

Sundhedsstyrelsen
NKR-Sekretariatet

6. november 2018

DSAM's høringsvar vedrørende National Klinisk Retningslinje om borderline personlighedsforstyrrelse – opdatering

DSAM takker for muligheden for at kommentere på ovenstående retningslinje.

Vi kan konstatere, at kun to anbefalinger er opdateret med ændringer, og yderligere to er opdateret uden ændringer.

De to ændrede anbefalinger er begge svage, dels vedrørende multimodal psykoterapi og dels anbefalingen mod monitorering af psykoterapi.

Generelt opfatter vi, at retningslinjerne er tiltænkt det psykiatriske speciale og ikke vedrører borderlinepatienter i almen praksis.

Vi har derfor ikke yderligere kommentarer.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, DSAM

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

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



Sundhedsstyrelsen

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +4588826270
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 12. november 2018
Ref.: MF

Høring udkast til den opdaterede nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Sundhedsstyrelsen har d. 24. oktober 2018 sendt den opdaterede nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type i høring. Ergoterapeutforeningen takker for muligheden for at kommentere på den opdaterede nationale kliniske retningslinje.

Ergoterapeutforeningen støtter overordnet set, at der udvikles nationale kliniske retningslinjer for at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet. Det er også vigtigt, at det løbende vurderes, om der er behov for at opdatere de udarbejdede nationale kliniske retningslinjer.

I forbindelse med opdateringen af NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, havde Ergoterapeutforeningen imidlertid gerne set, at man havde inddraget en mere systematisk undersøgelse af patienternes funktionsevne. Som foreningen har tilkendegivet i tidligere høringssvar, er der mange patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, som har en lav social funktionsevne. De behov de har, bliver ikke tilstrækkeligt afdækket i globale funktionsniveau (ofte målt ved Global Assessment of Functioning/GAF).

Ergoterapeutforeningen efterlyser en grundigere udredning i forhold til, hvordan patienten fungerer på væsentlige områder såsom uddannelse, arbejde, egenomsorg, økonomi, husarbejde og aktiviteter relateret til at bo selvstændigt. Ergoterapeutforeningen foreslår i forlængelse her af, at funktionsevne defineres på linje med aktivitets- og deltagelsesbegrebet i WHO's International Classification of Functioning (ICF).

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed med uddybning af dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
Formand for Ergoterapeutforeningen



Høringssvar vedr. opdateret national kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline

Sundhedsstyrelsen har den 24. oktober 2018 sendt en opdateret national klinisk retningslinje om behandling af borderline i høring. Danske Fysioterapeuter takker for høringmuligheden.

Foreningen vil vi gerne kvittere for et solidt metodisk arbejde.

Danske Fysioterapeuter ærgrer sig dog over, at den nationale kliniske retningslinje fortsat kun omhandler farmakologiske og psykologiske behandlingstiltag, mens fysioterapeutiske tiltag som superviseret fysisk aktivitet og kropsterapi blot nævnes i en bisætning under multimodal psykoterapi (på s. 23).

Den kropslige, fysioterapeutiske tilgang rummer nemlig et stort potentiale for at udfordre patienternes samværs mønstre i en ny relationel sammenhæng. Disse patienter har ofte manglende impuls kontrol, affektpræget adfærd og et forstyrret kropsbillede. Her kan de fysioterapeutiske interventioner helt konkret støtte patienterne i at lytte til og forstå deres kropslige oplevelser, sådan at der skabes mulighed for udvikling af nye handlingsrepertoarer¹.

Personer med diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har ofte også nedsat fysisk aktivitetsniveau samt en højere forekomst af livsstils sygdomme som forhøjet blodtryk, overvægt og diabetes type 2². Da fysisk aktivitet har en positiv effekt på disse sygdomme, må Danske Fysioterapeuter opfordre til, at superviseret træning nævnes som et non-farmakologisk bidrag i den samlede behandling i nærværende kliniske retningslinje.

