

Høringsnotat fra Landsforeningen We Shall Overcome.

Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Oktober 2008

WSO vil først påpeke at "Alle nasjonale retningslinjer skal være utarbeidet etter forskningsbasert kunnskap, legge vekt på brukervedvirkning og være rettet mot praksis, implementering og oppdatering" (s 4). Vi mener at brukervedvirkning ikke er tilstrekkelig vektlagt i sammensetningen av arbeidsgruppen. En brukerrepresentant inn i arbeidsgruppen er ikke nok til at direktoratet kan påstå å ha lagt vekt på brukervedvirkning. Det bør alltid være minst to brukerrepresentanter i alle arbeidsgrupper. Når det skal utarbeides retningslinjer hvor mange av anbefalingene som gis er på nivå C og GP (s 10) kreves det en sterkere brukerrepresentasjon enn dette for at andre tilnæringsmåter enn de tradisjonelle fagmiljøenes skal få nok gjennomslagskraft i gruppen.

Når det gjelder høringsrunden, og mangel på hørings svar fra brukerorganisasjonene vil vi bemerke at brukerorganisasjonene sliter med for lite ressurser, noe som fører til at den store mengden notater som sendes på høring til oss ikke blir godt nok fulgt opp. Det har også kommet tilbakemeldinger til direktoratet i forhold til tidligere høringer hvor innspill fra brukerorganisasjonene har druknet i andre hørings svar og blitt tillagt for lite vekt. Dette påvirker også organisasjonenes motivasjon til å bruke mye tid og energi på hørings svar.

Generelle innspill.

WSO mener hele veilederen bygger på et kunnskapsgrunnlag som er begrensende og snevert og til dels feilaktig, både når det gjelder hva depresjon er og behandling av depresjon. Veilederen er bygget på den medisinske modellen, og går ut ifra depresjon som en medisinsk tilstand som krever medisinsk behandling. Dette utgangspunktet kan ikke WSO godta som bærende fundament for veilederen, og vi er derfor kritiske til hele sluttproduktet. WSO mener oppfattelsen av depresjon og behandling av depresjon i psykisk helsevern er sterkt påvirket av medisinindustriens propaganda. Direktoratets retningslinjer tar i liten grad høyde for den massive påvirkningen som finner sted, både når det gjelder forskning og den enkeltes lege utskrivning av antidepressive legemidler.

WSO vil til tross for dette komme med noen konkrete innspill til forbedringer.

Konkrete innspill:

Kapittel 2. Prinsipper for god behandlingspraksis.

Ikke bare brukernes **behov**, men også brukernes **ønsker** skal legges til grunn for hvilke tjenester som gis. Brukere og pasienters valg når det gjelder behandlingsform blir svært innskrenket av manglende alternativer og et ensrettet behandlingstilbud. Det å kunne velge mellom "*tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder*" er ikke et reelt valg når "*undersøkelsesmetoder*" begrenses til psykiatriske diagnoser og diverse scoreskjemaer og tester (s16,17 og 20) som mange pasienter opplever som svært lite konstruktive og til dels skadelige. Man må være klar over at *stigmatiserende* diagnoser (ved komorbiditet) ikke bør stilles på deprimerte pasienter, fordi slike diagnoser kan øke både depresjon og selvmordsfare.

"*Behandlingsmetoder*" er svært ofte begrenset til medikamenter og ev. noe samtalerapi. Det bør være en selvfølge at behandlingsapparatet tilrettelegger for at pasienten kan velge også andre terapiformer, hvis nødvendig utenfor behandlingsstedets tilbud. Denne tilretteleggingen

må være både i form av informasjon om hva som finnes og i form av økonomisk tilrettelegging for å kunne benytte seg av behandlingstilbud privat.

Allianse og samarbeid. "Pasientens erfaringer og ønsker skal være sentrale og styrende i alle deler av prosessen; i vurdering, utredning, planlegging og avslutning av behandlingen." Dette bør løftes opp som hovedoverskrift. I tillegg bør det stå "sentrale og styrende".

Vi mener at pasientenes rett til å bestemme egen behandling og at pasienten selv er ekspert på eget liv bør fremheves enda tydeligere i veilederen. Helsevesenet har en sterk tradisjon som bedrevitende og paternalistisk/ overstyrende, det må gis klar rettleiding fra direktoratet om at denne holdningen må endres.

Individuell plan. s.23

Individuell plan bør fremheves sterkere. Depresjon påvirker mange (ofte alle) sider av livet, og behandlingen av tilstanden må sees i sammenheng. IP kan være en hjelp til å få frem forskjellige meninger fra pasient og behandler om hva som er den faktiske årsaken til depresjonen og hva som må endres for å bli bedre. Pasient og behandler kan ha svært forskjellige meninger om hvordan tilstanden best kan forstås, hvor pasientene ofte fremhever livssituasjon og historiske hendelser, mens behandlere har en mer sykdomsorientert synsvinkel (svært forenklet). Dette påvirker prioriteringen av hva som er de viktigste tiltakene. Gjennom IP kan disse forskjellene komme til syne, og pasienten kan få en større mulighet til å legge sitt syn til grunn for videre behandling og prioritering.

