

Høringsvar: National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

1. DSAM
2. SIND
3. Socialstyrelsen
4. Danske Regioner
5. Region Midtjylland
6. Dansk Sygepleje Selskab
7. Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
8. Birgit Schulz-Formand EMDR Danmark
9. Danske Fysioterapeuter
10. Kommunernes Landsforening
11. Dansk Psykolog Forening

29-08-2016

Sagsnr. 4-1013-80/2

Reference RAWO

T 7222 7680

E NKRsekretariat@sst.dk

Peer Review

Einar Heiervang, Professor, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Bente Storm Haugland, PhD and clinical psychologist, Regional center for child and youth mental health and child welfare (RKBU West) Uni Health, Uni Research.

Sundhedsstyrelsen
NKR Sekretariatet

17. august 2016

DSAM's høringsvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Hermed takkes for muligheden for at kommentere på ovenstående høringsudkast.

DSAM konstaterer, at vejledningen vedrører børn og unge med generaliseret angst, social fobi og separationsangst. Det fremgår, at arbejdsgruppen erkender, at 'angst er en naturlig og nødvendig del af ethvert barns normale udvikling. Denne retningslinje omhandler udelukkende angstlidelser, hvor man har vurderet, at barnets angst og bekymringer ikke er velbegrundede og ikke svarende til barnets alder og udvikling.'

Samtidig konstateres, at der 'i løbet af de seneste år er kommet mere opmærksomhed på angstlidelser hos børn og unge, (men at der) i Danmark er meget få behandlingsmuligheder i det offentlige regi for denne patientgruppe.'

Da angstlidelser er hyppige, og komorbiditeten stor, (i retningslinjen står, at 60 – 80 % af børn og unge med angstlidelser opfylder kriterierne for en anden sameksisterende psykisk lidelse) betyder det, set fra DSAM's synspunkt, at:

- Der vil næppe komme tilstrækkelige behandlingsmuligheder i offentlig regi lige med det samme. Derfor må man forudse en vis prioritering af tilbuddene, så dem der har størst behov kommer i behandling.
- Der må være et stort 'gråzoneområde' mellem 'normal' angst og angst, der er patologisk, og som får en diagnose. Når der samtidig er en stor komorbiditet, kræver det diagnostisk afklaring af en lang række børn og unge, inden de tilbydes behandling. Dette hverken kan eller skal foregå i almen praksis, men kan formentlig foregå hos en psykologi i privat eller offentlig regi. Ved behov må der henvises til endelig afklaring hos en børnepsykiater.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

DSAM finder det godt, at det nu kan slås fast, at børn og unge med (diagnosticeret) generaliseret angst, social fobi og separationsangst bør tilbydes et psykoterapeutisk forløb, og at der bør tilbydes en psykoterapeutisk intervention frem for antidepressiva som førstevalg.

DSAM vil også her - for god ordens skyld - gøre opmærksom på, at vi ikke mener, at psykoterapeutisk eller medicinsk behandling af børn med alvorlige angstsymptomer skal foregå i almen praksis.

Vi håber, at der på baggrund af retningslinjen bliver mulighed for, at praktiserende læger kan henvise til relevante tilbud indenfor en overskuelig tidshorisont, så vi ikke står i en situation, hvor praktiserende læger bliver presset til at starte medicinsk behandling i ventetiden.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Evidens, Uddannelse og Beredskab
E-mail: NKRsekretariat@sst.dk

17. august 2016

Høringsvar over den nationale kliniske retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Ved skrivelse af 5. august 2016 er vi blevet inviteret til komme med bemærkninger til ovennævnte nationale kliniske retningslinje.

Vi takker for invitationen, og har følgende bemærkninger.

Pico 5 og 6 anvendelse af antidepressiva (SSRI/SNRI)

Vi er enige i de nævnte anbefalinger og bemærkningerne hertil.

Vi mener dog, at der bør henvises direkte til Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9194 af 11. april 2013 om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, hvor det bl.a. fremgår af pkt 3.1.2. Bivirkninger, interaktioner og kontraindikationer, at der for SSRI-præparaterne er en **øget risiko for suicidal adfærd** (vores fremhævning) og aggressivitet hos personer under 18 år, hvilket patientens pårørende bør gøres opmærksom på.

Vi mener ikke, at det er tilstrækkeligt blot at henvise til, at der er risiko for alvorlige bivirkninger.

Det fremgår tillige af den nævnte vejlednings pkt. 3.2. at "Miljøterapi i form af psykoedukation, stressaflastning og psykoterapi er førstevalgsbehandling af OCD og angst. disse behandlingsregimer skal også indgå i behandlingen, når der er behov for at supplere med medicinsk behandling."

SIND mener, at det er tvivlsomt overhovedet at have en anbefaling som i pico 5 (om end det er en stærk anbefaling i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefaling). Som et minimum bør Sundhedsstyrelsens vejledning nævnes eksplicit i forbindelse med anbefalingen.

Pico 9 - forældredeltagelse

Det følger direkte af sundhedsloven, at det forældrene, der skal give informeret samtykke til behandling af mindreårige. Alene af denne grund skal forældrene naturligvis altid inddrages.

Alene af den grund, er det betænkeligt, at der kun er en svag anbefaling om forældreinddragelse.



Det er en naturlig følge af valget af evidens-vurderingsmetoden GRADE, at der ikke kan opnås stærk evidens for pårørendeinddragelse.

SIND mener, at man som et minimum bør oplyse, at det følger af lovgivningen, at der SKAL ske forældreinddragelse.

Med venlig hilsen

Knud Kristensen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C

Tlf. +45 72 42 37 00
socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Center for Handicap og Psykisk
Sårbarhed
16.08.16
Sagsnr. 2016 - 5014

Hørings svar vedrørende den Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Socialstyrelsen har den 5. august 2016 modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til National Klinisk Retningslinje (NKR) for behandling af angst hos børn og unge. Socialstyrelsen har været repræsenteret i referencegruppen for udarbejdelsen af retningslinjen og finder overordnet, at retningslinjen i dens nuværende form afspejler drøftelserne på de to møder, hvor referencegruppen var samlet.

Socialstyrelsen stiller sig generelt positivt til retningslinjens formål og finder, at den er et vigtigt skridt i retning mod at styrke behandlingen af børn og unge med angst, som ellers er i risiko for at blive overset og dermed ikke får en relevant og målrettet behandling. Endvidere finder Socialstyrelsen, at retningslinjen kan være et vigtigt redskab i bestræbelserne på at opnå en ensartet og evidensbaseret national behandling af børn og unge med angst.

Afgrænsning af patientgruppen

Socialstyrelsen anerkender, at den evidensbaserede viden, der findes på dette område, stort set kun relaterer sig til børn og unge i alderen 6-17 år, og at det således ikke er muligt at medtage et større aldersspænd i retningslinjen. Det er dog Socialstyrelsens vurdering, at flere af de etablerede psykoterapiformer, der anbefales i retningslinjen, med relevante tilpasninger kan anvendes i behandlingen af børn med en begyndende angstproblematik, der er yngre end seks år. Dette forudsætter naturligvis, at behandlingen varetages af erfarne sundhedsfaglige personer. Dette fremhæves med henblik på at skærpe opmærksomheden på mulighederne for en endnu tidligere forebyggende indsats til denne målgruppe. I et tidligt og forebyggende perspektiv kunne Socialstyrelsen ligeledes have ønsket sig, at de kliniske retningslinjer fremhævede behandlingsindsatser rettet mod begyndende symptomer på angst.

Socialstyrelsen finder det positivt, at det indledningsvist fremgår, at angst almindeligvis, i et vist omfang, er en naturlig del af børns udvikling, og at

konteksten derfor altid skal indgå nøje i vurderingen af grundlaget for barnets angstproblematik.

Patientperspektivet

Socialstyrelsen finder, at patientperspektivet indgår på en konstruktiv måde både i selve retningslinjen og i udarbejdelsen her af. Socialstyrelsen finder det positivt, at det indledningsvist understreges tydeligt, at både patienten og dennes familie skal indgå som aktive parter i hele patientforløbet. Ligeledes findes det positivt, at der i undersøgelsen af flere af PICO spørgsmålene er lagt vægt på, at familiens vurdering af bedring hos barnet er et kritisk outcome. Dette perspektiv er dog mindre fremtrædende, når det gælder den ældre målgruppe (13-17 år), hvor selvrapporert bedring kun indgår som kritisk outcome i enkelte tilfælde. Socialstyrelsen vil således gerne henlede opmærksomhed på, at selvom selvrapportering for denne aldersgruppe ikke er en afgørende faktor for selve evidensbaseringen, betyder det ikke, at det ikke skal indgå som en væsentlig del af behandlingen af angst hos unge.

Endvidere fremgår det flere steder i retningslinjen, at der skal tages højde for patientens og familiens præferencer for behandlingstype f.eks. i forhold til hhv. gruppe- eller individuel behandling. Dette ses ligeledes som en styrke i forhold til en aktiv og ligeværdig inddragelse af patienten og familien i behandlingen.

