Vis resultater

Respondent

15 Anonym

10:46
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 *

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus HF

3. Navn på avsender *

Aslaug Fagernes

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

sosio6@ous-hf.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Klinikken støtter at det er utført en revidering av retningslinjene med det vi oppfatter som en forenkling og tydeliggjøring av føringer for legemiddelbehandling ved psykoselidelser. Vi gir innledningsvis en generell tilbakemelding, deretter spesifikt til hvert punkt i kapittelet.

• De overordnete anbefalingene i høringsutkastet er generelle, men de er godt begrunnet og gir en god oversikt over gjennomføringen av medikamentell behandling.
• På den annen side er det, slik vi vurderer det, en potensiell svakhet at den praktiske informasjonen er generell, kortfattet og lite konkret. Anbefalingene kan bli mer nyttige og praktiske dersom man legger til konkrete behandlingsforslag. Det er ikke nevnt navn på medisiner som anbefales med aktuelle doser og anbefalt lengde av behandling. Det er i stedet lenket til en rekke informasjonskilder, noe som reduserer brukervennlighet.
• En beskrivelse av endringene fra forrige retningslinje vil gi et enklere utgangspunkt for å vurdere hvilke konsekvenser de nye retningslinjene får for helsetjenesten, pasienter og pårørende. Blant annet erstatter man en detaljert beskrivelse av gjennomføring (s. 75-94) i den eksisterende retningslinjen med svært overordnet beskrivelse og henvisning til nettsider om legemidler andre steder på nett i den nye retningslinjen. Det kan bidra til mindre enhetlig bruk.
• Vi ønsker oss innledningsvis i medikamentkapitlet noen betraktninger om pasientgruppen og etiske problemstillinger knyttet til medisinering. Retningslinjen opererer med at pasientene skal «tilbys behandling». I mange tilfeller gjelder det pasienter med begrenset sykdomsinnsikt, og ofte avveininger om behandling uten eget samtykke, og varighet av dette. Avveiningene man står overfor er komplekse.
• En systematisk beskrivelse av forskjellen på psykosesymptomer og psykoselidelse vil øke brukervennlighet og i større grad sikre enhetlig bruk.
• Videre bruker man uttrykk som «tilpasses» og «gjennomføres» i passiv form av verbet i stedet for å bruke hjelpeverb som «kan» og «bør». Det kan føre til usikkerhet om retningslinjens krav og styrken på anbefalingene.

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

Den praktiske informasjonen gir en systematisk gjennomgang av det som må gjøres og hvilke vurderinger som må være utført før en behandling med antipsykotika kan starte.
Vi savner en drøfting av forhold ved oppstart som kan hindre utføring av undersøkelser og vurdering før oppstart, for eksempel pasientenes evne til å samarbeide om undersøkelse i en akuttfase eller ved forverring.

Forsinket oppstart ved psykosesymptomer ved usikkerhet om diagnose eller der pasienten ønsker å utsette er beskrevet å kunne vare dager til uker. Vi savner en begrunnelse og en vurdering av konsekvens ved forsinket oppstart og om det har en tidsgradient.
Vi anbefaler sterkt at modulen for samvalg ved psykoselidelser revideres slik at den speiler den aktuelle retningslinjen. Vår vurdering er at samvalgsmodulen bidrar til at pasienter og pårørende blir usikre på det vitenskapelige grunnlaget for behandling. Slik den er presentert nå nøler vi med å anbefale våre behandlere å ta den i bruk og retningslinjen bør heller ikke vise til den etter revisjonen.

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?

Det er lagt stor vekt på grundig begrunnelse med dokumentasjon og forskningsgrunnlag. Samtidig er de praktiske anbefalingene kortfattede, overordnete og generelle og gir lite konkret anbefalinger.

Det bør stilles krav til behandlende lege at vedkommende setter seg inn i hvilken effekt pasienten har hatt av legemiddelbehandling, det vil si forskjell i pasientens symptomer og funksjon fra oppstart til man vurderer videre (vedlikeholds-) behandling. Vurdering av effekt bør vurderes på bakgrunn av muntlig- og/eller skriftlig informasjon fra lege som var ansvarlig for oppstart av behandling. Gjerne ved bruk av PANSS eller liknende symptommål. På den måten kan man få en mest mulig objektiv vurdering av effekt, i tillegg til pasientens vurdering og ønske.

Ved beskrivelse av «mangelfull behandling» bør det fremgå hva det innebærer.
I forbindelse med at fordeler og ulemper diskuteres, ønsker vi at det skal stå noe om mulighet for behandling av bivirkninger (f.eks. aripiprazol i små doser mot økt prolaktin). Videre om hvordan forholde seg til bivirkninger når fordelen med å bruke medikamentet er så stort at man bruker det til tross for alvorlige bivirkninger (for eksempel fedme). Det er ikke alltid dosereduksjon er et alternativ. I andre tilfeller persisterer bivirkningene, men pasientens symptombilde eller voldshistorikk er av en slik art at man likevel velger å opprettholde tilbudet om antipsykotika ut fra en helhetsvurdering, der blant annet hensynet til samfunnsvernet inngår.

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?

Anbefalingen gir god praktisk informasjon om når og hvordan benzodiazepiner bør brukes i forhold til angst og uro ifm. akutt psykose. Medikamentene blir ikke nevnt ved navn og ingen doser blir foreslått, men ellers er dette en grundig og god anbefaling.
Man bør beskrive at rusinntak i forkant av innleggelse ofte er usikkert og bør avklares før oppstart av benzodiazepiner.

Retningslinjen bør si noe om dosering i tillegg til å henvise til andre kilder. Blant annet kan man si noe om fast dosering eller behovsdosering er å foretrekke. Det bør fremgå at varighet på behandlingen ikke bør være mer enn 2-4 uker, i den aktuelle teksten står det maksimalt 4 uker, men da er tilvenning allerede oppstått. Det fremgår dessuten i det vitenskapelige grunnlaget at det er usikkert om benzodiazepiner har bedre effekt mot angst og uro enn antipsykotika. Det bør fremgå i anbefalingen.
Det bør stå noe om hvem som har ansvar for å lage nedtrappingsplan.

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?

Her er det også en grundig begrunnelse med dokumentasjon og forskningsresultater.
Den praktiske informasjonen er tynn og kortfattet. Ingenting er nevnt om typer depotpreparater eller doser. Ingen vurderinger om de faglige og etiske utfordringene knyttet til tvang eller ikke tvang, selv om man har avgrenset retningslinjen fra bruk ved tvang er det aktuelt å nevne her.

Det er uheldig å bruke ordet «toleranse» da dette er forbundet med fysiologisk tilvenning til rusmidler og legemidler med avhengighetspotensiale.
Anbefalingene sier lite om fordelene knyttet til depotinjeksjoner. Som klinikere ser vi svært mange fordeler knyttet til depotinjeksjoner, men det er lite støtte å få i anbefalingene, også i begrunnelsene og forskningsresultatene. I praksis kan depotinjeksjon være et førstevalg ved vedvarende psykotisk lidelse. Vi savner en drøfting av dette.

Manglende etterlevelse av behandling er omtalt i avsnitt med begrunnelse, men ikke i avsnittet om gjennomføring. For pasienter og pårørende er det viktig å vite at redusert fare for tilbakefall og reinnleggelse i sykehus er en begrunnelse for å bruke depotinjeksjoner. I praksis er dette en viktig årsak til bruk.

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