Vis resultater

Respondent

23 Anonym

05:04
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 *

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

3. Navn på avsender *

Bjørn Lau, Instituttleder

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

bjorn.lau@psykologi.uio.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Som et utgangspunkt for de medikamentelle anbefalingene bør det legges til grunn en bred og helhetlig forståelse av psykoselidelsene. Et perspektiv som savnes i dette høringsutkastet er at mens man innen utfallsforskningen har endret fokus henimot brukerperspektivet og recovery, så baserer man evaluering av effektivitet ved antipsykotika kun på symptomenes alvorlighetsgrad og tilbakefallsfrekvens. Det nevnes intet om konsekvenser for pasienters livskvalitet, funksjonsnivå eller recovery som del av begrunnelsen for å anbefale videre behandling med antipsykotika (s.7). Det finnes studier som viser at 35 % av førstegangspsykosepasienter greier seg bra og ikke får tilbakefall uten antipsykotika (Wunderink et al., 2013; Moilanen et al., 2013; Wils et al., 2013). Imidlertid gjør kunnskapsgrunnlaget vi har i dag det ikke mulig å forutsi hvem som vil kunne ha et godt forløp uten antipsykotika. Allikevel tilsier dagens kunnskapsgrunnlag at ingen enkelt klinisk faktor skal kunne forhindre pasienter fra å prøve dosereduksjon eller det å slutte. Ei heller bør man undervurdere behovet for å personalisere behandlingen for hver enkelt pasient (Wunderink, 2019).
Det finnes noe forskning på hva som kjennetegner de psykosepasientene som kan ha et godt forløp uten antipsykotika. I en norsk longitudinell studie av førstegangspsykosepasienter (N=28, gjennomsnittsalder 21 år) (Oslo Schizophrenia Recovery Study) (Torgalsbøen et al., 2018; Fu et al., 2019) undersøkte man om det å være uten antipsykotika førte til tilbakefall og redusert funksjon dersom man forlenget oppfølgingstiden utover 2 år. Ved 6-års oppfølging var det større positive endringer etter seponering av medisiner for rollefunksjon og det kognitive området prosesseringshastighet hos de som ikke lenger brukte antipsykotika. Seksti prosent av deltakerne opprettholdt bedring uten vedvarende bruk av antipsykotika. Kjennetegn ved disse var at de brukte aktive mestringsteknikker som bidro til bedring slik som symptombevissthet, regulering av aktivitet og «mindful thinking». Dette er kunnskap som kan bringe feltet fremover utover den nåværende «one size fits all» tilnærmingen (Wunderink, 2019). Resultater fra denne og andre studier viser at personlighetsfaktorer som resiliens og bedre kognitiv funksjon kjennetegner de pasientene som opprettholdt sin bedring uten antipsykotisk medikasjon (Harrow and Jobe, 2007; Harrow et al., 2012, Torgalsbøen et al., 2023). Som ledd i den individualiserte profilering og persontilpassede medikasjonen som er viktig, særlig for førstegangspsykosepasienter, bør de bli gjort kjent med slike resultater. For det første gir det håp om at bedring uten vedvarende antipsykotisk medikasjon er mulig, og kan også bidra til at pasienter blir mer positivt innstilt til bruk av antipsykotika i starten av et behandlingsforløp.
Det bør også understrekes i retningslinjene at når man vurderer en manglende effekt av en medikamentell behandling, skal behandler også vurdere om pasienten har fått tilgang til psykososiale behandlingsformer som dersom gitt, kunne ha bidratt til en bedring/symptomreduksjon. Medikamenter er en del av en sammensatt og integrert behandling, og skal ikke være det eneste som tilbys pasienten.
I tillegg bør det være noe tekst om at antipsykotiske medisiner ikke tilfredsstillende bedrer de kognitive vanskene som de fleste med schizofreni har, selv om forskning viser at enkelte kognitive funksjoner kan bedres noe (Harvey et al., 2022). Dessuten kan antikolinerg medisin svekke kognisjon (Reinold et al., 2021). Metabolsk dysregulering, som kan være en følge av antipsykotisk medisin, kan også svekke kognisjon (MacKenzie et al., 2018).

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?