Anbefalingerne

Helt overordnet er anbefalingerne relativt let tilgængelige. Særligt er angivelsen af anbefalingernes styrke ved farvekoderne grøn og gul og god praksis med grå hjælpsomt. Dette gør det let at danne et overblik over de enkelte anbefalinger særligt i forhold til quickguiden. Det er ganske enkelt en lettere kodning, end det tidligere er set i tilsvarende kliniske retningslinjer.

Endvidere ses det som en styrke, at retningslinjen adskillige gange henviser til NICE-guidelines, hvilket efter Socialstyrelsens vurdering understøtter grundlaget for retningslinjen.

Langt den største del af retningslinjen omhandler psykoterapeutiske behandlingsprogrammer, og i denne sammenhæng er det en styrke, at det tydeligt ekspliciteres præcis hvilke etablerede psykoterapiformer, der er tale om, og at det drejer sig om interventioner, der er baseret på enten vejledning/manualer eller som har en solid teoretisk forankring.

Socialstyrelsen anerkender, at der i retningslinjerne er fokus på behandling af børn og unge med angst og dermed ikke på opsporing og diagnosticering af angst. Socialstyrelsen vurderer samtidig, at det faktum, at angstlidelser hos børn og unge igennem mange år har været overset og underbehandlet kan hænge sammen med vanskeligheder ved opsporing af og skelnen mellem behandlingskrævende symptomer på angst og angst som en del af menneskets almene udvikling.

I det følgende kommenteres på enkelte anbefalinger, hvor socialstyrelsen finder, at noget kunne fremgå mere tydeligt, eller hvor noget er særligt positivt.

4 - Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling

I denne anbefaling kunne det være ønskeligt, hvis det mere tydeligt fremgik, at KAT har dokumenteret effekt, men at dette ikke betyder, at andre terapiformer ikke har det. De er ikke undersøgt i lige så stor udstrækning som KAT, og kun ganske få studier sammenligner KAT med andre former for psykoterapi, som det også fremgår af retningslinjen.

5 – Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI) og 6 – kombination af psykoterapi og antidepressiva eller psykoterapi alene

Socialstyrelsen finder det positivt, at det i disse to anbefalinger fremgår tydeligt, at medikamentel behandling af børn og unge med SSRI/SNRI præparater kan indebære meget alvorlige bivirkninger, og at behandling derfor både skal initieres og følges tæt af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere er det positivt, at det anbefales, at den medikamentelle behandling først er relevant, når flere forskellige psykoterapiformer er afprøvet. Dermed signaleres vigtigheden af at være yderst varsom i brugen af SSRI/SNRI præparater til børn og unge samtidigt med, at det ikke udelukkes, at det i enkeltstående tilfælde er en mulighed.

9 – Betydeligt omfang af deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet

Socialstyrelsen er enig i, at omfanget af forældreinddragelse i behandlingen bør afhænge af barnets alder, familiedynamik og præferencer. Socialstyrelsen finder dog samtidigt, at betydningen af forældrenes handlemønstre som hhv. vedligeholdende og beskyttende faktor mangler den dimension, at særligt forældre som selv har en angstproblematik typisk vil have en adfærd, som ikke hjælper barnets behandling i den rigtige retning. Det bør derfor overvejes, om det i retningslinjen bør fremgå, at forældre i sådan en situation selv kan tilbydes behandling, eller at forældrenes adfærd som vedligeholdende faktor bør inddrages som en del af barnets helhedsorienterede behandlingsplan.

Bilagene

12. Bilag 2: Implementering

Socialstyrelsen anerkender, at regionerne har en væsentlig rolle i den konkrete implementering af de kliniske retningslinjer. Socialstyrelsen finder det samtidig relevant, at det sikres, at praktikere i kommunalt regi, der arbejder med behandling af børn med angst, ligeledes får kendskab til de kliniske retningslinjer på området.

Skabelon til National Klinisk Retningslinje høringsvar



Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

19-05-2016

Sag nr. 16/477

Dokumentnr. 24936/16

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Navn på national klinisk retningslinje

National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Tekst i kursiv er mulige relevante emner, men ikke obligatoriske.

Generelle faglige kommentarer

Relevans,

Det er positivt, at der udarbejdes NKR for angstlidelser hos børn og unge grundet hyppig forekomst, variation i praksis og tværsektoriel opgavedeling. Det sidste aspekt bliver desværre ikke berørt i de fokuserede spørgsmål. Det anbefales, at tage dette op ved en eventuel national visitationsretningslinje. Det skyldes blandt andet at flere og flere kommuner tilbyder behandlingstiltag som f.eks. Cool kids til lettere tilfælde

*Diagnostik,
behandling*

*Pleje,
Rehabilitering,*

*Patientgruppe,
Evidensniveau*

I vejledningen fremgår et meget bredt sygdomsspekter med stor variation i angstlidelsen sværhedsgrad og funktionspåvirkethed. Dette slår dog ikke igennem i anbefalingerne.

Det er et område, der er præget af forholdsvis lav evidens, hvorfor der bør udtrykkes større usikkerhed i forhold til anbefalingerne – og at behandlingsindsatsen i høj grad må tilrettelægges ud fra lidelsens sværhedsgrad, ”god klinisk praksis” og i nært samarbejde med patienter og familier

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
7	10		Vi er enige om at anbefale fysisk aktivitet og motion for at forbedre fysisk og psykisk velvære. Det ville være ønskeligt, om der i rationale for anbefalingen omhandlende vejrtræknings- og afspændingsøvelser kunne kompletteres med eksempler. Vi overvejer, om der er tilfælde, hvor afspænding og respirationsøvelser er for indgribende behandling til denne patientgruppe. Da retningslinjen vil bruges bredt, også i somatisk regi, vil der være hensigtsmæssigt med eksempler.
12	3		<u>Psykoteraeutiske behandlingsprogrammer:</u> Der inkluderes etablerede psykoterautiformer (herunder kognitiv adfærdsterapi, psykodynamisk terapi, interpersonel terapi, narrativ terapi, oplevelsesorienteret terapi og systemisk terapi). Angiveligt har de undersøgte interventioner dermed et bredt konceptuelt spænd – reelt er 23 ud af 25 inkluderede studier KAT-baserede. Der afklares således at minimum 7 face-to-face-sessioner (gruppe eller individuelt) baseret på KAT er bedre end ingenting og at eksponering skal indgå. Der kan ikke laves anbefalinger vedr. andre terapeutiske koncepter baseret på den præsenterede litteratur. Studierne (og metaanalysen) har ikke haft fokus på outcomes i form af bivirkninger – der er således ikke evidens for skadelige virkninger, men heller ikke evidens for fraværet af disse (kun frafald er gjort op som kunne afspejle bivirkningsfrekvensen). N.B. I bilagets beskrivelse af studiekarakteristika henvises tit til Cochranereviewet CD004690 af James et al 2015 hvilket vanskeliggør overblikket
23	4		<u>Kognitiv adfærdsterapi eller andre former for psykoteraeutisk behandling</u> . Der foreligger ikke evidens for andre terautiliformer end KAT til behandling af angstlidelser jvf PICO 1 – disse burde derfor ikke anbefales som first choice i behandlingen af angstlidelser hos børn og unge på linje med KAT.
26	5		<u>Psykoterauti eller antidepressiva (SSRI/SNRI)</u> Konklusionen baseres på to studier med risiko for bias. Patienters/familiers præferencer til fordel for psykoterauti genkendes fra klinikken – Er der evidens for dette? Fint at der laves en specifik søgning ift selvmordsrelateret adfærd i kontekst af antidepressiv behandling af børn og unge med angst og OCD. Men: Kan det blive til en anbefaling?

37	6	<p><u>Kombination af psykoterapi og antidepressiva (SSRI/SNRI) eller psykoterapi alene</u> Konklusionen baseres på et enkelt studie (Walkup 2008 som også indgik i PICO 3 med de tilknyttede kommentarer om bias men som viste statistisk signifikant bedre effekt af kombinationsbehandlingen i den randomiserede 12-ugers-periode overfor medicin eller psykoterapi alene). Retningen af anbefalingen er således styret af vurderingen af selvmordsrelateret adfærd i forbindelse med antidepressivabehandlingen og den forestillede præference hos patienter/familier</p>
47	7	<p><u>Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rette mod flere typer af angst</u> Fra klinikken genkendes den lave respons af socialfobipatienter sammenlignet med andre angstproblematikker og det dertil knyttede ønske om specifikke behandlingsprogrammer. Konklusionen baseres på et enkelt RCT (Ingul 2014) som sammenligner en SP-specifik individuel intervention (57 deltagere) med et KAT-baseret gruppeforløb (som ikke var overlegen ift kontrolgruppen) og en attention control. Det er uklart om gruppe/individ- eller specifik-generel-forskellen vedr. interventionen er den aktive ingrediens. Yderligere forskning er påkrævet inden der kan tages stilling til specifikke interventioners plads i SP-behandlingsarsenalet.</p>
54	8	<p><u>Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer specifikt rettet mod socialfobi eller generiske behandlingsprogrammer rette mod flere typer af angst</u> Konklusionen baseres på et enkelt RCT (Ingul 2014) som sammenligner en SP-specifik individuel intervention (57 deltagere) med et KAT-baseret gruppeforløb (som ikke var overlegen ift kontrolgruppen) og en attention control. Det er uklart om gruppe/individ- eller specifik-generel-forskellen vedr. interventionen er den aktive ingrediens. Yderligere forskning er påkrævet inden der kan tages stilling til specifikke interventioners plads i SP-behandlingsarsenalet.</p>
62	9	<p><u>Betydelig deltagelse fra forældre i behandlingsforløbet</u> Gode og relevante kommentarer i kursiv under anbefalingen.</p>
72	10	<p><u>Kropsøvelser</u> Ingen evidens for denne intervention (alenestående eller supplerende) fundet – det er forbavsende og beklageligt.</p>

			<p>Weaver et al 2015 identificerede i et review 6 RCT vedr. yoga som intervention ved angstlidelser hos børn og unge.</p> <p>Larun et al Cochranereview 2006 beskriver diverse interventioner vedr. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression in children and adolescents og inkluderer en god søgestrategi. Det anbefales, at forsøge en udvidet søgning.</p>
--	--	--	---

Kommentarer til organisatoriske

Modstridende med eksisterende vejledninger?

Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?

Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?

Det kunne være meget relevant at angive behandlingsindsatser i forhold til strukturelle niveauer – primær sektor og kommunale børn og unge indsatser, privatpraktiserende psykologer og børne- og ungdomspsykiatere, den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri.

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Er der økonomiske forhold, der skal belyses?

Er der driftsmæssige forhold der bør belyses?

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Tovholder

Trine Malling Lungskov og Azra Hasanbegovic

Referencegruppe medlem

Jimmy Caspersen, kvalitets- og udviklingskoordinator, Børne- og Ungdomspsykiatri, Odense, udpeget af Region Syddanmark

Stine Christensen, stch@rn.dk
Referencegruppe medlem: Ingen

Skabelon til National Klinisk Retningslinje høringsvar



Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Høringsvar fra det tværfaglige specialeråd i børne- og ungdomspsykiatri i Region Midtjylland – af 22. august 2016:

19-05-2016

Sag nr. 16/477

Dokumentnr. 24936/16

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Navn på national klinisk retningslinje

National Klinisk Retningslinje for behandling af angst hos børn

Tekst i kursiv er mulige relevante emner, men ikke obligatoriske.

Generelle faglige kommentarer

Det er positivt, at man fokuserer på behandlingen af angst hos børn, da dette er en hyppigt forekommende lidelse og behandlingstilbuddet vekslende og dårligt beskrevet. Det er dog uheldigt at vælge formatet NKR til at belyse en så kompleks problematik som angst hos børn, hvor diagnostikken skal tage højde for en række psykosociale belastninger samt komorbiditet og hvor behandlingen er multimodal med støttende og behandlende indsatser og hvor behandlingen desuden ofte er tværsektoriel.

Det er generelt et problem med formatet for NKR, at man kun besvarer de udvalgte PICO spørgsmål. De mest relevante spørgsmål kan sjældent besvares, da der er utilstrækkelig evidens, og for de spørgsmål som kan stilles, fordi der er evidens nok til at besvare dem, kender klinikerne ofte svaret på i forvejen. En bredere fremstilling af evidensen på angstområdet (referenceprogram), ville være mere anvendeligt, ligesom det ville være ønskeligt at inkludere hele spektret af angstlidelser incl. patienter med flere angstlidelser, og med angst og anden psykiatrisk komorbiditet, to forhold, som er meget hyppigt forekommende.

Der vurderes at være foretaget stringent og systematisk litteratursøgning således at forskningen på området er grundigt afdækket. Det må dog anføres som problematisk at evidensgrundlaget for retningslinjerne overvejende vurderes spinkelt for andre terapeutiske retninger end KAT.

Dampfærgevej 22
1056 Kbh S
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
------	-------	-------	------------------------

Side 2

4	3		<p>Det er meget positivt at der benyttes fodnoter i Quickguiden, da det sikrer, at fodnoterne tages med i betragtning og så hos personer, der alene læser Quickguiden.</p> <p>I fht. punkt 3 med en stærk anbefaling om psykoterapeutisk behandling er det positivt, at det i indledningen understreges, at der er behov for at have fokus på kontekstuelle forhold, forud for beslutning om psykoterapeutisk behandling. Dette er dog alene beskrevet som en differential-diagnostisk problematik. Der samme gør sig gældende, hvor udløsende eller vedligeholdende faktorer forekommer sideløbende med en regulær angstdiagnose. Også her er det relevant at rette interventionen imod belastningerne, før barnet tilbydes psykoterapi. Det kunne være relevant, i stil med hvad der er gjort i de øvrige items, at indsætte disse forbehold i en fodnote til punkt 3 i Quickguiden, for at sikre, at disse forbehold kommer tydeligt frem.</p>
23	4		<p>Arbejdsgruppen konkluderer, at der ikke er evidens til at besvare dette PICO spørgsmål. Imidlertid vælger man alligevel at give en konsensus anbefaling. Da der ikke findes undersøgelser af andre terapiformer end KAT, adfærdsterapi og social færdighedstræning, synes det at være en misvisende anbefaling at <i>"tilbyde etablerede psykoterapiretninger, som er teoribaserede og benytter velbeskrevne metoder til behandlingen af børn og unge med angst."</i> Det synes mere retvisende at man nøjes med at besvare pico spørgsmålet, og konkludere, at der ikke er fundet studier, der sammenligner forskellige terapiretninger.</p>
			<p>Stå her og tryk på Shift for flere linjer</p>

Kommentarer til organisatoriske

Modstridende med eksisterende vejledninger?

I følge Sundhedsstyrelsens egen redegørelse fra 2001: Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, side 35 afsnittet "Hvilke sygdomstilstande bør henvises til børne- og ungdomspsykiater", så anføres det her, at "som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises, når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at børnene/de unge kan få tilstrækkelig hjælp i primærsektoren, dvs. hos alment praktiserende læge eller børne- og ungdomssagkyndige i kommune eller amt".

Det bør i denne NKR mere tydeligt fremgå, hvilken hjælp der centralt fra forventes at kunne til-

bydes i primærsektoren. Erfaringen fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri er, at der d.d. er – uforholdsmæssig – stor forskel på den hjælp, der tilbydes i de forskellige kommuner. Trods det forhold, at de alle arbejder under samme lovgivning, nemlig Serviceloven.

Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?

Jf. nedenstående

Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?

Patienter med angst håndteres i mange forskellige sammenhænge – og i både kommuner og regioner, og der er allerede i dag store kompetencer i f.eks. kommunerne i socialektoren, PPR og skolerne i fht. at forebygge, behandle, støtte og vejlede omkring børn og unge med angstlidelser, hvilket med fordel kan tydeliggøres og beskrives i retningslinjen. Det er et gennemgående princip i bl.a. sundhedsaftalerne, at borgerne skal behandles på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON), hvilket også kan have betydning for et barns/en ungs selvforståelse (f.eks. som patient). En national klinisk retningslinje er alene en klarlægning af evidensen på udvalgte områder, og forholder sig ikke umiddelbart til i hvilket regi/hvilken sektor en given behandling skal tilbydes. Da NKR imidlertid ligger i regi af Sundhedsstyrelsen og det understreges at: ”*Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne*”, må det formodes, at fagfolk i sundhedssektoren har/føler en særlig forpligtelse til at leve op til anbefalingerne. Dette understreges yderligere i afsnittet vedr. implementering, hvor det pointeres, at implementeringen af retningslinjen primært er et regionalt ansvar. Dette kan have negative konsekvenser i form af sygeliggørelse af børn, som kunne hjælpes med en indsats på et lavere niveau, samt for omkostningsniveauet samlet set. Der er desuden risiko for, at de kvalificerede og væsentlige indsatser, som sker og skal ske i kommunalt regi, ikke tydeliggøres her i denne NKR, og derfor ikke udvikles og evidenssikres i tilstrækkeligt omfang. Denne NKR bør derfor ledsages af en visitationsvejledning vedr. patientgruppen, der tydeliggør samarbejde, snitflader og overgange imellem sektorerne, og som synliggør og understreger de indsatser, der skal ske f.eks. i kommunalt regi.

Det kan her i visitationsvejledningen være hensigtsmæssigt mere detaljeret at beskrive sværhedsgraden af angst i fht. symptomatologi og funktionshæmning mhp. adskillelse af visitation til behandlingstilbud i hhv. primær sektoren og hospitalssektoren.

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Er der økonomiske forhold, der skal belyses?

Såfremt opgaven med behandling af angst hos børn alene eller overvejende skal ligge i sundhedssektoren regionalt, vil det have betydelige økonomiske konsekvenser for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og privatpraktiserende speciallæger. Omfanget heraf bør belyses.

Er der driftsmæssige forhold der bør belyses?

Såfremt opgaven med behandling af angst hos børn alene eller overvejende skal ligge i sundhedssektoren regionalt, vil behovet for uddannet personale til at varetage den kognitive-adfærdsterapeutiske behandling stige. Omfanget heraf og behovet for videreuddannelse bør belyses.

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Tovholder

Referencegruppe medlem: Merete Juul Sørensen

Sundhedsstyrelsen
NKRsekretariat@sst.dk

Den 24. august 2016

Høringssvar fra DASYS vedr. National klinisk retningslinje for angst hos børn og unge

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) takker Sundhedsstyrelsen for muligheden for at afgive høringssvar ang. National klinisk retningslinje for angst hos børn og unge. DASYS har sendt den kliniske retningslinje ud til vores medlemmer og har fået kommentarer tilbage fra Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker.