Det er et stort problem og en svakhet ved IP/ kriseplan at den ikke er juridisk bindende i forhold til mennesker som er underlagt tvunget psykisk helsevern.

Psykiatrisk testamente/IP som er juridisk bindende, hvor pasienten kan uttrykke hva slags behandling han/hun ønsker i en ev. situasjon hvor helsepersonell vurderer manglende samtykkekompetanse, og også hvilken behandling pasienten ikke ønsker, må bli en realitet.

Behandling med medikamenter.

Bivirkninger ved antidepressiva bør synliggjøres tydeligere. I tillegg til fysiske bivirkninger er det også påvist sterke psykiske bivirkninger. Disse blir ofte tillagt sykdommen og ikke anerkjent av legene som bivirkninger av medisiner (angst, søvnløshet, følelseavflatning +++). Denne typen bivirkninger av antidepressiva kan føre til en sementering av tilstanden, og forhindre bedring. Det kan etter noe tids bruk være vanskelig for både pasient og behandler å se at det er bivirkninger av medisinen som opprettholder en dårlig psykisk helse. Dette er et tema som vi opplever at det er lite kunnskap om og anerkjennelse av hos medisinsk personale (både psykiatere, leger og sykepleiere). Konsekvensene for pasientene er alvorlige, og dette er særskilt kritisk når utskriving av antidepressiva er så høyt, også for milde/moderate depresjoner.

Vi mener det bør legges inn et eget avsnitt om denne problematikken.

Seponeringssymtomer og andre problemer som kan oppstå når man slutter på antidepressiva bør også tydeliggjøres mer. Behovet for mer kunnskap og bedre tilrettelegging for medisinedtrapping er stort.

ECT.

WSO mener ECT er en uforsvarlig og skadelig behandlingsform som ikke bør brukes i norsk helsevesen.

WSO mener helsedirektoratet ikke følger opp sitt ansvar for å sørge for at pasienter får riktig informasjon om bivirkninger ved ECT. Fordi det fortsatt ikke eksisterer en mulighet til å registrere langtids bivirkninger etter ECT mener vi det er uforsvarlig å fortsette å bruke ECT. Det er svært bekymringsfullt at bruken øker, og at psykiatrien selv ikke tar ansvar for å registrere bivirkninger eller å sørge for at pasienten får fullstendig/ riktig informasjon. Når psykiatrien selv stiller seg ignorant og lite informasjonsvillige er det avgjørende at myndighetene er tydelige i sine anbefalinger.

Det er gjort lite forskning om langtidsbivirkninger ved ECT. Manglende forskning må også pasientene informeres om. Det er påvist langtidsbivirkninger ved den første store studien som er gjort av bivirkninger etter 6 mnd (Sackheim 2007). Dette må pasientene informeres om.

ECT bør aldri være førstevalg av behandling.

ECT bør aldri kunne gis uten samtykke, heller ikke i nødrettssituasjoner. Her oppfyller heller ikke myndighetene sitt tilsynsansvar ved at det ikke finnes noen fullstendig oversikt over bruken.

Flere konkrete innspill:

Det står at pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger av medikamenter og ECT.

Kommentar: Bivirkninger av samtaleterapi må også med.

"Grupper med forhøyet risiko for depresjon er: ..." s.19

Kommentar: Traumatiserte, for eksempel ofre for incest, må tas med.

"Av somatiske sykdommer som er blitt knyttet til økt risiko for depresjon kan nevnes: ..."

Kommentar: Stoffskiftelidelser må tas med.

"Det finnes flere behandlingsmetoder som kan være like effektive for deprimerte pasienter. Dette gjelder særlig for pasienter med mild og moderat depresjon, og som ikke anses som i stor risiko for selvmord. Man skal da ta hensyn til pasientens egne ønsker når behandlingsmetode skal velges (pasientrettighetsloven § 3-1)."

Kommentar: Dette må også kunne gjøres når det er snakk om alvorlig depresjon, *dersom pasienten har spesielle preferanser*. En depresjon kan oppleves som, eller være utløst av, en ekstrem avmaktssituasjon, og da er det nyttig for pasienten å selv få ta avgjørelser, om vedkommende har ønsker.

Ulike terapiformer er listet opp, men traumebehandling er ikke tatt med. Det bør tas med, siden traumatiserte kan ha gjentagne depressive perioder eller være kronisk deprimerte. Man

synes veldig opptatt av funksjonstap, men lite av meningsdimensjonen, som er viktig å arbeide med for traumatiserte pasienter.

Landsforeningen We Shall Overcome

13 oktober 2008.