff

Terapeutisk samfunn eller Therapeutic community (avgrenset til Norge) – 39 treff

Open-dialogue og Need-Adapted – 49 treff

Det var ingen treff i SveMed eller Oria

Etter at duplikater ble fjernet, ble alle sammendrag lest. Studier med resultat av behandling, systematiske oversikter, kritiske gjennomganger og debattartikler ble valgt.

Referanser knyttet til artiklene er blitt gjennomgått og lagt til.

Veileder har gjennomgått oversiktsstudier og lest aktuelle referanser.

3 Resultater

3.1 Chestnut Lodge

Chestnut Lodge var en privat familiedrevet psykiatrisk institusjon i Rockville, Maryland, USA. De åpnet i 1920 og hadde 100 sengeplasser. Der behandlet de personer med alvorlig psykisk lidelse ut i fra en psykoanalytisk tilnærming (22).

Pasientgruppen hadde respondert dårlig på tidligere behandling, og ble henvist dit når annen behandling ikke hadde hatt effekt (23). Mange av pasientene var fra en høyere sosioøkonomisk del av samfunnet. I forskningsøyemed ble dette ansett som en interessant gruppe med antatt høyere psykopatologi og med mindre påvirkning av lavere sosiokulturelle forhold (24).

3.1.1 Behandling

Til grunn for behandlingen lå teorien om at årsaken til utvikling av schizofreni var en skade av selvet, og langtidspsykoterapi skulle kunne reparere denne skaden. Det var stor interaksjon mellom pasienter og ansatte, hvor pasientene i gjennomsnitt fikk fire-fem timers psykoterapi i uken, og i gjennomsnitt varte innleggelsen i to år (23). Mellom behandlerne var det stor variasjon i hvordan man tilnærmet seg pasientene (25). Antipsykotika ble ikke brukt i Amerika før på slutten av 1950-tallet, og ble brukt svært sparsomt frem til 1970-tallet (23).

I flere av artiklene skrevet av de som jobbet ved Chestnut Lodge ble det lagt vekt på hvor viktig de opplevde det personlige engasjementet og tilknytningen til pasienten. Det fokuseres på hvordan elementer av behandlingen har vært vellykket, og at kompleksiteten i de enkelte pasienthistoriene ikke kommer til uttrykk gjennom dataene som legges frem fra langtidsstudiene i etterkant (25).

3.1.2 Oppfølgingsstudier fra Chestnut Lodge

I oppfølgingsstudien til Thomas McGlashen ble 446 (72%) av pasientene som var utskrevet i perioden 1950-1975 fulgt opp i gjennomsnitt 15 år etter utskrivelse. Gjennomsnittlig tilbrakte pasientene tre-fire år ved institusjonen. Oppfølgingsdata ble samlet inn ved hjelp av

spørreskjemaer og intervjuer, i tillegg til at journaldata ble hentet ut. De ble re-diagnostisert i henhold til DSM-III kriteriene. Pasientgruppen bestod av 163 personer diagnostisert med schizofreni. Av de pasientene som ble diagnostisert med schizofreni var to-tredjedeler av pasientene svært syke og med lavt funksjonsnivå ved oppfølging. Pasientene ble skåret på blant annet punkter som *behandling eller reinnleggelse etter utskrivelse, arbeid, sosial fungering, psykopatologi og global fungering*. Hele 41% var ikke fungerende, 23% marginalt fungerende, 23% moderat fungerende og bare 6% ble ansett som friske. Studien konkluderer med at behandlingen feilet i sitt forsøk på å hjelpe disse pasientene gjennom en tett psykoanalytisk tilnærming. Men det vektlegges også at en tredjedel av pasienten hadde en viss grad av tilfriskning, og at dette må ses i lys av at dette var en meget behandlingsresistent gruppe å behandle (22).

En annen og tidligere studie (1963) fra Chestnut Lodge viste noe av det samme som oppfølgingsstudien til McGlashan. 302 personer var inkludert i studien, herav 190 med schizofreni. De så på fungering i form av jobb, sosialt liv, symptomer og reinnleggelser etter 10 år. Resultatene viste at 70% fungerte marginalt og 45% var fortsatt innlagt (26).

3.1.3 Hvordan gikk det med institusjonen?

Ved Chestnut Lodge var det helt fra starten av 1940-tallet en stor interesse for å innhente all informasjon som fulgte med pasientene; familiehistorie, utvikling, diagnostikk og tidligere behandling, sammen med grundig dokumentasjon over behandlingen og de faglige vurderingene som forgikk ved institusjonen. Det kunne være opptil 100 sider med informasjon per pasient. Etter 1980 ble mye av dette datagrunnlaget brukt for å forstå utviklingen av schizofreni, undergrupper, utviklingen av nyere diagnosekriterier og behandling (23). I år 2000 stengte institusjonen.

Osheroff skandalen

I 1982 ble Chestnut Lodge saksøkt av Dr. Rafel Osheroff. Han var tidligere innlagt som pasient og forsøkt behandlet med psykodynamisk terapi. Hans tilstand ble svært forverret under oppholdet, i form av stort vekttap, alvorlig søvnforstyrrelse og et agitert symptombylde. Familien tok Osheroff ut av institusjonen etter syv måneder, og han ble lagt inn ved et ordinært behandlingstilbud. Der ble han diagnostisert med alvorlig depresjon med psykotiske symptomer, og han ble behandlet med antipsykotika og antidepressiva. Osheroff viste

tilfriskning etter tre uker og ble skrevet ut etter tre måneder. Den endelige diagnosen han fikk var manisk depressiv lidelse. Etter behandling var han tilbake i arbeid som lege, og hadde en god fungering i hverdagen. Debatten som fulgte i amerikansk psykiatri dreide seg om hvor grensen for å drive behandling uten dokumentert effekt gikk. Hvordan skulle et stort fagmiljø forholde seg til en minoritet som valgte sin egen vei, uavhengig av etablert viten? For majoriteten av profesjonen var det klart at alvorlige former for depresjon må forstås i et biologisk lys, og at det ikke forelå kunnskap som kunne begrunne valget om å behandle en slik lidelse med psykoanalytisk terapi alene. Det var ingen kontrollerte studier som kunne støtte opp under dette valget. Derimot fantes det en god del kontrollerte randomiserte studier som viste at medisiner og/eller ECT hadde god effekt. Moderne behandling burde ikke ta utgangspunkt i et ideologisk valg. Det burde ikke være enten-eller, men en balanse mellom klinisk erfaring og etablert vitenskapelig kunnskap. Dersom dette ikke ble fulgt var det forståelig at slike saker til slutt ville havne i rettssystemet (27, 28).