Den kliniske retningslinje er godt gennemarbejdet, og den harmonerer umiddelbart fint med praksis. Afsnittet om "Afgrænsning af patientgruppe" i indledningen er særligt godt og vigtigt, specielt i forhold til komorbiditet, differentialdiagnoser og anden grundmorbus som led i barnets normale udvikling.

Det samme gælder afsnittet om kropsøvelser og motion, der er helt relevante at have med. På sigt kunne man udvide anbefalingerne omkring livstil og tilføje elementer som kostvejledning, søvn, alkohol og rygning. Derved suppleres behandlingen med yderligere temaer inden for sygeplejen, og behandlingen omfavner flere facetter af patientens symptombillede. Som eksempel kan nævnes, at begrebet "Sundhedssamtaler" (udvidet KRAM) er introduceret i visse ambulatorier og varetages af sygeplejerskerne der.

Endelig vil vi gerne fremhæve, at det er dejligt at se, at patientperspektivet er fremhævet med et selvstændigt afsnit.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål, står vi naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen

Pernille Olsbro
Medlem af bestyrelsen



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

VIDENSKABELIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1680 psykologer

Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab

NRKsekretariat@sst.dk

Høringssvar vedrørende udkast til den nationale kliniske retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

24.8. 2016

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer (DPSP) har følgende kommentarer til udkastet:

A

- Gruppen af patienter der dropper ud af psykoterapeutisk behandling og/eller ikke har udbytte af behandling er ofte patienter med gentagne eller langvarige behandlingsforløb. Denne patientgruppe er særligt ressourcekrævende i behandlingssystemet, i kommuner, i skolen og i familien.

Relevante metoder til at optimere effekt og undgå dropout af psykoterapi for sådanne patienter er eksempelvis systematisk effektmonitorering samt fortløbende patient og terapeut evaluering af psykoterapeutisk proces og udbytte, og vedvarende tilpasning af interventioner.

DPSP vurderer, at det ville være hensigtsmæssigt, at der i retningslinjen indgår evidens vedrørende metoder til at undgå manglende effekt og/eller dropout af psykoterapeutisk behandling af børn og unge med angstlidelser.

- I indledningen til retningslinjen anføres, at "det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse." En sådan forholdsregel gælder i forhold til de fleste somatiske sygdomme og psykiske lidelser, og afspejler bl.a. betydningen af spredning i effektstudier.

Imidlertid er spredningen af særlig betydning ved psykiske lidelser, da årsager og vedligeholdende faktorer for psykiske symptomer, for forskellige individer kan være af vidt forskellig social, biologisk eller psykologisk karakter for et og samme symptombillede, ligesom der over tid ofte sker ændringer i hvilke årsager og vedligeholdende faktorer der har størst betydning. Diagnosen afspejler ikke en bagvedliggende sygdom, som der gribes ind overfor, men syndromer af symptomer.

Psykologisk intervention retter sig derfor ofte mod andet end de psykiske symptomer i sig selv. Valg af psykologisk intervention kan derfor normalt ikke baseres på hvilken metode der har bedst gennemsnitlig effekt, ligesom der må ske en vedvarende tilpasning af metode undervejs i behandlingsforløbet.

DPSP anbefaler derfor, at der i retningslinjen indgår evidens vedrørende spredning af effekt i de psykoterapier der omtales i retningslinjen.

- Retningslinjen fokuserer primært på overordnede psykoterapiretninger sammenlignet med generisk psykoterapi. Imidlertid er der evidens for
 - At terapeutfaktorer har større betydning for effekt end psykoterapiretningen.
 - At klinikere der er uddannet i mere end en psykoterapiretning og som udviser fleksibilitet mht. metodeanvendelse udviser højest effekt.

DPSP anbefaler derfor, at der i retningslinjen indgår evidens angående terapeutfaktorer og fleksibel metodeanvendelse ved angstlidelser hos børn og unge.

- Evidensforskningen viser, at der over årtier sker ændringer i hvordan psykoterapi virker, når der måles på overordnede psykoterapiretninger. Eksempelvis er effekt af kognitiv adfærdsterapi



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

VIDENSKABELIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1680 psykologer

reduceret med omkring 50% fra 1970-2015 (A Meta-Analysis, Johnsen & Friberg, Psychological Bulletin, 2015). Derimod er effekten af tværgående faktorer ved psykoterapi vedvarende.

DPSP anbefaler, at der i vurdering af effektstudier tages højde for, at effekten i ældre empiri om kognitiv adfærdsterapi kan være højere end den reelle aktuelle effekt af behandlingsformen.

B

- I retningslinjens side 10 under *Formål* anvendes begrebet *psykiatriske lidelser*. DPSP anbefaler at begrebet ændres til *psykiske lidelser* i overensstemmelse med WHO's klassifikation og begrebsanvendelse.
- DPSP anbefaler endvidere at der i den endelige retningslinje (som i nuværende udkast) ikke anvendes flg. begreber: *Psykiatrisk sygdom, psykisk sygdom, psykiatrisk diagnose, angstsygdom, sygdomsgrader* o.lign.

Begrundelse:

Retningslinjen fokuserer på socialfobi, separationsangst og generaliseret angst jf. WHO's klassifikation ICD-10 kap. V Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. I ICD-10 betegnes angsttilstande, som de øvrige psykiske tilstande, som lidelser og ikke sygdomme, idet lidelserne ikke opfylder kriterierne for sygdomsbegrebet. Somatiske diagnoser betegnes i ICD som sygdomme, hvor symptomer og diagnosebetegnelser henviser til specifikke sygdomsenheder. Denne skelnen mellem psykiske og somatiske diagnoser er fastholdt i diagnosesystemet igennem årtier.¹

I ICD-10 Kap. V anvendes ikke betegnelsen *psykiatrisk diagnose* om diagnoserne for de psykiske og adfærdsmæssige lidelser. Begrebet psykiatrisk diagnose, som betyder *lidelse der kan behandles biomedicinsk/lægeligt*, eller kan henvise til den psykiatriske sektor, er ikke dækkende for bredden af psykiske lidelser med hensyn til det diagnostiske spektrum, sværhedsgrad af symptomer eller behandlingsregi. Psykiske lidelser omfatter en lang række tilstande som kan behandles via pædagogisk, psykoterapeutisk eller social intervention med eller uden biomedicinsk behandling. Ydermere behandles mange psykiske lidelser udenfor psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

DPSP anbefaler, at begrebsanvendelse i den endelige retningslinje følger WHO's klassifikation og begrebsanvendelse samt afspejler bredden af faggrupper og behandlingsregi med hensyn til behandling af angstlidelser hos børn og unge.

Med venlig hilsen

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer

P.b.v.

Klaus Pedersen, formand

¹ Psykiske lidelser kendetegnes ved klynger af symptombilleder, som sammenfattes under en diagnostisk betegnelse, hvor symptombilledet kan variere betragteligt fra den ene til den anden patient. Den diagnostiske betegnelse henviser, i modsætning til somatiske diagnoser, ikke til en specifik sygdom (med genetisk, ætiologisk, patogenetisk, prognostisk og behandlingsmæssig specificitet) bag symptomerne. De samme typer årsager/vedligeholdende faktorer af psykologisk, social eller biologisk karakter kan for forskellige individer føre til vidt forskellige diagnoser (multifinalitet) ligesom vidt forskellige typer årsager/vedligeholdende faktorer kan føre til en og samme diagnose (ækvifinalitet). Samtidig er der evidens for, at samme psykiske lidelse kan behandles effektivt med vidt forskellige medicinske, sociale eller psykoterapeutiske interventioner (metodernes ækvipotentialitet) ligesom en og samme psykoterapeutiske, sociale eller medicinske intervention kan anvendes overfor forskellige symptomer og lidelser (metodernes multipotentialitet). Disse forhold er i rigt omfang evidens og kendetegnende for psykiske lidelser samt de metoder der anvendes til fremme af psykisk sundhed. Der er derfor behov for en individuel afklaring af årsager/vedligeholdende faktorer i et psykologisk, socialt og biologisk perspektiv for at kunne finde frem til relevante, effektive interventioner.

Til Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab.

Cc: Dansk Psykolog Forening

Aarhus d. 24 august 2016

I forbindelse med den kommende nationale kliniske retningslinje for behandling af børn og unge i alderen 6 til 17 år med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst tillader vi os at gøre opmærksom på følgende:

I de tilfælde, hvor angstforstyrrelsen er opstået i forbindelse med konkrete, udløsende hændelser, bør en traumefokuseret terapi som EMDR (eye movement and desensitization reprocessing) overvejes i behandlingen. Dette gælder, når f.eks. social angst er opstået efterfølgende mobning eller separationsangst er opstået efterfølgende f.eks. en forældres død.

EMDR er en evidens baseret terapi, som siden 2013 anbefales af WHO på linje med KAT til behandling af belastningsreaktioner. Også den engelske nationale retningslinje (NICE) anbefaler EMDR som traumefokuseret behandling af symptomer, som fortsætter længere end 3 måneder efter udløsende hændelse. Effektiviteten af EMDR for børn og unge er ligeledes veldokumenteret.