Vi vurderer informasjonen som ikke tilstrekkelig. Se kommentarer under:
Under anbefalinger side 2:
• Det står: Legemiddel velges etter dialog med pasienten og vurdering av mulig nytte, ulemper og eventuelle tidligere erfaringer. Her skal det brukes betegnelsen bivirkninger i stedet for ulemper som er en mer korrekt betegnelse i denne sammenhengen.
• Det står: For pasienter som ikke ønsker å bruke antipsykotika, kan lege etter samråd med pasienten vurdere muligheten for å vente med oppstart av antipsykotika i noen dager til uker. Burde man ikke ha strøket ordene i noen dager eller uker? Disse ordene viser jo en mangel på selvbestemmelsesrett for pasienten, da medikamentell behandling likevel vil iverksettes selv om man ikke ønsker? Kan tilføye: Pasienten skal tilbys psykososiale behandlingstiltak.
Side 3:
• Pasienter uten tidligere erfaring med bruk av antipsykotika (side 3). Det står: Klinisk erfaring er at førstegangsbrukere kan ha behandlingseffekt på lavere dose antipsykotika sammenlignet med pasienter som har brukt antipsykotika ved gjentatte psykoseepisoder. Finnes det forskning som kan belegge denne påstanden utover klinisk erfaring?
Side 4:
• Det står: Dette sett sammen med klinisk erfaring og brukernes ønsker gjør at Helsedirektoratet anbefaler at behandling med antipsykotika inngår som et behandlingstiltak og bør tilbys pasienter ved første psykoseepisode og ved gjentakende psykoseepisoder. Bruken av begrepene klinisk erfaring og brukerens ønsker er unøyaktig og gir ikke et reelt bilde av situasjonen. Det bør stå: Helsedirektoratet anbefaler at behandling med antipsykotika inngår som et behandlingstiltak og bør tilbys pasienter ved første psykoseepisode og ved gjentakende psykoseepisoder.

Side 7:
• Det står: Samtidig opplever mange at antipsykotika medfører bivirkninger som vektøkning og andre somatiske komplikasjoner i tillegg til opplevd intellektuell og emosjonell hemming. Bruken av ordene intellektuell og emosjonell hemming er ikke en del av den norske fagterminologien. Et forslag er at det formuleres slik: «Antipsykotika kan medføre medisinindusert sedasjon som kan svekke kognitive funksjoner og emosjonelt uttrykk».
Side 8:
• Det står: Forskning har vist at også personer med første psykoseepisode har effekt av antipsykotika ved å forebygge tilbakefall av psykose (Kishi et al, 2019). For at avsnittet som følger skal gi en opplevelse av reelt samvalg for pasienten, bør det tilføyes. «Forskning har også vist at det for en undergruppe av pasienter med første psykoseepisode som ikke får tilbakefall uten antipsykotika som vedlikeholds medikasjon (Fu et al., 2019, Zipursky et al., 2014).
Side 8-11:
• En del av teksten er uthevet i denne delen som gjør at man tenker at dette er konklusjoner på den systematiske gjennomgangen. Det er slik at gjennomgangen viser at det er stor usikkerhet om resultater slik at uthevelse bør tas bort.

8. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

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

Se kommentarer til punkt 7. over

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?

    Vi vurderer informasjonen som ikke tilstrekkelig. Se kommentarer til punkt 7.

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?

    Vi vurderer informasjonen som ikke tilstrekkelig. Se kommentarer til punkt 7.

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?

    Vi vurderer at informasjonen ikke er tilstrekkelig. Det står: Benzodiazepiner kan tilbys pasienter med sterk angst og uro i akuttfasen av en psykose. Vi opplever en stor usikkerhet om dette skal stå som en anbefaling. Dette fordi forskningsgrunnlaget er usikkert, og det er fare for tilvenning, skadelig bruk og avhengighet. Det bør understrekes at det er mange evidensbaserte behandlingstilnærminger for psykose som bør tilbys før utskrivelse av benzodiazepiner.

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?

    Se kommentarer til punkt 13. over

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?

    Vi vurderer informasjonen som ikke tilstrekkelig. Se kommentarer under punkt 7.

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?

Vi vurderer informasjonen som ikke tilstrekkelig. Se kommentarer under punkt 7.

18. Innspill til kapittel om metode og prosess