3.2 Kastanjabakken

Ved Gaustad sykehus ble det på slutten av 1970-tallet tilbudt individuell psykoterapi, miljøterapi og familierapi ved en avdeling. I «The Kastansjebakken Study» fra 1991 ble 27 pasienter som var innlagt i perioden 1977-1978 fulgt opp. Dette var en behandlingsresistent gruppe hvor alle tidligere hadde vært innlagt. De mottok mellom en til fire terapitimer i uken, og alle pasientene fikk medisiner. 13 pasienter ble overført til andre behandlingssenheter under oppholdet på grunn av akutte kriser eller voldsepisoder, og omtrent halvparten droppet ut av behandlingsopplegget. 17% av de gjenværende viste ingen tegn til bedring. Men det var en undergruppe som viste god til meget god effekt av psykoterapi og trengte lite bruk av medisiner. Det viste seg å være vanskelig å kunne forutsi hvilke pasienter dette var. Funksjonsnivået før innleggelse så ut til å være en god prognose på utfall av behandling. Samtidig viste en annen gruppe et dårligere utfall enn forventet og behandlingen ble ansett som skadelig for pasienten (29, 30).

Kastanjabakken og Chestnut Lodge har store likehetstrekk ved seg, både med tanke på behandling og resultater. Kastanjabakken ble nedlagt tidlig på 2000-tallet.

3.3 Kingsley Hall og Soteria-modellen

I 1964 etablerte Ronald David Laing, Kingsley Hall i London. Dette skulle være et terapeutisk fristed hvor revolusjonære ideer fikk blomstre fritt. Her kom kunstnere, terapeuter og alvorlig psykisk syke personer sammen for spirituell og eksistensiell utfoldelse. De dyrket et romantiserende bilde av psykotiske opplevelser. Det var ingen låste dører, og beboerne kunne komme og gå som de ville. Samfunnet ved Kingsley Hall var et rent antipsykiatrisk miljø, og fornektet en biomedisinsk forklaringsmodell på psykisk sykdom. Sykdommen måtte ses på som en normal reaksjon på et usunt samfunn. Selv begrepet sykdom var omstridt. De ønsket å se på det psykotiske som en normalitet. Antipsykotika ble ikke brukt, men de hadde et mindre anstrengt forhold til for eksempel bruk av LSD. I 1970 stengte Kingsley Hall (31, 32).

Loren Mosher var inspirert av R. D. Laing sin eksperimentelle behandlingsfilosofi ved Kingsley Hall. Mosher stod i spissen for utviklingen av Soteria- modellen. I likhet med Chestnut Lodge så man på schizofreni som en eksistensiell krise som kunne løses. Målet var å finne en behandlingsform som kunne kurere sykdommen med minimal eller ingen bruk av antipsykotiske medisiner (32, 33).

3.3.1 Behandling

Behandlingsprinsippene, *soteria critical elements*, består av et såkalt terapeutisk samfunn i mindre boenheter hvor miljøet rundt pasientene hele tiden støtter opp under pasientenes egne ressurser og nettverk. Personalet skal være ufaglært og skal sørge for en ikke-kontrollerende tilknytning med fokus på empati og forståelse. Behandlingen starter ofte med at medisiner blir seponert, og at pasienten gjenopplever sin psykose med tett oppfølging og støtte fra personalet. Det skal etableres en felles forståelse av de psykotiske opplevelsene, gjerne med utgangspunkt i pasientens livshistorie. Det foregår ingen strukturert terapi ved Soteria, alt av terapeutisk arbeid forgår i den daglige omgangen med pasienten (33, 34).

3.3.2 Studier på Soteria-modellen

Soteria House USA

I alt er det gjort to kohortstudier på Soteria-modellen i USA, *The Soteria Project*. Begge sammenlignet Soteria-modellen med ordinær sykehusbehandling for pasienter med

schizofreni. Kohort I (1971-1976) er en pseudo-randomisert studie fra den første og opprinnelige behandlingsinstitusjonen. Kohort II (1976-1979) er en randomisert kohortstudie fra en annen, men tilsvarende institusjon. Begge studiene samlet inn oppfølgingsdata etter seks uker og etter to år. Totalt var 179 pasienter inkludert i studien. 82 pasienter var behandlet ved Soteria House og 97 var innlagt til ordinær sykehusbehandling. Gruppene inneholder både første- og andregangspsykosier. DSM II ble brukt. Det er gitt ut flere artikler fra dette prosjektet, men de varierer i form og innhold, og avviker noe fra hverandre med tanke på hvordan resultatene legges frem. Hovedfokuset til artikkelforfatterne er om deres data kan forutsi hvilke pasienter som kan blir friske uten bruk av antipsykotika (33, 35-39). Oppsummert tolker forskerne sine data at det ikke er noen signifikant forskjell mellom Soteria-gruppen og kontrollgruppen, men at det brukes klart mindre medikamenter i Soteria-gruppen. De nyeste analysene trekker frem noe bedre resultat i enkelte utfallsmål som for eksempel på psykopatologi og antall reinnleggelser, men de statistiske analysene er usikre (34, 35). Ved oppfølging ble 58 % re-diagnostisert med schizofreniform lidelse, men det kommer ikke frem i hvilke grupper dette gjaldt. Schizofreniform lidelse må antas å kunne få et bedre utfall en schizofreni. Forskningsarbeidet til Mosher og John R. Bola går langt i å påstå at en stor andel av pasientene ble friske uten bruk av antipsykotika, og at disse pasientene gjorde det bedre ved oppfølging enn pasienten i vanlige behandlingsinstitusjoner. De mente også at de kunne forutsi i 70% av tilfellene hvilke pasienter som vil ha effekt av en slik form for behandling (35, 36).

Om bruk av antipsykotika ved Soteria House

Dataene er noe uklart fremstilt. 75 % av pasientene som var innlagt mottok ikke antipsykotika i løpet av de 45 første dagene. Om pasienten har fått medikasjon før dette opplyses det ikke om. I kontrollgruppen mottok nesten alle antipsykotika. I Soteria-gruppen gjøres det en ny vurdering etter seks uker med tanke på medisineren. Det kommer ikke frem hvor mange som etter de seks ukene som så fikk medikamentell behandling. Totalt opplyses det om at 43% ikke har brukt noen form for antipsykotika ved to års oppfølging. (36). I kontrollgruppen mottok nesten alle antipsykotika.

