Vis resultater

Respondent

22 Anonym

167:42
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 *

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

3. Navn på avsender *

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

post@rop.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Kommentar til overskriften: Det bør understrekes i overskriften (om det ikke er understreket på et høyere taksonomisk nivå – f.eks. i dokumentets overordnede tittel – dette er jo bare «legemiddelkapittelet»), at det er snakk om medikamentell behandling av ikke-affektive psykoser. Skulle man inkludert affektive psykose burde kapittelet sett annerledes ut.

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

Overordnet: Det å skille ikke mellom akutte tilstander og kroniske/vedlikeholdsbehandling i denne anbefalingen er problematisk. Dette fører til to ting: 1) at man ikke får illustrert viktigheten av dosejusteringer (høyt først, deretter nedtrapping, evt. andre typer justeringer underveis) og 2) at man ikke får sagt noe om viktigheten av benzodiazepiner i akuttbehandling (som rett nok nå omtales i anbefaling 3, men det ville vært gunstig med en tydeligere forbindelseslinje). Dette kommer i et enda viktigere lys når anbefaling 2. så tydelig gjelder vedlikeholdsbehandling.

Avsnitt 2, praktisk info, side 2: Ved første psykose-episode velges annengenerasjon antipsykotika med lav risiko for ugunstig metabolsk påvirkning og vektøkning. Denne anbefalingen kommer galt ut om man ikke samtidig leser begrunnelsen der det står klart at de individuelle variasjonene er større enn forskjellene mellom gruppe medikamenter i bivirkningsprofil.

Avsnitt 3, side 3. Her må det huskes at psykose utløst av andre årsaker også kan ha nytte av antipsykotika. Et psykotisk gjennombrudd, uansett årsak, bør følges opp med tanke på at det kan være en tilgrunnleggende psykosesykdom. Rusutløst psykose er et eksempel på dette .

Avsnitt 1, side 4. Dette avsnittet er godt fordi det setter den begrensende rollen som farmakogenetikk skal ha i rett perspektiv.

Avsnitt 2, side 4. Det står Hvis pasienten ønsker, involveres også pårørende i valg av behandling og videre oppfølging. Helsetjenesten har en generell veiledningsplikt som innebærer at pårørende som henvender seg skal gis generell informasjon om rettigheter, vanlig praksis på området, saksbehandling, mulighet 14 for opplæring og vanlig informasjon om psykiske lidelser, ruslidelser og vanlig behandling . Det bør komme tydeligere fram at generell informasjon om legemidler skal gis til pårørende, også når pasienten ikke har samtykket. Samme informasjon bør komme fra i de neste anbefalingene der pårørende omtales (Anbefaling 2: side 8, avsnitt 5, anbefaling 3: s. 13, avsnitt 7, ikke omtalt i anbefaling 4 men bør inkluderes under Praktisk informasjon s. 17)

Avsnitt 9, side 4. Når man her sier tre ulike antipsykotiske legemidler, skal det da ikke stå «tre ulike atypiske antipsykotika» og evt. noe om i adekvate doser og i adekvat tid. Bør det komme tydeligere fram at Klozapin bør/skal vurderes (og forsøkes, med mindre særskilte forhold taler imot) når man har forsøkt to andre typer antipsykotika (hvorav minst et skal være atypisk) i adekvate doser og over adekvat tidsperiode som monoterapi?

Avsnitt 5, side 5. Dette avsnittet er vanskelig å forstå og bør skrives om.

Avsnitt 3, side 6. I dette avsnittet bør man også inkludere funksjonelle psykoser utløst av f.eks. rusmidler.

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?

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

I praktisk info kommer dette fram: Dersom pasienten ønsker, inkluderes pårørende i oppfølging av legemiddelbehandling. Det er også her viktig å minne om tilfellene der pasienten ikke er samtykkekompetent.

Anbefalingen om at effekt av behandling og mulige bivirkninger overvåkes regelmessig og journalføres er for vag. Det må settes om klare råd for hvor ofte. Det samme gjelder for oppfølging av somatisk helse.

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?

Overordnet kommentar: Studier viser at langvarig bruk av benzodiazepiner sammen med psykofarmaka (også antipsykotika) er negativt (OBS her kan det være seleksjonseffekter) (Tiihonen et al., 2016). Benzodiazepiner bør derfor reserveres til akuttfasen. Man bør trappe ned etter akutt bruk ikke minst for å kunne ha dette redskapet å benytte seg av ved nye forverringer. Derfor er det viktig at all oppstart og bruk følges av en nedtrappingsplan. Husk at nedtrapping poliklinisk er krevende, og ikke minst krevende for personer med alvorlig sinnslidelse. Det bør gis råd slik at dette likevel kan gjennomføres poliklinisk.

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Torniainen, M., Alexanderson, K., & Tanskanen, A. (2016). Mortality and Cumulative Exposure to Antipsychotics, Antidepressants, and Benzodiazepines in Patients With Schizophrenia: An Observational Follow-Up Study. Am J Psychiatry, 173(6), 600-606. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050618

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?

Avsnitt 1, side 13. Det å tilby benzodiazepiner følges av de modale hjelpeverbet «kan», man bør vurdere om det skal være «bør».

Avsnitt 1, side 13.Her nevnes angst og uro, men ikke søvn. Søvnproblemer er med på alle de andre stedene og bør også være med her.

Avsnitt 1, side 13. Det bør stå at angst, uro og/eller søvnproblemer er svært vanlig i akuttfasen

Avsnitt 2, side 13. 4 uker synes strengt (det gjelder også avsnitt 3, side 12)

Avsnitt 1, side 14. Her står det at benzodiazepiner kan gi åndedrettshemming. For det første bør det nok stå respirasjonsdempning (dette er jo en anbefaling som skal leses av leger). For det andre er benzodiazepiner brukt alene, hos ellers friske medisiner som ikke gir respirasjonsdempning, men er svært sikre i bruk. Hos lungesyke eller i kombinasjon med andre medisiner kan de i noen tilfeller virke respirasjonsdempende, men formuleringen som nå står vil kunne hindre rett bruk.

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?

Bruken av ordet toleranse i selve anbefalingen er uheldig. Toleranse brukes vanligvis om farmakologisk toleranseutvikling. Holde seg til verbformen «å tolerere». Det blir først klart at det ikke er snakk om faktisk farmakologi toleranse under «Praktisk informasjon».

Avsnitt 1, side 17. «legemiddelets virkemiddel» er en uheldig formulering. Kanskje si «aktivt virkestoff» eller bare «legemiddelet».

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