Vis resultater

Respondent

25 Anonym

188:07
Tid til å fullføre

GDPR/Personvern

Hvor lenge vil personopplysninger bevares
Opplysningene vil bli oppbevart i vårt arkiv i tråd med arkivregelverket.

Hvilke typer personopplysninger vil bli samlet inn og brukt
Informasjon du oppgir som for eksempel navn, e-postadresse, telefonnummer etc.

Rettslig grunnlag for behandling av dine personopplysninger
Grunnlaget for behandling av personopplysninger er personvernforordningen artikkel 6 (1) e (utøve en oppgave i allmenhetens interesse). Helsedirektoratet ønsker å få innspill, og trenger da å behandle opplysninger om hvem som har besvart med hjemmel i https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr/ARTIKKEL_6#gdpr/ARTIKKEL_6 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5, spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 og folkehelseloven § 24.

Hvem vil ha tilgang til dine personopplysninger
Helsedirektoratet vil behandle personopplysningene. Høringsinnspill vil bli publisert på våre nettsider. Personopplysninger som er taushetsbelagt vil ikke bli publisert.

Dine individuelle rettigheter
Som registrert har du rettigheter. Dette kan du lese mer om i vår personvernerklæring helsedirektoratet.no/om-oss/om-nettstedet/personvernerklaering

Vårt personvernombud
Du kan kontakte vårt personvernombud dersom du har spørsmål om vår behandling av dine personopplysninger. Vårt personvernombud kan kontaktes på følgende e-postadresse: personvernombud@helsedir.no

1. Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt over. *

- (●) Ja
- ( ) Nei

2. Navn på høringsinstans *

Mental Helse

3. Navn på avsender *

Kristin Bergersen

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

kristin.bergersen@mentalhelse.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Mental Helse er glad for at veilederen i større grad vektlegger brukermedvirkning og individuell tilpasset behandling. Vi støtter at endringene gir mer rom for å vente med å starte medikamentell behandling og tydeliggjør at benzodiazepiner kan brukes i en begrenset periode.
Vi understreker likevel at forskriftene ikke i tilstrekkelig grad tar innover seg recovery-perspektivet, men opprettholder en reduksjonistisk tilnærming til psykoseutfordringer. Vi løfter frem tre elementer vi savner tematisert.

1. Tvang og non-respondere.

Mange har god hjelp av medisiner, noen har delvis effekt og en gruppe har ingen effekt. Dette blir spesielt problematisk når medisinene blir gitt under tvang. Retningslinjen forholder seg ikke til at den medikamentelle behandlingen ofte blir gitt under tvang, og at den ikke har effekt på en andel av pasientgruppen. Det er veldokumentert at det er en del av pasientgruppen som ikke har effekt av antipsykotiske legemidler. De er ikke spart for alvorlige bivirkninger. Denne gruppen pasienter som mottar medikamentell behandling under tvang uten helsegevinst utgjør et spesielt etisk medisinsk dilemma, og er med på å svekke tilliten pasientgruppen har til behandlingssystemet.
Det fremstår som merkelig at de nasjonale retningslinjene velger å ikke omhandle tvangsmedisinering.

2. Nedtrapping
Vi savner at de nasjonale faglige retningslinjene om bruk av antipsykotiske midler inkluderer nedtrapping på lik linje som oppstart og bruk.
Vi hører fra både brukere og klinikere at det er mangler i kunnskap og tilbud om bistand til nedtrapping av antipsykotiske midler. Mange pasienter velger å autoseponere uten bistand fra lege, ofte fordi de ikke opplever å få støtte fra helsetjenestene hvis de forteller at ønsker nedtrapping.
Hvordan trappe ned forsvarlig, hva som er symptomer på sykdom og hva som skyldes bivirkninger av nedtrappingen er utfordrende å få klarhet i, og blir fort kilde til uenighet mellom bruker og spesialist. Felleshåndboken sin instruksjon om nedtrapping beskrives som mangelfull. I Legeforeningen sine Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler, som retningslinjene viser til for nedtrapping, belyser de at det mangler forskning på nedtrapping og at det er utfordrende å anbefale evidensbasert god praksis på kunnskapsgrunnlaget.
Mental Helse ønsker mer kunnskap om tryggere praksis og tydeligere retningslinjer for å trappe ned på antipsykotiske midler. Vi trenger og å vite mer om risiko for fenomener som supersensitivering og seponeringssyndrom.

3. CRPD og beslutningsstøtte.
I henhold til FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) plikter helsetjenestene å ha på plass en ordning for beslutningsstøtte. Med beslutningstøtte menes en ordning for å støtte pasienten i å få sine egne beslutninger frem i behandlingen når de selv har nedsatt funksjonsevne til å ta beslutninger. Dette er spesielt relevant når pasienten er under tvang. Helsedirektoratet fikk i oppdrag i å utrede en ordning for beslutningsstøtte. Psykoseretningslinjene bør oppdateres når Helsedirektoratet er ferdig med denne utredningen.

4. CYP Screening
Forskriftene mangler retningslinjer for bruk av CYP Screening ved oppstart og bruk av antipsykotiske legemidler.

5. Somatikk
Den forventede levetiden er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 % av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging. Mye tyder på at det svikter når det gjelder forebygging og behandling av vanlige somatiske sykdommer hos denne gruppen pasienter. Retningslinjene må være mer tydelige og iverksettes grundig for å motvirke uønsket variasjon.

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

7. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

8. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er begrunnelsen for anbefalingene tilstrekkelige til å inngi tillit til anbefalingene?

9. Pasienter med diagnostisert schizofreni eller schizofrenilignende psykose som har nytte av antipsykotika, bør etter individuell vurdering tilbys videre behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

10. Pasienter med diagnostisert schizofreni eller schizofrenilignende psykose som har nytte av antipsykotika, bør etter individuell vurdering tilbys videre behandling med antipsykotika

    Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

11. Pasienter med diagnostisert schizofreni eller schizofrenilignende psykose som har nytte av antipsykotika, bør etter individuell vurdering tilbys videre behandling med antipsykotika

    Er begrunnelsen for anbefalingene tilstrekkelige til å inngi tillit til anbefalingene?

12. Pasienter med sterk angst og uro i forbindelse med akutt psykose kan tilbys behandling med benzodiazepiner i en tidsbegrenset periode

    Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

13. Pasienter med sterk angst og uro i forbindelse med akutt psykose kan tilbys behandling med benzodiazepiner i en tidsbegrenset periode

    Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

14. Pasienter med sterk angst og uro i forbindelse med akutt psykose kan tilbys behandling med benzodiazepiner i en tidsbegrenset periode

    Er begrunnelsen for anbefalingene tilstrekkelige til å inngi tillit til anbefalingene?

15. Pasienter med psykoselidelse som har vist toleranse overfor antipsykotika, kan tilbys antipsykotika i form av langtidsvirkende injeksjoner

    Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

16. Pasienter med psykoselidelse som har vist toleranse overfor antipsykotika, kan tilbys antipsykotika i form av langtidsvirkende injeksjoner

    Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

17. Pasienter med psykoselidelse som har vist toleranse overfor antipsykotika, kan tilbys antipsykotika i form av langtidsvirkende injeksjoner

    Er begrunnelsen for anbefalingene tilstrekkelige til å inngi tillit til anbefalingene?

18. Innspill til kapittel om metode og prosess