Vi er opmærksomme på, at den kommende nationale kliniske retningslinje kun omfatter behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst og eksplicit ikke forholder sig til behandlingen af andre angstrelaterede lidelser som PTSD. Ikke desto mindre vil vi gerne fremhæve retningslinjens indledning, hvor der på side 10 anføres "*Inden man iværksætter en behandling er det derfor vigtigt, at afklare de kontekstafhængige faktorer, der kunne ligge til grund for en velbegrunderet angst hos barnet/den unge.*" Vi understreger derfor betydningen af at undersøge og medtage angstforstyrrelsens ætiologi i behandlingsplanlægningen.

Ud fra klinisk praksis vil mange være bekendt med tilfælde, hvor social angst er opstået i forbindelse med eller efter at have været udsat for mobning, og at bearbejdning og behandling af mobningen medfører en væsentlig reduktion af symptomerne. Det samme gælder tilfælde, hvor separationsangst er opstået efter kritisk sygdom i familien, en ulykke, en forældres død eller efter kompliceret skilsmisse. I de førnævnte eksempler er det af betydning, at angstsymptomerne er opstået eller forværret kraftigt i forbindelse med konkrete hændelser, hvorfor behandlingen af disse hændelser med EMDR kan medføre lindring af de angstrelaterede symptomer. Man kan muligvis anføre, at forstyrrelser udløst af førnævnte hændelser måske rettelig burde diagnosticeres som PTSD, hvilket desværre ofte er kompliceret.

Vi håber, at arbejdsgruppen bag den kommende retningslinje vil overveje at optage ovenstående i den endelige udgave. I modsat fald beder vi arbejdsgruppen optage som PICO-spørgsmål: Hvorfor udelukkes EMDR i den kommende NKR? Vi formoder, at dette hænger sammen med den relativ begrænsede research på området, men vi gør samtidig opmærksom på, at netop evidens for effektiviteten af EMDR for både voksne og børn i disse år øges væsentligt. Evidensen er generelt og grundigt fastlagt i relation til behandling af PTSD, og vi ser begyndende evidens for anvendelsen af EMDR specielt i forhold til behandlingen af angstforstyrrelser hos både børn og voksne. Således inddrager en kommende Hollandsk retningslinje som den os bekendt første nationale retningslinje netop EMDR i behandlingen af specifikke fobier. Dette gøres bl.a. på baggrund af research fra Triscari et al og Doering et al.

Hvis der er behov for yderligere information, så står vi fra Foreningen EMDR Danmark gerne til rådighed. Vi vil desuden gerne anbefale Pagini et al, såfremt arbejdsgruppen ønsker mere viden om det neurobiologiske grundlag for EMDR terapien.

Med venlig hilsen

Birgit Schulz-Formand EMDR Danmark

Mail: formand@emdr.dk

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG26/chapter/1-Guidance#the-treatment-of-ptsd>

De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011) A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2011; 210.340/ejpt.v.i0.5694

Fleming, J.: The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 6, Number 1, (2012) 16-26

Cohen, J.A., & Scheeringa, M.S. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*. (2009/3) 11/1: 91-99

Triscari, M.T., Faraci, P., D'Angelo, V. Urso, V., og Catalisano, D. (2011) 'Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 1, 9-14

Doering, S., Ohlmeier, M.C., de Jongh, A., Hofmann, A., & Bisping, V. (2013) 'Efficacy of a traumafocused treatment approach for dental phobia: A randomized clinical trial. *European Journal of Oral Sciences*, 121, 584-593

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A.R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernandes, I., & Siracusano, A. 'Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. *PLoS One*, 2012; 7(9):e45753. Doi:10.1371/journal.pone.0045753

Med venlig hilsen

Birgit Schulz

Aut. klinisk psykolog

Specialist i psykotraumatologi og psykoterapi samt supervisor godkendt i begge

EMDR akkrediteret behandler samt supervisor og facilitator



birgit_schulz@me.com

Notat

Danske Fysioterapeuter



Sundhedsstyrelsen
Att.: NKR sekretariat

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til national klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge. Særligt anbefalingen om brug af kropsovelser (motion, afspændings- og vejtrækningsøvelser) i behandlingen.

Det fremgår, at angstlidelser hos børn og unge ofte bliver overset og er underbehandlede – trods risikoen for, at lidelsen bliver vedvarende uden behandling. Danske Fysioterapeuter støtter derfor behovet for at undersøge og formidle viden om behandlingsmuligheder for børn og unge med angst, herunder et kropsfokuseret alternativ.

Desværre har det ikke været muligt at finde studier, som kunne afdække effekten af kropsovelser. I stedet gives en anbefaling om god praksis på baggrund af konsensus i arbejdsgruppen. I begrundelsen for anbefalingen henvises til de gavnlige virkninger af fysisk aktivitet for børn og unge generelt. Det undrer imidlertid Danske Fysioterapeuter, at de positive mekanismer og sammenhænge mellem fysisk aktivitet og kropsovelser i forhold til angst ikke er uddybet yderligere. Fx giver den svenske håndbog om fysisk aktivitet fra 2015 ("Fysisk aktivitet i sygdomsprevension och sjukdomsbehandling") eksempler på kort- og langtidseffekter af fysisk aktivitet i forhold til forskellige angstlidelser.

For personer, som lider af angst, kan de kropslige reaktioner i forbindelse med angst være så overvældende, at det forstærke angsten. En negativ spiral kan opstå, hvor anspændt muskulatur, smerter, påvirkning af kropsholdning og vejtrækning forstærker angstsymptomerne (kilde: Psykiatri, red. Lene Nyboe, Sylvia Johannesen og Per Jørgensen, Munksgaard 2016). Praksiserfaringer fra fysioterapeuter viser, at kropsovelser i form af vejtrækningsøvelser og afspænding samt motion kan bryde den negative spiral og give personen med angst et større overskud – fysisk og psykisk.

På den baggrund mener Danske Fysioterapeuter, at begrundelsen for at bruge kropsovelser i supplement til anden behandling bør foldes ud, så der ikke kun henvises til de generelle gavnlige virkninger af fysisk aktivitet. Desuden opfordrer Danske Fysioterapeuter til, at formuleringen af anbefalingen ændres til: Det er god praksis at supplere vanlig behandling med motion, vejtræknings- og afspændingsøvelser.

Dato:
24-08-16

Email:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
3341 4659

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af vores høringssvar.

Med venlig hilsen

Karen Langvad

Faglig chef



Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab
sst@sst.dk

KL's hørings svar på national retningslinje for behandling af angst hos børn og unge

KL har modtaget udkast til national klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge. De nationale retningslinjer dækker udvalgte områder i forhold til behandling af angst hos børn og unge.

Det har desværre ikke været muligt at få KL's hørings svar politisk behandlet inden fristen den 26. august kl. 12.00. KL fremsender derfor en foreløbigt hørings svar og vil fremsende evt. bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet.

De kliniske retningslinjer, omhandler socialfobi, separationsangst og generaliseret angst hos børn og unge og fokuserer primært på behandling med samtaleterapi ved brug af etablerede psykoterapi behandlingsformer.

Formålet med de kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af høj kvalitet på tværs af landet, samt videndeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Der har i forbindelse med udarbejdelse af Den nationale kliniske retningslinje været nedsat en arbejdsgruppe, der har undersøgt hvilke psykoterapeutiske behandlingsformer, der er henholdsvis høj, middel og lav evidens for. Der er i dette studie indikatorer for at anvende psykoterapi ved behandling af børn og unge med angst.

Der er således udarbejdet et første sæt retningslinjer, som stærk anbefaler to psykoterapeutiske behandlingsformer til behandlingen af børn og unge med angst. Dette første sæt retningslinjer bør give anledning til at generere ny viden, så retningslinjen i fremtiden kan udbygges og kvalificeres yderligere, herunder sikre at der indarbejdes et samspil til børnenes dagligdag før og efter behandling.

Det bør endvidere overvejes, hvordan den viden der er tilvejebragt breddes ud til flere end de sundhedsfaglige personaler, med henblik på at de gode indsatser kan spille sammen med den tidlige indsats i kommunerne.

Det er KL's opfattelse, at et forbedret samarbejde og viden på tværs af sektorer kan være med til at styrke den tidlige indsats og behandling af børn og unge med angstproblematikker.

Dato: 22. august 2016

Sags ID: SAG-2015-04734
Dok. ID: 2228203

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tina Wahl', written over a horizontal line.

Tina Wahl
Kontorchef

Dato: 22. august 2016

Sags ID: SAG-2015-04734
Dok. ID: 2228203

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København

København, d. 23. aug. 2016

Hørings svar vedr. den national klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge.

Dansk Psykolog Forening takker for det tilsendte materiale samt muligheden for at afgive hørings svar til den nationale kliniske retningslinje.

Overordnet mener Dansk Psykolog Forening, at retningslinjens formål om at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet, at medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper, er væsentlig og positivt. Psykologforeningen finder endvidere, at de opstillede anbefalinger udtrykker en brugbar og rummelig praksis, og kan være en hjælp i forhold til at tilrettelægge behandlingsarbejdet.

