Vis resultater

Respondent

20 Anonym

09:53
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 *

Privatperson

3. Navn på avsender *

Walter Keim

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

walter.keim@gmail.com

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Retningslinjene legger ikke tilrette for og står i veien for en nødvendig revolusjon i behandling (FN rapporteur for helse): "There is now unequivocal evidence of the failures of a system that relies too heavily on the biomedical model of mental health services, including the front-line and excessive use of psychotropic medicines, and yet these models persist". "New WHO guidance seeks to put an end to human rights violations in mental health care" 2021: "This comprehensive new guidance provides a strong argument for a much faster transition from mental health services that use coercion and focus almost exclusively on the use of medication to manage symptoms of mental health conditions. WHO-OHCHR 2023 supports countries to reform legislation in order to end human rights abuses and increase access to quality mental health care. There is an overreliance on biomedical approaches to treatment options.

Retningslinjene opplyser ikke om detaljert evidensnivå og gradering av anbefalingene (metaanalyser, randomiserte studier, korrelasjonsstudier, oppfatninger) men skiller bare «bør» (sterk anbefaling) og «kan» (svak anbefaling). Dermed unngås å ta stilling til gradering i henhold til kapitel 16.5 av studiene er «ikke godt utformet», dvs. antipsykotikanaive deltagere mangler og uten placebo-kontrollen (Zhu et al. 2017) og at det foreligger en dissens for anbefaling «bør» tilbys ... antipsykotika.

Det finnes metastudier som dokumenterer både hjernesvinn og mange studier om svekket langtidsrecovery som er ignorert.

Retningslinjene må sees på bakgrunn av praksis med medisinering av mer enn 90% (97,3% ifølge Bergstrøm et al. 2018) av folk med diagnose psykose. Ifølge Lauveng et al. 2021 finner 62% av behandlere langvarig medisinering som veldig nyttig mens det er 9% av pasientene.

I kritikken om medisinfri behandling kom det fram at ledende psykiatere anså innføring av antipsykotika «en revolusjon i behandlingen». Det påstås «Hos det store flertallet bidrar medisiner til symptomlette funksjonsbedring og høyere selvrapportert livskvalitet». Akutt god symptomdemping har 9% farmasøytisk effekt, øket livskvalitet NNT 10 og bedre sosial fungering NNT 7. Disse informasjonen som framgår av de studier som retningslinjene bygger på er nødvendig for å realitetsorientere ansatte i psykisk helsevern.

Derfor er det også riktig å opplyse om at placeboeffekten er større enn den farmasøytiske effekt og den avledete NNT effekten for å realitetsorientere psykiatrien.

Det ble også levert en detaljert begrunnelse med dokumentasjon av forskningen som støtter argumentene som er framført: http://wkeim.bplaced.net/files/retningslinje-innspill.html

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

Anbefalingen inviterer til overmedisinering det ikke finnes evidens for.

7. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

Anbefalingen burde være «kan» ikke bør og er derfor unyttig.

8. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

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

Begrunnelsen er utilstrekkelig. Høringsutkastet omtaler mangelen av antipsykotikanaive studier slik: «Historisk har randomisering til placebo vært oppfattet som etisk betenkelig» men anerkjenner ikke at forskningen for akutt bruk kan ikke ansees som «godt dokumentert». I Dalsbø et al., 2019 konkluderte FHI: «Det er usikkert om symptomer på psykose påvirkes av antipsykotika ved tidlig psykose». Denne referansen er oppført i Samvalgsverktøy som opplyser at symptomdemping er usikker. Høringsutkastet påstår: «Resultatene (av FHIs oversikt Jardim et al., 2021) viste at kombinasjon av antipsykotika og kognitiv terapi var forbundet med større symptomreduksjon enn kognitiv terapi alene.» Dette er feil: «Effektsetimatet indikerte en marginal høyere symptomskår av antipsykotika og kognitiv terapi enn kognitiv terapi alene», dvs. kognitiv terapi alene viste litt bedre symptomreduksjon. Denne feilsitering som overvurdere antipsykotika må korrigeres.

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?

Det er ikke tydelig at videre behandling etter 2 år er det ingen evidens for.

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?

I praksis utelukkes ikke langtidsbruk det ikke finnes evidens for.

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?

Ved seponering kan det ikke skilles mellom abstinens og bortfall av beskyttelse mot symptomer.

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?

Hvor lenge varer en "tidsbegrenset perirode"

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

Psykiatere påstår at pasientene pga. sykdom ikke er istand å bedømme medisinering. Men når man ser spørsmålet på bakgrunn av forskning er pasientene på gruppenivå bedre opplyst når det gjelder problemer med diagnostisering, fornuftig medisinering og årsakene til psykose.

Helsedirektoratet har vraket flere godt skolerte brukerrepresentanter og arbeidsgruppen sto igjen med bare tre virkelig brukerrepresentanter og et overveldende flertall av behandlere. En brukerrepresentant dissenterte. Helsedirektoratets saksbehandling skjemmes av en 4 årig trenering. To mastergradsoppgaver om tvangsmedisinering viser at praksis er rettsstridig (Veronica Fjeld 2021) og uten domstolprøving (Marita Skjerlie 2020). Favorisering av psykiaternes tilsidesettelse av FN rapporteurs for helse og WHOs helsefremmende forslag. WHO-OHCHR has 9 October 2023 also launched new guidance to improve laws addressing human rights abuses in mental health care (WHO-OHCHR 2023) to support countries to reform legislation in order to end human rights abuses and increase access to quality mental health care. There is an overreliance on biomedical approaches to treatment options, inpatient services and care, and little attention given to social determinants and community-based, person-centered interventions.