Soteria Bern

Soteria-modellen har også vært utprøvd i Sveits. Studien (N=60) så på resultatene i form av psykopatologi, bosituasjon og arbeid etter utskrivelse. Dataene er registeret fra en periode på 6 år. 61% av pasientene fikk utskrevet antipsykotika i to-tredjedeler av oppholdet. 60% fungerte godt, mens 35% fungerte dårlig etter utskrivelse. De konkluderte med at behandling med lite eller ingen bruk av antipsykotika i kombinasjon psyko- og miljøterapi kan ha god effekt for en selektert gruppe (40).

I tillegg gjorde de en oppfølgingsstudie etter 2 år av de 14 første pasientene ved Soteria Bern sammenlignet med en kontrollgruppe hentet fra to ordinære behandlingsformer i Sveits. De oppgir selv av det er sannsynlig at de har en pasientgruppe som er lettere å behandle enn gjennomsnittet, blant annet fordi de sykeste pasientene ofte ble direkte henvist til det ordinære behandlingsforløpet i Sveits. DSM III ble brukt. Studien har en stor svakhet ved sammenligning av ordinær behandling med medikamentell behandling, ettersom et av eksklusjonskriterier er definert som mangel på etterlevelse av behandling. Forfatteren beskriver at forebygging etter utskrivelse viste seg å være vanskeligere enn antatt, og mener dette i all hovedsak skyldes manglende etterlevelse fra pasienter og pårørende. Disse ble derfor satt på antipsykotika som siste utvei. Pasienter som fikk lite eller ingen medisiner er lagt i samme gruppe, men forhold innad i gruppen beskrives ikke. Ved syv av ni utfallskriterier var det ingen signifikant forskjell. I begge gruppene hadde 71% tilbakefall med en eller flere reinnleggelser. Åtte av 14 Soteria-pasienter hadde brukt medisiner etter utskrivelse sammenlignet med 12 av 14 i kontrollgruppen. Fire i Soteria-gruppen som ikke fikk medisiner under oppholdet, og som ikke brukte medisiner etter utskrivelse, ble re-diagnostisert med schizofreniform psykose. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene bortsett fra bruk av antipsykotika(40).

3.3.3 Systematiske oversikter på Soteria-modellen

Studier på Soteria-modellen ble i dette søket funnet inkludert i to systematiske oversiktsartikler. Den ene inkluderte kun studier på Soteria-modellen (34). Studiene som omtalt fra USA og Sveits var inkludert. De ble vurdert til å være av lav kvalitet, blant annet på bakgrunn av at dataene er uklart fremstilt, at de ikke beskriver hvordan de har foretatt sin randomisering, at den analytiske metoden for å minimere skjevheter var ukjent og at det mangler informasjon om frafallsgruppen. Ved reanalyse av tallgrunnlaget fant de ingen signifikante forskjeller i hovedresultatet for Soteria house i USA sammenlignet med ordinær

behandling. Gjennomgangen legger også vekt på at hvis resultatene stemmer kan det tyde på at behandlingen ikke var ineffektiv eller skadelig, ettersom det stort sett ikke var noen signifikante forskjeller mellom gruppene. De stiller da spørsmål om kanskje Soteria-modellen er vel så effektiv siden de bruker mindre antipsykotika. Men forskningsgrunnet er svært tynt, og de kommenterer at de aktuelle forskerne har gjort lite for å utbrodere sin forskning, selv etter mye kritikk som har kommet frem gjennom prosjektets periode (1978-2003). Konklusjonen deres er at det er publisert et stort antall artikler og bøker på et svært lite tallgrunnlag. Det mangler kontrollerte randomiserte studier, og det mangler både kvalitativ og kvantitativ forskning på området.

I den andre systematiske oversikten blir de samme studiene vurdert til å være av lav kvalitet. Det var ikke mulig å utføre en metaanalyse på dataene. Dette medfører at man ikke kan si noe sikkert om disse behandlingsformene. Det er et stort behov for oppdatert forskning på området ettersom flere og flere uavhengige miljøer innfører denne formen for behandling (41).

3.3.4 En kritikk av Soteria

I «Commentary on the Soteria Project: Misguided Therapeutics» går redaktøren for *Schizophrenia Bulletin*, William T. Carpenter, kritisk igjennom forskningen på Soteria-modellen (32). I følge Carpenter fortjener pasienter med schizofreni å bli behandlet av klinikere som er i stand til å integrere evidensbasert viten i behandlingen. Soteria-modellen forneker den etablerte forståelsen av psykisk sykdom gjennom den biopsykososiale modellen, og er en antimedisinsk ideologi. Slike ideologier bør ikke ligge til grunn for behandlingen av alvorlig syke mennesker, mente han. Spørsmålet er om behandlingsprinsippene ved Soteria House hadde fungert uten det ensidige fokuset på å ikke bruke medisiner? Og er det slik at det er fraværet av medisiner som virkelig er effekten av behandlingen? Uten kontrollerte studier er dette sannsynligvis umulig å svare på, og heller ikke Bola og Mosher sin forskning svarer på dette. Carpenter viser også til en randomisert studie hvor pasientene var delt inn i fem forskjellige behandlinger; miljøterapi, medikamentell behandling, psykoterapi, psykoterapi med medisiner eller bare ECT. Gruppen som fikk psykoterapi og medisiner klarte seg klart best (42). I følge Carpenter er hovedproblemet til Bola og Mosher at selve kriteriet for å klare seg, er å ikke bruke medisiner. Vanligvis definerer man det å klare seg som fravær av psykopatologi og hvordan pasienten fungerer i hverdagen. Med Bola og Mosher sin definisjon på å klare seg, er det til dels en

selvoppfyllende profeti at de faktisk gjør det. For de som ikke klarer seg faller raskt ut av denne gruppen, og over i den medisinerende gruppen (32).

De omtalte Soteria-husene i USA stengte på 1980-tallet, og ble aldri sett på som en akseptert behandlingsform i fagmiljøet i USA. Men modellen har fortsatt tilhengere både i USA og Europa. I Norge omtales Soteria-modellen hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse som et alternativ til medikamentell behandling (43).

3.4 Terapeutisk samfunn i Norge

Ved Ullevål sykehus var en avdeling organisert som et terapeutisk samfunn med stort fokus på gruppemøter og inkludering i avdelingen. Dette førte til lav grad av orden med mye utagering og uro. Pasientene rapporterte selv dårlig tilfredshet. I 1981 gjennomgikk avdelingen en reorganisering, hvor målet var å skape et mer stabilt miljø for pasientene. Utfallet av denne reorganiseringen ble studert av Ingrid Melle med flere (44). De sammenlignet to pasientgrupper diagnostisert med schizofreni eller schizofreniform lidelse. Sammenligningen ble gjort på bakgrunnsdata man hadde før og etter reorganiseringen. Omorganiseringen bestod i en klarere ledelsesstruktur, en drastisk reduksjon i gruppemøter og et større fokus på individuell oppfølging. Studien viste at omorganiseringen førte til en halvering i antall innleggelsesdøgn og større brukertilfredshet blant pasienten. Den nye strukturen så ut til å gi bedre og mer effektiv behandling. Psykiatriske poster basert på det terapeutiske samfunnet finnes ikke i dag.