Mangel på forskning

Retningslinjen beskrives i høringsbrevet som en ikke udtømmende beskrivelse af behandlingsforløbet. Væsentlige områder som shared care med barnets skole er således desværre uberørt. Der mangler endvidere forskning på en række områder, herunder væsentlige områder såsom forældreinvolvering i behandlingen, hvorfor dette område tildes en "svag anbefaling". Det bør imidlertid bemærkes at betydelig inddragelse af barnets/den unges familie i behandlingen af barnets/den unges angstlidelse opleves som overordentligt betydningsfuldt i den kliniske hverdag.

Dansk Psykolog Forening finder det centralt at anbefale, at der forskes yderligere i de områder som endnu mangler evidens. Dette gælder i høj grad også effekten af forskellige typer behandlinger for angst med komorbid lidelse, hvilket som rapporten selv påpeger, er tilfældet hos 60-80 % af målgruppen.

Det er positivt at retningslinjen fokuserer på de hyppigste og mest invaliderende angstlidelser, men på sigt bør de øvrige angstlidelser panikangst, agorafobi og enkeltfobi også inkluderes i retningslinjen.

Sprogbrug (terminologi)

Retningslinjen fokuserer på socialfobi, separationsangst og generaliseret angst jf. WHO's klassifikation i ICD-10 kapitel V "Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser". Dansk Psykolog Forening anbefaler at begrebsanvendelsen i retningslinjen følger terminologien i WHO's klassifikation og begrebsanvendelse og således omtaler angst som "psyriske lidelse" i stedet for "psykiatrisk diagnose", idet sidstnævnte lægger op til en forståelse af angst som noget der behandles medicinsk og i psykiatrien, og således ikke kan rumme en bredere forståelse af lidelsen som en tilstand der kan intervereres over for og behandles pædagogisk, socialt eller psykoterapeutisk, med eller uden medicin – samt indenfor eller udenfor psykiatrien.

Drop-out og effekt af behandlingen

Patienter som dropper ud af psykoterapeutisk behandling og/eller ikke har udbytte heraf er ofte patienter med langvarige og gentagne behandlingsforløb. Systematisk effektmonitorering, løbende patient- og terapeut evaluering af udbytte og proces samt systematisk tilpasning af interventionen er alle metoder



der kan bidrage til at mindske drop-out og manglende effekt. Det ville være hensigtsmæssigt, hvis retningslinjen indeholdt evidens vedrørende sådanne metoder.

Dansk Psykolog Forening mener endvidere, at valget af psykologisk intervention ikke alene kan baseres på hvilken metode som har bedst gennemsnitlig effekt, idet årsager og vedligeholdende faktorer kan være meget forskellige hos forskellige klienter med det samme symptombillede. Det faglige skøn, som retningslinjen også lægger op til, af den individuelle angstlidelse, dens årsager og faktorer, samt patientens præferencer, er således væsentligt for at vurdere hvilken sundhedsfaglig ydelse der er mest passende. I forlængelse heraf kan det f.eks. indføres at belastende hændelser såsom mobning, eller alvorlig sygdom eller skilsmisse hos forældre kan være udløsende for hhv. social angst og separationsangst, og at de udløsende faktorer således kan adresseres med evidensbaseret traumefokuseret terapi.

Sluttelig kan det indføres at patientens livskvalitet og funktion på socioøkonomiske parametre såsom deltagelse i uddannelse også er relevante mål for behandlingens effekt.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Eva Secher Mathiasen
Formand, Dansk Psykolog Forening



Oslo, 25. august 2016

Peer-review Einar Heiervang

I henhold til vår avtale oversender jeg min bedømmelse av ”den nationale kliniske retningslinje (NKR) for behandling af angst hos børn og unge”. Oppdraget lyder som følger:

”Med utgangspunkt i den konkrete NKR’s problemstilling og de formulerte fokuserede spørsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse, samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens.”

Videre heter det at bedømmelsen normalt skal omfatte 3-4 A4-ark, og bør omfatte:

1. Manuskriptets styrker
2. Manuskriptets væsentligste svakheter og mangler
3. Eventuelle forslag til endringer
4. AGREE II-vurdering af retningslinjen (<http://www.agreetrust.org/>)

Jeg omtaler nedenfor først manuskriptets styrker, svakheter/mangler, og forslag til endringer på et overordnet nivå, før jeg presenterer detaljerte kommentarer til teksten i retningslinjen.

STYRKER

- Samlet sett er det her gjort et imponerende arbeid i å samle og analysere foreliggende vitenskapelig dokumentasjon og praksiserfaringer på feltet, og resultatene er presentert på en grundig og overbevisende måte.
- Disse retningslinjene vil kunne ha stor betydning for at barn og unge med angstlidelser vil tilbys dokumentert effektiv behandling, såfremt man lykkes med implementering og etterlevelse av anbefalingene.
- Valget som er gjort ved å fokusere kun på de tre diagnoser sosial fobi, separasjonsangst og generalisert angst, synes velbegrunnet ut i fra den store litteratur og den felles behandlingstilnærming som gleder for disse former for angst.
- Det er også rimelig at man har utelukket studier hvor det er en vesentlig andel (>20%) andre primære diagnoser i det undersøkte utvalget.
- Det er godt å se at arbeidsgruppen har fanget opp det nylig publiserte review av Sharma et al, hvor det kommer frem at alvorlige bivirkninger ofte ikke har vært rapportert fra medikamentstudier, og at SSRI synes å gi en dobling av risiko for alvorlige former for aggresjon og suicidalitet hos barn og unge.
- Det er også fint at det tydelig fremheves at medisinsk behandling skal ivaretas av spesiallege, da barn og unge hyppigere viser bivirkninger ved slik behandling, og en bedømmelse av når fordeler oppveier ulemper ved behandlingen krever erfaring og kompetanse.
- Quickguide: Det er et godt pedagogisk grep å presentere et sammendrag av anbefalingene i retningslinjen i begynnelsen av dokumentet. Dette er gjort meget oversiktlig.
- Bilag 4 omhandler oppdatering og videre forskning. Målet om å oppdatere disse retningslinjer hvert tredje år og forslagene til videre forskning synes velbegrunnede.

- Bilag 8 redegjør tydelig hvordan litteratursøk og evidensvurderinger er foretatt.

SVAKHETER / MANGLER

- Innledningsvis stiller jeg spørsmål med på hvilket grunnlag man har valgt ut de psykoterapiformene som her omtales som etablerte. Det hadde vært nyttig for leseren, og nødvendig for å vurdere denne informasjonen kritisk, at det oppgis en referanse for denne vurderingen, eller at man gjør rede for hvordan utvalget av ”etablerte psykoterapiretninger” er gjort.
- Det er ikke i retningslinjene drøftet hvilken kompetanse som kreves av de som skal tilby psykoterapi til barn og unge med angst, i motsetning til de anbefalinger som gjelder medikamentell behandling. Det er åpenbart at det i studiene som inngår i evidensgrunnlaget for psykoterapi, har vært trenede terapeuter, som ofte har mottatt veiledning på sin praksis underveis i studien. Det er også viktig å huske på at pasientene i studiene er utvalgt ut for nøyte diagnostikk med strukturerte metoder, også bedømt av trenede klinikere. Evidensgrunnlaget gjelder derfor først og fremst for slike pasienter.
- Det nevnes at de tre angstformer (sosial fobi, separasjonsangst og generalisert angst) er blant de hyppigst forekommende (side 10). En kan stille spørsmål ved om ikke spesifikke fobier, som også er en svært hyppig tilstand i barnealderen, og behandling av denne, også kunne vært tatt med i retningslinjene.
- På side 75 sies det dessuten i siste avsnitt:...”de tre mest prævalente og forstyrrende angstlidelser...”). Hva som er mest forstyrrende vil imidlertid variere fra pasient til pasient; en alvorlig fobi for å reise, hunder, eller insekter, kan være mer forstyrrende enn mildere grad av separasjonsangst, for eksempel. Dette bør derfor skrives om.
- Når begrepet ”generiske” terapiformer defineres, sies det å være terapier som retter seg mot alle former for angst. Det korrekt er vel at de retter seg mot flere former, om ikke nødvendigvis alle, og slik står i motsetning til spesifikke terapiformer som kun retter seg mot en enkelt tilstand.
- Pasientgruppen er videre avgrenset til aldersgruppen 6 til 17 år. Imidlertid synes det ikke som særlig mange studier har inkludert 6-årige barn, og spørsmålet er derfor om ikke retningslinjen heller skulle vært avgrenset til 7-17 år.
- Videre på side 10 nevnes at 60-80 % av barn med angst samtidig oppfyller kriterier for en annen psykisk lidelse. Her savner jeg en referanse til dette utsagnet.
- I innledningen kunne det også vært drøftet i hvilken grad de anbefalte terapier også er aktuelle når angst ikke er den primære diagnose, og hvorvidt det er diagnoser eller tilstander som utgjør kontraindikasjoner for behandlingen (for eksempel generelle lære-/forståelsvansker, alvorlige atferdsvansker, manglende støtte fra og motivasjon hos foreldre etc.).
- Kapittel 3: Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer
 - Her gis det Sterk Anbefaling om å tilby etablerte psykoterapeutiske behandlingsprogrammer til barn og unge med sosial fobi, separasjonsangst eller generalisert angst. I listen over etablerte psykoterapiformer nevnes en rekke former som ikke inngår i evidensgrunnlaget, som utelukkende omfatter terapiformer med eksponering, i hovedsak kognitiv atferdsterapi / atferdsterapi. På denne bakgrunn kan man spørre om det er grunnlag for den brede anbefaling som

her gis, og om den ikke burde snevres inn til de former som er inkludert i evidensgrunnlaget.

