Vis resultater

Respondent

7 Anonym

18:07
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 *

Helse Førde HF

3. Navn på avsender *

Asle Kjørlaug

4. Epostadresse til høringsinstans/avsender *

asle.kjorlaug@helse-forde.no

5. Generelle kommentarer til helheten i retningslinjen

Revisjonen av legemiddeldelen av den nasjonale rettleiaren er rettkomen. Det nye utkastet verkar gjennomarbeidd og i alt vesentleg som ei rimeleg oppdatering i ljos av kunnskapsgrunnlaget som ligg føre. Her er det etter vårt syn gjort eit godt arbeid.

Retningslinjene gir god veiledning til legar som skal yte behandling i psykosefeltet, spesielt uerfarne. Det er viktig med konsensus på området.

6. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er anbefalingsteksten lettfattelig og tydelig?

"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.»

Denne passasjen tyder på at det er maktpåliggjande å starte opp straks, sjølv når pasienten ikkje ynskjer det. Ordlyden «vurder muligheten for å vente» legg opp til til bruk av tvang i slike situasjonar. Det må skuldast ei mistyding. Det er vanlegvis lite å risikere ved å utsetje behandlinga nokre dagar, og i dei fleste høve er det klinisk og praktisk ubetenkeleg.

I sin dissens skriv Inger-Mari Eidsvik dette:
«Eg har I heile prosessen holdt fram at ein bør avstå frå medisinering med Nevroleptika I 6-8 veker. Målet er å møte pasienten I trygge relasjoner, då trygge relasjoner og godt miljøterapeutisk arbeid i seg sjølv kan føre til tilfriskning. Ein må søke å forstå årsak til symptom ut frå ei traumefokusert tilnærming, og møte pasient I forståelse og respekt.»

Helse Førde støttar i prinsippet dissensen til Eidsvik, men meiner at det urealistisk å sjå det an så lenge som 6-8 veker. Vi vil heller tilrå ein ordlyd som dette: «Når pasienten ikke ønsker å bruke nevroleptika og ikke utgjør en fare for seg selv eller andre, bør behandling med nevroleptika utstå i to til tre uker slik at en kan vurdere utsiktene til bedring uten bruk av medisin».

7. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

«Vurder behovet for farmakogenetisk testing eksempelvis i forbindelse med oppstart av behandling med antipsykotika, ved mangelfull effekt, bivirkninger, avvikende serumkonsentrasjon eller langvarig behandling. Se Nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.»

- Helse Førde saknar dokumentasjon for nytten av dette rådet, som i praksis vil innebere vurdering av farmakogenetiske analysar hjå nesten alle pasientar.

«For mer informasjon om hvordan pasienten kan bidra i valg av behandling (samvalg), se samvalg ved psykose (helsenorge.no).»

- På denne sida går det fram at det ikkje er evidens for effekt av antipsykotika (eller for anna behandling) ved fyrstegongspsykose. Korleis vil direktoratet harmonere dette med dei råda som vert gjevne i denne retningslina? Det er uheldig at nasjonale helsestyresmakter tydelegvis vurderer evidensen ulikt.

«Ved nedtrapping av antipsykotika gjøres dette gradvis, og pasienten følges opp for å fange opp tilbakefall av psykosesymptomer (NICE clinical guideline 178, 2014, gjennomgått og vurdert som gjeldende i 2019 (nice.org.uk)). For mer informasjon om nedtrapping og seponering, se Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler (legeforeningen.no, PDF).»

- Legeforeninga sine råd om nedtrapping byggjer på ufullkomne farmakologiske vurderingar. Helse Førde tilrår i staden at ein legg denne artikkelen til grunn for ein hyperbolsk nedtrappingsstrategi i ljos av D2-blokkade:

Horowitz, Murray and Taylor. Tapering Antipsychotic Treatment
JAMA Psychiatry. Published online August 5, 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2166

We suggest that when antipsychotic medication reduction is appropriate, it should be done very slowly (over months or years) and in a hyperbolic manner. For example, the dose could be reduced by an amount calculated to reduce 10 percentage points of the drug's D2 blockade (approximately equal to a reduction in half the last dose given) every 3 to 6 months. Final doses before complete cessation will need to be very small to prevent a large decrease in D2 blockade. This may need to be as small as 2.5% the original therapeutic dose. Delivery of these small doses may require splitting tablets or using liquid formulations. Such a reduction regimen might reduce the risk of relapse on discontinuation. This proposal should be tested in randomized clinical trials comparing linear, rapid tapers with slow, hyperbolic tapers to assess the effect on relapse rates.

8. Pasienter med psykoselidelse bør tilbys behandling med antipsykotika

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

Ja

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?

Ja

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?

Ja

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?

Ja

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

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?

«Legen utarbeider en plan for behandling med benzodiazepiner for å sikre nødvendig oppfølging. I planen beskrives årsak til forordning, planlagt varighet av behandling, behov for videre oppfølging og hvem som har ansvar for oppfølgingen, nedtrapping og avslutning av behandling. For mer informasjon om behandlingsplan, se nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Pasientens fastlege informeres om behandlingsplanen.»

Dette verkar unødig byråkratisk for ei behandling som ifølgje retningslina skal vare i høgst fire veker. Meirarbeidet er neppe forsvarleg bruk av helsetenesta sine ressursar.

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?

Ja

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

Er praktisk informasjon nyttig og tilstrekkelig?

Ja

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?

Ja

18. Innspill til kapittel om metode og prosess

Ingen