3.5 Open-Dialogue

Open-Dialogue (OD) er en kombinasjon av familie- og nettverksarbeid sammen med en psykodynamisk orientert terapi. Metoden er utviklet i Vestre Lappland i Finland på 1980-tallet. Mye av grunnforskningen på metoden skjedde i forbindelse med et nasjonalt finsk prosjekt på tidlig intervensjon og behandling av schizofreni. OD er en videreutvikling av det som da het Need Adapted Treatment(45). Dette er en alternativ måte å møte førstegangpsykosener og schizofrenipasienter på. Målet er å nå raskt frem til pasienter med en nyoppstått psykologisk krise, og å unngå bruk av antipsykotika så langt det lar seg gjøre. Jevnlige familie- og nettverksmøter skal holdes så lenge det er behov. Til grunn for modellen

ligger det en forståelse av at dagens diagnostikk og behandling er basert på et forenklet syn på menneskets psykologi og lidelse. Psykosen blir forstått mer som et svar på livskriser eller tidligere traumer, fremfor ut i fra et biopsykososialt perspektiv (46). OD ønsker i så liten grad som mulig å kategorisere og definere symptomer og sykdom. Ifølge utviklerne selv passer OD sin teoretiske forankring dårlig til den vitenskapelige metode og språk (47).

3.5.1 Behandling

Nøyaktig hva OD går ut på varierer i stor grad i litteraturen, og det varierer hvor i verden det utføres (48). Modellen forklares ut i fra et filosofisk og historisk perspektiv, med linjer tilbake til utviklingen av familierapi på 1960-tallet i USA (49). I publikasjonene fra forskerne i Finland går det igjen syv hovedpunkter som er viktig for metoden 1. *Øyeblikkelig hjelp* innen 24 timer. 2. *Et sosialt nettverksperspektiv* - familie og venner skal mobiliseres. 3. *Fleksibilitet og mobilitet* - målet er å tilpasse terapien til hvert enkelt tilfelle. Første møte bør skje hjemme hos pasienten. 4. *Ansvarlighet* - den første personen i behandlingsteamet som blir kontaktet har ansvar for å igangsette respons. 5. *Kontinuitet* - teamet har ansvar for behandling så lenge det er nødvendig. 6. *Aksept for usikkerhet* - unngå for tidlige konklusjoner om behandlingsvalg. Antipsykotika må ikke introduseres ved første møtet, og kan bare startes hvis man ikke ser effekt av andre tiltak. Møter bør arrangeres daglig de første ti-tolvdagene, for så å avgjøre videre behandling. 7. *Dialog* - fokuset bør ligge på gjensidig dialog med behandlingsapparat, pasienten og nettverket. Det skal etableres en delt forståelse av situasjonen (50, 51).

3.5.2 Studier på Open-dialogue

I Finland har det vært flere prosjekter på intervensjoner ved psykose og schizofreni. Det originale OD prosjektet var en del av Acute Psychosis Integrated Treatment multicenter project(API), og Open-Dialogue In Acute Psychohosis (ODAP). Disse to prosjektene er utgangspunktet for den eneste kohortstudien med en kontrollgruppe som eksisterer på OD (47). Totalt med kontrollgruppe (N=14), var det 54 deltagere som var inkludert. Studien rapporterer at sammenlignet med kontrollgruppen, brukte OD-gruppen mindre antipsykotika (36% mot 100%) ved oppstart av behandling. Etter to års oppfølging viste OD-gruppene at de totalt hadde brukt mindre antipsykotika, og hadde færre eller kortere innleggelses. I OD-gruppen hadde det vært 24-31% tilbakefall mot 71% i kontrollgruppen. I kontrollgruppen var det 30% som studerte, arbeidet eller søkte jobb, mens det i OD-gruppene var 83% som gjorde

dette. En svakhet ved studien er at det er få deltagere, spesielt i kontrollgruppen. Artikkelen beskriver inklusjon- og eksklusjonskriterier svært sparsomt og uklart. Det gis kun informasjon om sammensetning av diagnoser i de forskjellige gruppene. Det er vanskelig å tolke noe ut ifra resultatene i artikkelen da det fremgår svært lite informasjon om hvem disse pasientene er.

I artikler om OD er det ofte bruk av kasuser. Her legges det vekt på livshendelser som utløsende årsak til psykosen, og gode resultater selv med ingen bruk av medisiner. Det mangler diskusjon rundt diagnostikk eller detaljer rundt symptom bildet. Det er vanskelig å lese noe ut av disse kasusene om forhold mellom behandling og bedring av sykdom (46, 51).

3.5.3 Systematiske oversikter på OD

Nylig ble det publisert et forsøk på å oppsummere forskningen på OD (48). Her beskrives kompleksiteten ved å skulle oppsummere forskningen på OD fordi det foreløpig ikke er publisert noen randomiserte kontrollstudier. Antallet deltagere i de kvantitative studiene er svært lavt, og det mangler randomisering og kontrollgrupper. Ofte er det den samme deltagermassen som går igjen i publikasjonene fra Finland fra de tidlige prosjektene på OD på 1990-tallet. Denne systematiske gjennomgangen ønsket å se OD-prosjektet med bredere kriterier enn det som er vanlig ved systematiske gjennomganger. Uten dette utgangspunktet ville lite eller ingen av disse studiene blitt inkludert etter dagens standard for vitenskapelig arbeid og metodebruk. De har valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative studier. 23 studier ble i alt inkludert. Her blir det rapportert fra Finland, Norge, Sverige og USA.

