Vis resultater

Respondent

14 Anonym

15:26
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 *

Institutt for klinisk medisin - Universitetet i Oslo

3. Navn på avsender *

Gina Clausen

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

g.s.h.clausen@medisin.uio.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Retningslinjen er et godt hjelpemiddel, selv om den er overordnet og består i generelle anbefalinger og tilbud men uten å være påbud med «bør tilbys» i alvorlige lidelser som psykoser. Mange av disse er lite spesifikke og presise, for eksempel om hvilke antipsykotika man bør velge. Dog sier retningslinjene ingen ting om barn og ungdommer med psykoselidelser. Dette burde være adressert. Den er ellers basert mer og mindre på oppdatert kunnskap og forskningsresultater.

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

-Manglende klarhet om ansvarsfordeling.
Retningslinjene vektlegger helt riktig nødvendigheten av informasjon, dialog og vektlegging av pasientens ønsker i samvalg av type behandling. Dette var i tidligere retningslinje formulert til at pasienter skal tilbys et behandlingsforsøk med antipsykotiske legemidler. I "skal tilbys" ligger det at behandler/behandlingssenter har en forpliktelse i å informere om kunnskapsgrunnlaget for behandling, men å motta behandlingen er et tilbud til samtykkekompetente pasienter og ikke et påbud. Det er alltid en risiko for at tilbud oppfattes som påbud når det er skjevhet i maktfordeling, og det er mulig at det er dette som er tenkt håndtert gjennom å omskrive fra "skal tilbys" til "bør tilbys". Men endringen betyr at det nå er opp til den enkelte behandler å vurdere om det er rimelig å gi en pasient full informasjon om tilgjengelig behandling og effektene av denne uten å være ansvarlig for seinere konsekvenser av at informasjon om mulig virksom behandling ikke er gitt.

-En del begreper er ikke definert. For pasienter som har diagnostisk uavklart psykose, kan man vurdere å vente med oppstart av antipsykotika i noen dager til uker, med sikte på at psykose utløst av andre årsaker enn psykoselidelse kan avklares. Det skal sannsynligvis at det bør observeres dersom det er mistanke om at det ikke foreligger en primær psykoselidelse, vanligvis en rusutløst psykose. Men "diagnostisk uavklart" kan misforstås til at det er usikkerhet om hvilken type primær psykoselidelse det dreier seg.

7. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

-Lenken til NICE guidelines under "Nedtrapping" fører ikke til informasjon om nedtrapping.

-Rådet " Vurder behovet for farmakogenetisk testing eksempelvis i forbindelse med oppstart av behandling med antipsykotika, eller langvarig behandling" kan leses som en generell anbefaling om rutinemessig farmakogentisk testing. Lenken i høringsutkastet gir ingen teoretisk eller praktisk støttende informasjon. Leger som er ansvarlig for behandling med legemidler bør kjenne til problemstillinger med interaksjon rundt nedbrytning og være aktive med utvidede undersøkelser ved manglende effekt eller bivirkninger. Men basert på internasjonal litteratur framstår det ikke sikkert klarlagt at rutinemessig farmakogenomisk screening (vanligvis for CYP2D6 som har vært beste kandidat i enkeltstudier) har tydelig nytteverdi for bedre gjennomføring av behandling med antipsykotika (Front Psychol. 2022 Feb 3;12:768748. doi: 10.3389/fpsyg.2021.768748.). Kostnadene ved en slik rutinemessig screening er ikke vurdert.

-Detaljnivået på rådet over står ikke i forhold til det mer overfladiske nivået på resten av avsnittet rundt undersøkelser for oppstart. Lenken til "Hjertefrisk OUS" gir en god ramme for vurdering av risiko for metabolsk syndrom og langsiktig hjertekar risiko. Men behovet for å utelukke arytmi risiko (EKG) før oppstart med bestemte preparater eller etter anamnestisk mistanke om familiær arrytmiproblematikk er ikke klart trukket fram i Hjertefrisk (kun kort nevnt på side 2). Kartlegging av arrytmirisiko er spesifikt nevnt i NICE guidelines, det samme gjelder en kort evaluering av mulig pre-eksisterende bevegelsesforstyrrelser som kan forverres eller tilskrives bruk av antipsykotika.

-Når det gjelder oppstart av behandling til førstegangspasienter bes behandler om å "vurdere sannsynligheten for effekt av antipsykotika fra generell kunnskap og forskning om legemidlets virkning". Dette er sannsynligvis et diplomatisk forsøk på å formidle at oppsummeringsartikler viser at 81 % av førstegangspasientene får minst 20 % symptomreduksjon, og at det derfor er rimelig å anta at et behandlingsforsøk kan være nyttig. Men det er vanskelig for yngre leger å forstå hva de egentlig rådes til å gjør her. Diskusjonen rundt placebo kontrollerte studier er også uklar jfr over.

-Det er forbausende at resultatene fra Jardim og medarbeidere siteres. Forfatterne av rapporten har lagt ned et imponerende arbeid i å identifisere relevante studier av psykososial behandling uten samtidig bruk av antipsykotika. De finner kun tre mulige studier som ikke er metodologisk egnet til å svare på spørsmålet (en placebokontrollert medikamentstudie og to feasability studier). Det er forbausende at resultat fra en kunnskapsoppsummering som konkluderer med at studiene inkludert har svært lav GRADE skåre og ikke er velegnet til å informere beslutningsprosesser, tas med som grunnlaget for en retningslinje.

-Involvering a pårørende er et meget bra og viktig punkt.

8. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

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

Når det gjelder vedlikeholdsbehandling bør den nye studien fra Moncrieff og medarbeidere (https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(23)00258-4/fulltext) tas med i kunnskapsgrunnlaget. Denne placebokontrollerte studien utført av en antipsykotika-kritisk gruppe («RADAR») viser kort sagt at selv med gradvis nedtrapping og tett oppfølging er risiko for tilbakefall størst i placebogruppen, og at det ikke er noen fordeler i form av bedre sosial fungering i placebogruppen.

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?

Ok.

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?

Ok.

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?

Ok.

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?

Ja, men den sier ingen ting om navn på medisiner som bør foretrekkes og brukes med tanke på halveringstid og fare for tilvenning.

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?

Ja, men igjen generell anbefaling

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?

Ja.

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

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

Veldig kortfattet, uten å si noe om forskjellige depot-preparater.

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

Viser til overstående kommentarer.