- Kapittel 4: Kognitiv atferdsterapi eller andre former for psykoterapeutisk behandling
 - Her sies det korrekt at det ikke er evidens for at kognitiv atferdsterapi er mer effektiv enn andre etablerte psykoterapiformer. Frem til det foreligger studier som viser andre psykoterapiformers effekt ved angstlidelser hos barn, bør anbefalingen likevel være at kognitiv atferdsterapi / atferdsterapi, som de eneste dokumenterte terapiformer, klart må være de som anbefales, og ikke at andre terapiformer sidestilles med disse, selv som disse anses som etablerte psykoterapiformer.
- Kapittel 5: Psykoterapi eller antidepressiva (SSRI/SNRI)
 - Her anbefales etablerte psykoterapiformer fremfor medikamentell behandling med SSRI/SNRI preparater. Også her er det kognitiv atferdsterapi som inngår i sammenligningsgrunnlaget mellom psykoterapi og medikament, og jeg stiller igjen spørsmål ved grunnlaget for den brede anbefalingen av ”etablerte psykoterapiformer”.
 - Et annet moment som ikke er drøftet i retningslinjen er differensiering i forhold til alvorligheten av angstlidelsen. Dette skiller man på i andre retningslinjer, som for eksempel behandling av depresjon, hvor psykoterapi anbefales ved mild til moderat depresjon, og medikamenter ved mer alvorlige former. Det er mulig det ut fra studiene ikke foreligger evidens for et slikt skille, men det kunne vært drøftet om medikamenter ut fra praksis kan være aktuelt som førstevalg ved alvorlige og invalidiserende angsttilstander.
- Kapittel 6: Kombinasjon av psykoterapi og antidepressiva eller psykoterapi alene
 - Her gis ”Svag Anbefaling” om å tilby psykoterapi alene fremfor kombinasjon. Umiddelbart synes denne anbefaling for svak, da det jo sies å være meget usikkert om tillegg av medikamenter gir ytterligere effekt, og risikoen for alvorlige bivirkninger det vises til.
- Kapittel 7: Psykoterapeutiske behandlingsprogrammer spesifikt rettet mot sosial fobi
 - Her gis ”Svag Anbefaling” om å tilby diagnosespesifikke behandlingsprogrammer for denne tilstand, noe som synes rimelig basert på de indikasjoner i litteraturen om svakere effekt av generiske programmer.
- Kapittel 8: Individuell terapi eller gruppeterapi
 - Her gis ”Svag Anbefaling” om at begge kan anvendes, da det ikke er funnet forskjeller i effekt mellom disse formater. Også dette er en rimelig konklusjon. Det nevnes her (og senere) at 4-6 familier inngår i gruppene, men det vanlige er vel at gruppene defineres ut fra antallet barn, hvor foreldre involveres i noe ulik grad i studiene.
- Kapittel 9: Omfang av betydelig deltakelse fra foreldre
 - Her gis en ”Svag Anbefaling” for å involvere foreldre betydelig i behandlingen. Her redegjøres ikke for evidensgrunnlagets styrke, slik det gjøres ovenfor, men drøftes i stedet hva foreldre kan bidra med i barnets terapi og faktorer som taler for å trekke foreldre betydelig inn. Det er derfor vanskelig å vurdere her hvor godt grunnlag det er for denne anbefalingen.
- Kapittel 10: Kroppsøvelser

- Her sies det å være god praksis å inkludere slike øvelser i terapiene. Hvor stor betydning det dog har drøftes ikke. Det er det vel også få studier som har undersøkt spesifikt hos denne gruppen barn og unge.
- Bilag 20; jeg foreslår at det vurderes å beskrive forkortelser og begreper her, i tillegg til en eventuell henvisning til Sundhedsstyrelsens hjemmeside; dette vil gjøre bruk enklere.

DETALJERTE KOMMENTARER / ENDRINGSFORSLAG

- Ref 94 skal være 95
- På side 12 nevnes at 23 av de 25 inkluderte studiene undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi. Det hadde her vært fint med en liste over de inkluderte studiene, eller markering av disse i referanselisten, samt en kort beskrivelse av hvilke terapier som ble undersøkt i de to siste studiene (selv om dette er nevnt senere på side 21).
- Side 13; Hva sikter angivelsene i første kolonne til, med for eksempel "9 kritisk"? Kan ikke finne beskrivelse av dette i "Læsevejledning" side 8/9.
- Side 14, kolonne 3; Kunne forkortelsene SMD og MD vært beskrevet i en fotnote, så leserne slipper søke disse mindre vanlige betegnelsene opp? Også hvordan verdiene for disse vurderes kunne vært beskrevet.
- Side 15; referanse 2 er lik 1 i referanselisten sist i dokumentet; er dette korrekt?
- Side 16
 - Det er feil i trykk av første bokstav i Øst sitt navn (går igjen også senere, og også ved Sanchez Garcia sitt navn i andre kolonne på side 17).
 - Andre rad i første kolonne har samme ordlyd som første rad på siden foran, men her dreier det seg vel om "End of treatment" versus "Follow-up"?
 - I siste linje står det i kolonne 3; "Inkonsistente resultater: Ingen betydelig Høj 1Λ2..." – hvordan skal dette forstås? Dette går også igjen senere i dokumentet.
- Side 17; Kolonne 1, nederste rad; her bør det også presiseres at de "Patientrapporterede angstsymptomer" sikter til ved "Follow-up". Det samme gjelder for "Forælderapporterede" på side 18.
- Side 20; I referansene til dette kapittelet er det etter mange artikler bemerket "Journal", mens dette mangler for andre referanser som åpenbart også er fra "Journal".
- Side 21;
 - Populasjonen var fra 7-17 år, mens retningslinjene er for alderen 6-17 år; mangler ikke her evidens for 6-åringer?
 - I nest siste avsnitt står det at "Interventionerne varierede mellom gruppe eller intervention..." – skal det her står "...mellom gruppe og individuelt...)?
- Side 22;
 - I nest siste avsnitt er ordene "da der var alvorlig risiko for bias" gjentatt to ganger etter hverandre.
 - Når det vises til manglende blinding av patienterne; gjelder det vel i like stor grad bedømmere (raters?)
- Side 27; det mangler en "e" til slutt i "primære" angstdiagnose i tabellens første rad.
- Side 26/27; det er noe forvirrende at de to studiene som beskriver respons ved follow-up presenteres på hver sin rad, med den lengste follow-up først.

- Siden 29/30; her står kun "CI 95%" uten noen angivelser i tredje kolonne, siste rad side 29, og første rad side 30.
- Side 30
 - I tredje kolonne, tredje rad, er det kun oppgitt verdi for forskjellen, ikke verdiene dette er beregnet ut i fra.
 - De to nederste radene på siden, første kolonne, har samme betegnelse; her må angivelse av follow-up periode evt settes inn for å skille de.
- Side 31; for de tre nederste radene er det i andre kolonne ikke angitt noen referanse til den aktuelle systematiske oversiktsartikkel.
- Side 32; også her er det i papirutskrift av retningslinjen ikke mulig å se hvilken tidsramme de ulike pasient- og foreldrerapportene tilhører (kolonne 1).
- Side 34; også her er aldersgruppen for studiene 7-17 år, mens retningslinjene angir å skulle gjelde for 6-17 år.
- Side 35; forklaringen på de studier som her nevnes i andre kolonne (FLX-HCJW etc), gjenfinnes først på neste side. Her oppgis det dessuten at tre av de fire studiene omfatter en annen pasientgruppe (OCD) enn de retningslinjene retter seg mot.
- Side 43; også her mangler tidsangivelse for de første tre radene i kolonne 1 (remission), og for pasient- og foreldrerapporterte symptomer.
- Side 46; i nest siste avsnitt nevnes preparatet "Zolof" – ville det være bedre å bruke det generiske navnet sertralin her?
- Side 47; her refereres det til Hudsons artikkel (47). Den finnes i referanselisten til slutt, men ikke under noen av enkeltkapitlene i dokumentet. Er dette korrekt?
- Side 61; også her er populasjonen i studiene angitt til 7-17 år, mens retningslinjene skal dekke 6-17 år.
- Side 64; raden som angir frafall nevner i kolonne to ikke hvor mange studier eller pasienter dette bygger på.
- Side 68; kolonne 3 rad 2: Her er risk of bias listet to ganger, først på dansk (Manglende blinding), så engelsk (Inadequate/lack of blinding).