De kvalitative studiene som ble inkludert inneholder svært få deltagere. Seks av de 16 studiene inneholdt kun en enkelt kasus i hver. Disse studiene mangler ofte informasjon om utvelgelse av deltagere og diskusjon av skjevheter som kan oppstå i slike tilfeller. To kvalitative kasusstudier ble blant annet ansett som å ha god kvalitet, og belyste muligheten for at OD kan være en utfordrer til tradisjonelle roller og hierarkier i en behandlingssituasjon. Utover dette mangler også den kvalitative forskningen på OD god metode. En svakhet med både den kvalitative og kvantitative forskningen på OD er mangel på blinding, og at rollen som forsker og behandler blandes. For eksempel er ofte utviklerne av OD med i diagnostisering og registrering av symptomer i studiene. Artikkelforfatterne stiller spørsmål ved hvor mye av den kvalitative forskningen som er gjort på OD, utenfor Vestre Lappland i Finland, som egentlig tester den opprinnelige OD metoden. Dette er spesielt viktig med tanke på om pasientene er behandlet med antipsykotika eller ikke (48).

I publikasjonene fra forskerne i Finland er det et stort fokus på minimal bruk av antipsykotika og at de har et annet utgangspunkt for møte med psykiske lidelser enn det man finner i ordinære psykiatriske behandlingstilbudet. Men i studier og rapporter på implementeringen av OD i andre land, er ikke disse ideene så fremtredende. Spørsmålet blir om OD ofte blir implementert i en kombinasjon av ordinære retningslinjer for behandling (52)? I en studie fra USA hvor de vurderte metoden i et prøveprosjekt, fremstår fokus på mobile team og tettere oppfølging som de viktigste prinsippene i bruk, og ikke fravær av antipsykotika (53). Det stilles spørsmål ved hvordan man skal få implementert metoden på tvers av institusjonene? Og at dette bør klargjøres grundig før man kan evaluere OD nærmere(52).

I Tidsskriftet for den norske legeforening gikk Svein Friis og kollegaer i 2003 igjennom alle publiseringer av Seikkulas nettverksterapi. To hovedproblemer trekkes frem ved Seikkulas forskning. Det drøftes i liten grad andre mulige forklaringer på resultatene, og arbeidene er ikke publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrifter. Det stilles også spørsmålsteget ved hvilket grunnlag pasienter velges til behandlingen. For at de skal kunne se nærmere på metoden må det fremlegges forskning av betydelig bedre kvalitet enn det de fant i sin gjennomgang (1). Det legges også vekt på at grunnlaget for modellen ikke er forankret i dagens medisinske forståelse av sykdom.

I 2017 vurderte Folkehelseinstituttet kvaliteten på en oversiktsartikkel fra 2012 over Need-adapted Treatment og OD behandling ved psykose. Oversiktsartikkelen så på forskning gjort i Finland på 1980- og 1990-tallet. Artiklene som inngikk i oversikten var til dels overlappende forskning, og ingen randomiserte studier var gjort. På bakgrunn av svakheter ved selve oversiktsartikkelen og svakheter ved de inkluderte enkeltstudiene, konkluderte Folkehelseinstituttet med at kunnskapsgrunnlaget var svakt og at de ikke har tillit til forfatterens konklusjon (54). Dette bekrefter funnene i denne oppgaven. Artikkelen er ikke en systematisk gjennomgang, men kun en oppsummering av forskningen gjort på OD i Finland. De foretar ingen kritisk gjennomgang av resultater eller diskusjon rundt eventuelle svakheter ved studiene de har inkludert (55).

3.5.4 19-års oppfølgingsstudie

I den siste publikasjonen fra forskerne i Finland, som er en 19-års oppfølgingsstudie, følger vi igjen pasientene fra kohortstudien fra API- og ODAP-prosjektene. Disse blir retrospektivt sammenlignet med en kontrollgruppe. Ifølge forskerne har denne OD-gruppen fortsatt bedre recovery enn standardbehandling. Kontrollgruppen (N=1763) var alle førstegangspysykoser

behandlet ved ordinære institusjoner utenfor Vestre Lappland fra samme tidsperiode som OD-gruppen (1992-2005). For OD-gruppen (N=108) kommer det klart fram hvor lenge oppfølgingsperioden strekker seg, men dette er uklart beskrevet for kontrollgruppen. Det er uklart hvordan oppfølgingsdata for kontrollgruppen er registrert. Blant annet viser et resultat fra studien at 36% i OD-gruppen stod på antipsykotika ved oppfølgingens slutt, i motsetning til 81% i kontrollgruppen. Men hvem er disse pasientene som fortsetter å generere data til de nasjonale registrene? Man kan anta at disse må være av de som klarer seg dårligst, etter som de fortsatt er i behandling eller mottar andre tjenester etter 19 år. Hva skjer med de som blir friske og ikke genererer data til disse registrene lengre? Disse spørsmålene er vanskelig å få svar på i artikkelen. Videre har 10% i OD-gruppen mistet livet av forskjellige årsaker før de siste fem årene oppfølgingen varte. Antall selvmord var signifikant høyere i OD-gruppen (7,4 % mot 4,8 %). Sett i lys av den allerede svært lille gruppen (N=108) er dette et signifikant frafall, og dette vil trolig ha stor innvirkning på sammenligningen mot kontrollgruppen. Beregningen på bruk av for eksempel medikasjon er bare gjort på de som fortsatt var i live ved oppfølgingens slutt i 2015. Da dette ikke diskuteres noe nærmere i artikkelen, gjør dette resultatene usikre. Som tidligere nevnt er det uklart hvordan utvelgelsen av OD-gruppen er gjort fra starten av. Hvordan ble disse valgt ut til OD-behandling i første omgang på 1990-tallet? Uten denne informasjonen vet vi lite om hva vi egentlig sammenligner kontrollgruppen med, for eksempel står det i artikkel at et av inklusjonskriterier var deltagelse etter eget ønske (47, 56).

Det har vært planlagt en randomisert kontrollert studie av OD i England med start i løpet av 2016 (57).

4 Diskusjon

Historiske trekk i forskningen på schizofreni

Det er gjort få randomiserte studier på ikke-medikamentelle behandlingsformer av schizofreni (20). Mye av dagens forståelse på effekt av behandling er hentet fra oppfølgingsstudier, både prospektive og retrospektive(58). Resultatene fra disse studiene har variert stort igjennom 1900-tallet. I en stor metaanalyse over denne utfalls litteraturen så man på denne variasjonen og mulige forklaringer på den(2). Etter 1950 så man en dobling av gode utfall i litteraturen på behandlingen av schizofreni, noe man antar er fordi diagnosekriteriene i tidsrommet før og i den aktuelle perioden var mye videre enn de er i dag. Effekten av moderne behandling med antipsykotika ble derfor ekstra stor. Andre faktorer som kan ha ført til denne toppen i rapporterte gode utfall, er behandlingsoptimisme. Det kan ha vært lettere for klinikerne å sette diagnosen schizofreni fordi man hadde god behandling å tilby. Etter 1970 innførte man mye strengere diagnosekriterier (DSM og ICD), med blant annet kriterier for lengre varighet av symptomer. Det førte til at pasientpopulasjon ble en mer selektert gruppe, og med en alvorligere grad av sykdom. Dermed falt mengden gode utfall i litteraturen, og vi nærmet oss nivåene for resultatene før antipsykotika ble innført. At resultatene for behandling i dag er tilnærmet lik før innføringen av antipsykotika, har vært brukt som argument mot at dagens behandling ikke har effekt (59). Men det motsatte er tilfellet. Man kan altså ikke se på de historiske resultatene uten å ta med i betraktningen den store endringen i diagnosekriterier og forståelsen av schizofreni.

Effekt av ikke-medikamentelle tiltak?

Resultatene fra Chestnut Lodge viste at den psykoanalytiske tilnærmingen ikke fungerte i behandlingen av schizofreni. Også ved Kastanjabakken, hvor det i tillegg ble brukt antipsykotika, var resultatene variable. Det ensidige behandlingsopplegget ga polariserte utfall (29, 30). Det vil si at noen klarte seg bedre enn forventet og andre dårligere. Ved begge stedene var det en undergruppe som responderte godt på behandlingen, men man fant ingen måte å forutse hvilke pasienter dette var. Det kunne se ut til at behandlingen passet best for de

med et godt funksjonsnivå før sykdomsstart, eller som hadde ressurser nok til å følge den krevende terapien.

Det Terapeutiske samfunnet ved Ullevål fungerte ikke for pasientene. Noen pasienter opplevde avdelingen med høy grad av aggresjon og sinne som svært ufordelaktig for deres helsetilstand. Overgangen til en mer moderne organisering med mer struktur og mindre stimuli i miljøet og fra andre pasienter, viste seg å gi kortere liggetid på sykehus og bedre behandlingsresultater (44).

I motsetning til de Chestnut Lodge, Kastanjabakken og Terapeutisk samfunn viser studiene av Soteria-modellen og OD til mer blandede resultater. Det er imidlertid flere problemer knyttet til forskningen på disse to behandlingene. Deres forskning blir kritisert for mye av de samme svakhetene. Soteria-modellen og OD bærer preg av antipsykiatriske ideer, og tilhengerne av disse metodene gir uttrykk for at dagens behandling er for diagnosepreget og har for lite fokus på individet bak sykdommen. De ønsker et annet fundament enn den medisinske forståelse av psykiske lidelser, og anerkjenner ikke den biopsykososiale modellen. Kritikken som går igjen peker på at studiene inneholder et lite antall deltagere, varierende grad av randomisering og uklarheter rundt inklusjonskriteriene. Disse mulige skjevhetene følger oppfølgingsstudiene senere (34, 48). Det blir også påpekt at man i for liten grad drøfter andre årsaker til resultatene. Blant annet er det et problem ved OD at forskerne inngår direkte i for eksempel skåring av symptomer ved oppfølging av pasienten og at man dermed kan ha en tilbøyelighet til å favorisere egen behandling (1). Som nevnt kan ensidige behandlingsopplegg passe godt for noen, og dårligere for andre. Muligheten for polariserte utfall kan også være tilfelle for Soteria-modellen og OD. Årsaken til frafall i disse studiene er ofte uklart fremstilt, og spørsmål om noen klarer seg dårligere på deres metode diskuteres lite. For eksempel rapporteres det om høyere selvmordsrate ved OD (50).

Effekt uten bruk av antipsykotika?

En av hovedhypotesene bak Soteria-modellen og OD er at det er mulig å behandle schizofreni uten bruk av antipsykotika. Men det kan stilles spørsmål ved om studiene som hittil er publisert, er gode utgangspunkt for å avgjøre om antipsykotika har effekt. Disse oppfølgingsstudiene har varierende grad av randomisering som gir svært usikre svar på det spørsmålet. Noe av problemet ligger i at man innfører en komplisert ny behandlingsmetodikk, og i tillegg fjerner eller endrer bruken av medisiner. Det gjør det vanskelig å vite hva man

egentlig måler effekt av. Kunne for eksempel behandlingen gitt bedre resultater med antipsykotika i bruk? Studiene som foreløpig er blitt publisert besvarer ikke disse spørsmålene slik de er utformet (32). Et annet problem med dette er at man ser helt vekk fra det store antallet data som finnes på effekten av antipsykotika. Forskerne burde i mye større grad drøfte hva det er ved nettopp deres forskningsmetode, med de svakhetene som er blitt bemerket, som gir et bedre svar på dette spørsmålet. Selv etter mye kritikk av forskningen, fortsetter forskerne bak disse to retningene å generere artikler på det samme datagrunnlaget uten å utforme nye og bedre studier. Dette kan få retningene til å fremstå ideologisk drevet.

OD er i bruk i enkelte miljøer i dag. Ofte er det varianter av metoden kombinert med anbefalte retningslinjer som er i bruk (34, 48). OD inngår i enkelte utdanninger og prøveprosjekter ved distriktpsikiatriske sentre i Norge (60, 61). Det kan være problematisk om det oppstår ideologiske øyer innad i psykisk helsevern. Elementer av behandlingen ved OD som familiearbeid, nettverk og støtte rundt pasienten er i tråd med nasjonale retningslinjer. Men ideologien bak metoden og spesielt påstanden om at man kan behandle schizofreni uten bruk av antipsykotika, er ikke evidensbasert. For eksempel er et av hovedpunktene i metoden at man skal være tilbakeholden med oppstart av antipsykotika. Dette er i strid med dagens retningslinjer. Spesielt problematisk er dette ved første gangs psykoser hvor tidlig oppstart med antipsykotika er ansett som meget viktig (6, 11). Slik som OD fremstår i litteraturen i dag, bygger den på en ikke-medisinsk forståelse av psykisk sykdom. Med innføringen av de legemiddelfrie sykehuspostene i psykisk helsevern, vil muligens disse og lignende metoder øke i omfang. Både Soteria-modellen og OD anbefales av brukerorganisasjoner og hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse som et alternativ til tvang (62, 63). For pasientgruppen med psykoselidelser, kan slik informasjon være unyansert. Det blir vist til mange av de samme studiene som er inkludert i denne oppgaven. Enkeltstudier bør ikke være nok til å bli inkludert i slike anbefalinger, selv ikke hos brukerorganisasjoner. Med det kunnskapsgrunnlaget som eksisterer i dag, bør ikke disse behandlingsformene anbefales til denne pasientgruppen.