Peer-review Bente Storm Mowatt Haugland

NASJONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR BEHANDLING AV ANGST HOS BARN OG UNGE

Foreliggende notat besvarer oppdraget: *”Med utgangspunkt i den konkrete NKRs problemstilling og de formulerte fokuserede spørsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes av evidens».*

1. Manuskriptets styrker

Det er meget positivt og svært relevant at der utformes nasjonale retningslinjer for behandling av barn og unge med angstlidelser i Danmark. Retningslinjene gir en god og konsis bakgrunnsbeskrivelse - hvor det argumenteres for behov for behandling for barn og unge med angstlidelser – samtidig som en fastslår at det er meget få behandlingsmuligheter i offentlig regi for barn og unge med angstlidelser i Danmark. Manuskriptet er klart og tydelig formulert. Det er gjort et omfattende arbeid i å identifisere forskningsstudier og oversiktsartikler/meta-studier (det ser likevel ut som om noen meta-studier kan mangle, som for eksempel: (Davis, Anna May, & Whiting, 2011; Ewing, Monsen, Ellen J. Thompson, Cartwright-Hatton, & Field, 2015; Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016). Dette er imidlertid ikke avgjørende for det arbeid som er gjort. Det ser også ut til å ha vært gjort et grundig arbeid i gjennomgang og skåring av de mange identifiserte forskningsstudiene. Spørsmålene som er besvart i retningslinjene er viktige og interessante – kanskje med unntak av punkt 10 som synes noe mindre relevant enn de øvrige spørsmålene.

Bilag 4 side 78 angir svært viktige områder hvor en har behov for ytterligere forskning.

2. Manuskriptets vesentlige svakheter og mangler

Den største og meget alvorlige svakhet i manuskriptet er at mange av anbefalingene ikke understøttes av forskningsevidensen. Det virker som om arbeidsgruppen ikke har villet ta på alvor den forskningsevidensen som foreligger. Dette er såpass alvorlig at det overskygger mange av de positive sidene ved det arbeidet som er gjort og som beskrives over. Jeg vil i det gi eksempler på hvilke mangler dette medfører og begrunne disse.

Punkt 3 anbefaler at en skal tilby etablerte psykoterapeutiske behandlingsprogram og gir lenger nede eksempler på dette som kognitiv atferdsterapi (KAT), psykodynamisk terapi, interpersonlig terapi, narrativ terapi, opplevelsesorientert terapi og systemisk terapi. Foruten kognitiv atferdsterapi er det per i dag lite eller ingen forskningsevidens for de andre terapiformene som her nevnes (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). Det betyr ikke at disse behandlingsmetodene ikke har effekt, men eventuell effekt er per i dag ikke dokumentert. Disse behandlingsmetodene bør derfor ikke på dette tidspunktet anbefales i nasjonale retningslinjer - før forskningsevidens for dem foreligger.

Også under punkt 4 gis det anbefaling som ikke er i tråd med forskningsevidensen. I argumentasjonen under punkt 4 viser en til følgende: «...der foreligger derfor ikke evidens for at KAT

er mere effektiv end andre etablerte psykoterapiformer». En bygger konklusjonen på at det ikke er gjort forskningsstudier som har sammenlignet de ulike psykoterapiretningene. Jeg forstår det slik at arbeidsgruppen derfor ikke vil anbefale KAT fremfor andre psykoterapiretninger. Dette blir en logisk kortslutning. Vi vet at medisin 1 (KAT) gir bedring, men har ikke undersøkt medisin 2 eller 3 (andre psykoterapimetoder) – og heller ikke sammenlignet effekten av medisin 1 med medisin 2 eller 3. En naturlig konklusjon vil være at en anbefaler medisin 1 – til effekten av de andre medisinene er dokumentert. Det er god praksis å tilby pasienter den behandling som har vist seg å ha effekt – fremfor behandling hvor effekt ikke er undersøkt. Som i all annen helsehjelp bør en, i påvente av at andre terapiretninger er effekt-evaluert, gi barn og unge med angstlidelser tilbud om den behandling som har vist seg å virke. Anbefalingen kan dernest revideres når nye forskningsstudier viser at andre psykoterapimetoder har effekt eller sågar har bedre effekt enn KAT. **Ut fra forskningsevidensen bør danske barn med angstlidelser få behandling som har vist å ha dokumentert effekt, hvilket per i dag er KAT.**

Det følger av argumentasjonen over at heller ikke anbefalingen i punkt 5 understøttes av forskningsevidens. SSRI har vist seg å ha effekt i forhold til barn og ungdom med angstlidelser. Dersom psykoterapi skal anbefales fremfor SSRI, må dette kun gjelde de psykoterapiformer som per i dag har vist seg å ha effekt dvs. kognitiv atferdsterapi (KAT). Hvis ikke dette presiseres vil de nasjonale retningslinjene anbefale en behandling som vi ikke vet om virker (for eksempel psykodynamisk terapi) fremfor en som har vist seg å virke dvs SSRI.

Samme problem med forskningsevidens gjør seg gjeldene i punkt 6. KAT bør være første valg i behandling (på grunn av fare for bivirkninger av medikamenter). Kombinasjonsbehandling med KAT og SSRI har imidlertid vist seg å ha effekt (bedre enn KAT alene og SSRI i en studie) (Walkup et al., 2008). Det er gjort få studier på dette og anbefalingen her vil derfor være svak – slik det også fremgår av retningslinjen. Men anbefalingen slik den nå er formulert er i strid med forskningsgrunnlaget ved at annen type psykoterapeutisk behandling (for eksempel opplevelsesorientert terapi eller systemisk terapi) - som vi ikke kjenner effekten av - anbefales *før* kombinasjonsbehandling av KAT og SSRI som har vist seg å ha effekt.

Under Punkt 7 gjelder som for de øvrige punktene – at forskningsevidensen per i dag understøtter bruk av kognitiv atferdsterapi, enten dette gjelder generiske behandlingsprogram eller diagnosespesifikke program rettet mot sosialfobi (Ewing et al., 2015). Dette bør presiseres i anbefalingen. Vi har for lite forskningsevidens til å konkludere klart med at diagnosespesifikke program er bedre for unge med sosialfobi (Hudson et al., 2015) og vet heller ikke hvilke elementer et eventuelt diagnosespesifikt program må inneholde.

Under punkt 8 er formuleringen (som i øvrige punkter over) upresis. Det er kognitiv atferdsterapi i gruppe (GCBT) eller individuelt (ICBT) som er undersøkt – vi vet ikke om effekten for eksempel av psykodynamisk eller systemisk behandling er den samme for gruppe som individuell behandling.

Under punkt 9 er anbefalingen noe uklar – arbeidsgruppen skriver at foreldre bør inndras i behandlingen i betydelig omfang. Det mangler i anbefalingen en presisering av hva som menes med «betydelig omfang».

3. Forslag til endringer i retningslinjene

Punkt 4

Anbefalingen bør endres til følgende: *«Ut fra forskningsevidensen bør danske barn med angstlidelser få behandling som har vist å ha dokumenter effekt, hvilket per i dag vil si kognitiv atferdsterapi».*

Punkt 5

Anbefalingen bør endres til følgende: *«Anvend dokumentert virksomme psykoterapiformer (som per i dag er kognitiv atferdsterapi) fremfor antidepressiva som førstevalg i behandling av barn og unge med angst»*

Punkt 6

Anbefalingen bør endres til følgende: *«Overvei å tilby KAT alene fremfor kombinasjon av KAT og SSRIs, da det per i dag kun er få studier som viser ytterligere effekt av kombinasjonsbehandling, og det er samtidig risiko for bivirkninger ved bruk av SSRIs. Hvis førstevalget ikke har den ønskede effekt, bør man overveie annen behandling. Eksempelvis ytterligere KAT (eventuelt i et annet format) eller kombinasjonsbehandling KAT og SSRI.»*

Punkt 7

Anbefalingen bør endres til: *«Overvei å tilby diagnosespesifikke kognitiv atferdsterapeutiske behandlingsprogram fremfor generiske KAT program til barn og unge med socialfobi, men vær oppmerksom på at evidensen for om diagnosespesifikke program gir bedre effekt er meget svak».*

Punkt 8

Anbefalingen må være mer presis (og i tråd med forskningsevidensen) og bør endres til: *«Både individuelle og gruppebaserte kognitiv atferdsterapeutiske behandlingsprogram kan anvendes for behandling av social fobi, separasjonsangst eller generalisert angst hos barn og unge, da det ikke er funnet forskjell i effekt»*

Punkt 9

Det bør presiseres kort hva som menes med «betydelig omfang» av foreldreinvolvering.

Punkt 10

I anbefalingen bør det tilføyes følgende: «Det er god praksis for at overveje at supplere vanlig behandling med motion.....men det er per i dag ikke funnet forskningsmessig evidens for å understøtte dette»

Referanser:

- Davis, T. E., Anna May, A., & Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clin Psychol Rev*, 31, 592–602. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.001
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Ellen J. Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. P. (2015). A Meta-Analysis of Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Child and Young Person Anxiety Disorders. *Behav Cogn Psychother*, 43, 562-577. doi: 10.1017/S1352465813001094
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. doi: 10.1080/15374416.2015.1046177
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther*, 72, 30-37. doi: 10.1016/j.brat.2015.06.007
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 251-262. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., . . . Kendall, P. C. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766. doi: doi:10.1056/NEJMoa0804633