Pasienttilfredshet

De siste årene har det vært stort mediefokus på kvaliteten av behandling og unødvendig bruk av tvang i psykiatrien. Sett i lys av den norske debatten som nå foregår, kan det se ut som at man igjen er inne i en bølge av kritikk mot den etablererte psykiatrien. Brukerorganisasjonene uttrykker et sterkt ønske om en mindre biomedisinsk forståelse og behandling av psykisk

sykdom. Pasienten skal få den behandlingen de selv ønsker seg, uavhengig av evidens. Men det er uklart hvor mange pasienter som stiller seg bak dette ønsket. I en studie over pasienttilfredsheten hos psykosepasienter ved norske akuttposter, var resultatet av tilfredshet relativt høyt (64). Psykiatrien er presset på ressurser, og i et helsevesen med stadig mer fokus på økonomistyring kan ressurskrevende behandlingsformer komme til kort mot enkle løsninger som unødvendig medisiner og raske utskrivelser. I en studie av sammenhengen mellom pasienttilfredshet og langtidsutfall for pasienter med schizofreni, kom det frem at de vanligste plagene pasienten har er bivirkninger av antipsykotika, mangel på involvering og valg i behandlingen og mangel på involvering av familie. Videre fremkommer det at god terapeutisk allianse, god informasjon og psykoedukasjon er viktig for å sørge for god etterlevelse av behandlingen (65). Dette er punkter som kommer tydelig frem i dagens retningslinjer for behandling (5). Om problemet er mangel på ressurser eller stor avstand mellom retningslinjer og faktisk behandling, bør dette gjøres noe med fremfor å innføre behandlingsmetoder med svært lite evidens.

Hva opptar klinikerne?

I en kvalitativ studie publisert i 2019 var 23 spesialister i psykiatri inkluderte (66). De ble intervjuet om deres tanker om pålegget om legemiddelfri behandling i psykisk helsevern. I tekstanalysen kom det fram fire hovedpunkter som gikk igjen i intervjuene av klinikerne:

1. Legemiddelfri behandling oppleves som uvitenskapelig valg for en allerede stigmatisert gruppe. Det kan være uetisk og potensielt skadelig for pasientene når man blir tvunget til å ikke kunne gi den behandlingen man som fagperson mener er best med bakgrunn i nasjonale retningslinjer. Behandlingsvalg bør ikke være et politisk anliggende. Det stilles spørsmål om beslutningstagerne egentlig forstår hvor syke noen av disse pasientene kan bli uten medisiner.
2. Det fremstår som at en minoritet har fått gjennomslag for sine personlige meninger. Minoriteten består av en gruppe pasienter og støttespillere som baserer sine meninger på egne negative opplevelser i psykiatrien. Personlige meninger bør ikke ligge til grunn for retningslinjer av behandling. Media oppleves til tider å være en meningsbærer av slike antipsykiatriske holdninger, ofte med referanser til selektert forskning fremfor nasjonale retningslinjer og store systematiske oversikter.
3. Pasienter med psykotiske symptomer mangler ofte innsikt i egen sykdom. Det kan være vanskelig å få de til å ville ta imot medisiner på bakgrunn av sykdommens natur. Mange er

svært mistenksomme overfor behandlere og opplever ikke selv at de er syke. Innføringen av legemiddelfri behandling kan gjøre det enda vanskeligere å få denne pasientgruppen til å ville motta medisiner.

4. Behandling må være vitenskapelig basert. Klinikerne har ikke latt innføringen av legemiddelfri behandling gå på bekostning av deres profesjonalitet og valg av behandling. Deres mål er å hjelpe hver enkelt pasient så godt som mulig ut ifra den kunnskapen som eksisterer med individuelle tilpasninga til hver enkelt pasient. Brukermedvirkning kan ha sine begrensinger.

Man kan tolke intervjuene av klinikerne dithen, at en slik kampanje danner et inntrykk av at profesjonen er uprofesjonell og at det må politisk makt til for å gi «riktig» behandling. I tillegg gir selve navnet «legemiddelfri behandling» et inntrykk av at medikasjon egentlig er unødvendig og skadelig, noe man altså best bør holde seg unna. Dette kan skape skadelige motsetninger innen psykisk helsevern. Det fører til en polarisert debatt som undergraver fagkompetansen innen psykiatrien, samtidig som det rammer en meget utsatt gruppe som ofte ikke har innsikt i egen sykdom.

5 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å se på et utvalg av alternative behandlinger for schizofreni og psykoselidelser i historien. Disse behandlingene har inneholdt psykoanalytiske tilnærminger, alternative boinstitusjoner, miljø- og familiearbeid. I den nåværende debatten og i flere av de inkluderte behandlingsformene har spesielt spørsmålet om effekt av antipsykotika stått sentralt. Det er lite som tyder på at de undersøkte behandlingsformene har bedre effekt enn dagens anbefalte behandling. Det mangler gode studier på legemiddelfrie tiltak. Flere av de tiltakene brukerorganisasjonene ønsker seg, har historien vist at ikke er til det beste for pasienten. Et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med, er noe mange pasienter trenger. Men for psykoselidelsene vil kun dette dessverre kunne føre til alvorlige konsekvenser. Vi må sørge for å utarbeide behandling ut ifra god evidens og god vitenskapelig metode.

Litteraturliste

1. Friis S, Larsen TK, Melle I. [Therapy of psychoses]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2003;123(10):1393.
2. Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature. The American journal of psychiatry. 1994;151:10.
3. Rund BR. Schizofreni. 5. utg. ed. Stavanger: Hertervig forl., Akademisk; 2016.
4. Malt UF. Lærebok i psykiatri. 4. utg., [rev.]. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2018.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser. 2013.
6. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. The American journal of psychiatry. 2012;169(4):374-80.
7. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell Oslo [updated 21.02.19. Available from: <https://www.legemiddelhandboka.no/#>.
8. T. Scott Stroup M, MPH, Stephen Marder, MD. Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment. UpToDate; 2017.
9. Adrian Preda MRGB, MD. BMJ Best Practice Schizophrenia 2018 [updated 21.02.19. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/406/management-approach>.
10. National Institute for Health and Care Excellence. 2014 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.
11. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. The American journal of psychiatry. 2017;174(10):927-42.
12. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. 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):pp.
13. Goff DC, Falkai P, Fleischhacker WW, Girgis RR, Kahn RM, Uchida H, et al. The long-term effects of antipsychotic medication on clinical course in schizophrenia. The American journal of psychiatry. 2017;.174(9):pp.
14. Fellesaksjonen. Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester 2015 [Available from: <http://medisinfrietilbud.no/grunnokument/>.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>.
16. Røssberg J, Andreassen O, Ilnes S. Medisinfrie sykehusposter – et kunnskapsløst tiltak. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2017;137(6):426-7.
17. Slagstad K. The inner conflicts of psychiatry exposed. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2017;137(6):421.
18. Helsedirektoratet. Veiledning for Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern 2018 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern#god-praksis->).
19. Trondheim Ui. Medisinfri behandling i psykisk helsevern - Helse Midt 2019 [Available from: <https://stolav.no/behandlinger/medisinfri-behandling-i-psykisk-helsevern-helse-midt>.

20. Holte HH, Austvoll-Dahlgren A, Straumann GSH. Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt. 2017.
21. Dalsbø TK, Dahm KT, Reinart LM. Hva er effekten av vedlikeholdsbehandling med antipsykotika for personer med schizofreni? 2015.
22. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(6):586-601.
23. McGlashan TH, Carpenter WT. Identifying unmet therapeutic domains in schizophrenia patients: the early contributions of Wayne Fenton from Chestnut Lodge. *Schizophr Bull*. 2007;33(5):1086-92.
24. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. I. Follow-up methodology and study sample. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(6):573-85.
25. Kafka JS. Chestnut Lodge and the psychoanalytic approach to psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2011;59(1):27-47.
26. Schulz CG. A follow-up report on admissions to Chestnut Lodge 1948–1958. *Psychiatric Quarterly*. 1963;37(2):220-33.
27. Klerman GL. The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *The American journal of psychiatry*. 1990;147(4):409-18.
28. Packman WL, Cabot MG, Bongar B. Malpractice arising from negligent psychotherapy: ethical, legal, and clinical implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *Ethics Behav*. 1994;4(3):175-97.
29. Hauff E, Varvin S, Laake P, Melle I, Vaglum P, Friis S. Inpatient psychotherapy compared with usual care for patients who have schizophrenic psychoses. *Psychiatr Serv*. 2002;53(4):471-3.
30. Varvin S. A retrospective follow-up investigation of a group of schizophrenic patients treated in a psychotherapeutic unit: the Kastanjebakken Study. *Psychopathology*. 1991;24(5):336-44.
31. Henzell J. Art, madness and anti-psychiatry: a memoir. 1997:177-97.
32. Carpenter WT, Jr., Buchanan RW. Commentary on the Soteria project: misguided therapeutics. *Schizophr Bull*. 2002;28(4):577-81; discussion 83-8.
33. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(3):142-9.
34. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34(1):181-92.
35. Bola JR, Mosher LR. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(4):219-29.
36. Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophr Bull*. 2002;28(4):559-75.
37. Mosher LR, Menn AZ. Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up. *Hosp Community Psychiatry*. 1978;29(11):715-23.
38. Mosher LR, Vallone R, Menn A. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from the Soteria project. *International Journal of Social Psychiatry*. 1995;41(3):157-73.
39. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, Menn AZ. A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: Analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Schizophrenia Bulletin*. 1979;5(2):pp.
40. Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z, et al. The pilot project 'Soteria Berne'. Clinical experiences and results. *Br J Psychiatry Suppl*. 1992(18):145-53.

41. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S, Id, Slade MOhoo, et al. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;.195(2):pp.
42. Tuma AH, May P. And if that doesn't work, what next...? A study of treatment failures in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*. 1979;167(9):566-71.
43. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Alternativer til tvang I [Available from: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>.
44. Melle I, Friis S, Hauff E, Island TK, Lorentzen S, Vaglum P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psykiatr Serv*. 1996;47(7):721-6.
45. Bola JR, Lehtinen K, Aaltonen J, Rakkolainen V, Syvalahti E, Lehtinen V. Predicting medication-free treatment response in acute psychosis: cross-validation from the Finnish Need-Adapted Project. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(10):732-9.
46. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*. 2001;.14(4):pp.
47. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences & Services*. 2003;5(3):163-82.
48. Freeman AM, Tribe RH, Stott JCH, Pilling S. Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psykiatr Serv*. 2018:appips201800236.
49. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*. 2003;.42(3):pp.
50. Bergstrom T, Seikkula J, Alakare B, Maki P, Kongas-Saviaro P, Taskila JJ, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*. 2018;270:168-75.
51. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*. 2006;16(02):214-28.
52. Buus N, Bikic A, Jacobsen EK, Muller-Nielsen K, Aagaard J, Rossen CB. Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries: A Scoping Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(5):391-401.
53. Gordon C, Gidugu V, Rogers E, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the U.S. health care environment: A feasibility study. *Psychiatric Services*. 2016;67(11):1166-8.
54. Fretheim A UV. Svakt kunnskapsgrunnlag for «need-adapted»- og «open-dialogue»-behandling ved psykose, Folkehelseinstituttet: Folkehelseinstituttet; 2017 [Available from: <https://fhi.no/publ/2017/svakt-kunnskapsgrunnlag-for-need-adapted--og-open-dialogue-behandling-ved-p/>.
55. Gromer JMSW. Need-Adapted and Open-Dialogue Treatments: Empirically Supported Psychosocial Interventions for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2012;14(3):162-77.
56. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rakkolainen V, Syvalahti E. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry*. 2000;15(5):312-20.
57. Razzaque R, Stockmann TJBA. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. 2016;22(5):348-56.
58. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry*. 2005;50(14):892-900.
59. Whitaker R. En psykiatrisk epidemi : illusjoner om psykiatriske legemidler. Oslo: Abstrakt forl.; 2014.

60. NTNU Gjøvik. Videreutdanning i Dialogiske praksiser, nettverksmøter og relasjonskompetanse 2019 [Available from: <https://www.ntnu.no/videre/dialogiske-praksiser-nettverksmoter-og-relasjonskompetanse>].
61. Akershus universitetssykehus. Samtalen i sentrum 2019 [Available from: <https://www.ahus.no/nyheter/samtalen-i-sentrum>].
62. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Åpne dialoger i nettverksmøter 2015 [Available from: <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Håndbok-ODIN.pdf>].
63. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Medisinfrie alternativer [Available from: <https://www.erfaringskompetanse.no/tag/medisinfrihet/>].
64. Bo B, Ottesen OH, Gjestad R, Jorgensen HA, Kroken RA, Loberg E-M, et al. Patient satisfaction after acute admission for psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2016;.70(5):pp.
65. Chue P. The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*. 2006;.20(6, Suppl):pp.
66. Yeisen RA, Bjornestad J, Joa I, Johannessen JO, Opjordsmoen S. Psychiatrists' reflections on a medication-free program for patients with psychosis. *J Psychopharmacol*. 2019;269881118822048.