Vi henviser i øvrig til det høringssvar, som Dansk Selskab for Fysioterapi afgav i forbindelse med den første udgave af retningslinjerne fra år 2015.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal
Faglig chef

¹ Se kapitel 21.2 i "Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter" fra 2012

² Se <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641871>

Dato:

14-11-2018

Email:

sf@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4659

Fra: Caspar Christensen [<mailto:caspar.christensen@regionh.dk>]

Sendt: 26. oktober 2018 09:32

Til: Maria Herlev Ahrenfeldt <MAHA@sst.dk>

Emne: Høring: National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Kære Maria Herlev Ahrenfeldt

Vedr. høring ”National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type”. Jeg vil jeg godt problematisere brugen af begrebet ”sygdom”, når der tales om netop psykiske lidelser. Gennemgående i retningslinjerne anvendes lejlighedsvist sygdomsbegrebet, se fx s.6 ”*Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær Personlighedsforstyrrelse*”, s.12 ”forebygge svær kronisk psykisk sygdom” eller s.61 ”Der vil blive lavet en subgruppe analyse i forhold til sværhedsgraden af sygdommen målt ved GAF.” WHO’s diangosemanual ICD10 stiller sig netop kritisk overfor brugen af begrebet psykisk sygdom jf: “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines”. Citat: “*Problems of terminology*” “*The term "disorder" is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as "disease" and "illness"*”. S.11. For at undgå begrebsforvirring håber jeg på, at I vil ændre begrebet sygdom til lidelse eller forstyrrelse.

Med venlig hilsen
Caspar Christensen

Sundhedsstyrelsen
NKR Sekretariatet

DANSKE
REGIONER



14-11-2018

EMN-2017-02007

Annamaria Marrero Zwinge

Høringsvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline.

Danske Regioner har den 26. oktober 2018 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Bemærkninger

Retningslinjen er klart forbedret, mere nuanceret og brugbar.

Generelt kunne man ønske at påvirkning og betydning for forældrefunktion var nævnt og at det indgik i outcome mål - hvordan går det børn af borderline patienter?

Unge med borderline kunne få mere plads, herunder særlige forhold for dem? Fordele ved tidlig intervention set i livstidsperspektiv. 15-25 år er vigtige år for personlighedsudvikling, uddannelse, erhverv, familiedannelse kunne nævnes.

Kønsperspektivet burde nævnes - da forekomst i befolkningen er tæt på 50/50 kønsratio. Der mangler forskning på behandling og forløb hos mænd og tanker om, hvordan mænd kan ligestilles ift. de behandlingstilbud, der findes.

Man bør tilstræbe en tværfaglig indsats ved de patienter hvor sværhedsgraden af forstyrrelsen er moderat til svær. Både de psykiske vanskeligheder og de somatiske følger bør adresseres. Mange borderline-patienter har PTSD og psykotiske symptomer som bør have behandlingsmæssig fokus. Da de sociale forhold tit er påvirket bør det fremhæves i retningslinjen, at en tværsektoriel indsats er vigtig.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Det er vigtigt at nævne, at god praksis ift. behandling af mennesker med personlighedsforstyrrelse indebærer jævnlig supervision af personale.

Det er vigtigt at præcisere, hvad multimodal behandling er. Det handler både om flere faglige kompetencer (læge, psykologer, plejepersonale, socialrådgiver) og om flere psykoterapeutiske modaliteter (f.eks. kombinationsbehandling med gruppeterapi og individuel terapi osv.).

Det er vigtigt, at det står klart beskrevet, at de patienter, der lider af svær personlighedsforstyrrelse og har komplekse problemstillinger, har brug for komplekse indsatser. I de tilfælde, hvor der mangler evidens, vurderer klinikerne patientens individuelle behov. (Multimodal eller unimodal behandling, terapilængden osv.).

Det er vigtigt at tage højde for, at patienter med svær personlighedsforstyrrelse tit bliver indlagt. Derfor vil den gode behandling altid indebære et tæt samarbejde mellem ambulatorier, hvor patienten får sin psykoterapi, og psykiatriske afdelinger, hvor patienterne er indlagt, når der findes indikation for det.

Kommentarer til formen

Der er i høringsversionen anvendt nogle farvekoder, som kan virke forvirrende, og de virker ikke intuitivt forståelige. Blandt andet anvendes der en kombination mellem henholdsvis gul og grøn, hvor anbefalingen, når den kombineres med rød, får en modsat betydning. Dette er meget uheldigt, og samtidig skal man lede efter tolkningen af farvekoderne, der først forefindes på side 9.

Længere henne i teksten angives der i højre side under "Nøgleinformationer" nogle små farvede tekster. De er formentlig tænkt som en hjælp, men kan virke forvirrende, og det er lidt svært at gennemskue, om disse anbefalinger skal anses som positive eller negative.

Specifikke kommentarer

Side 12, pkt. 3

Måske nævne at underdiagnostik kan være dyrt ift lav tilknytning til arbejds markedet - forstyrrede børn - selvmord / vold mv. Måske ingen evidens?

Side 14-15

Her står at 1,6 % af befolkningen har BPD. Vel samme som skizofreni og en sygelighed og dødelighed der nærmer sig. Er der ikke data siden 2012? 915 i behandlingssystemet (inkluderer dette privat praktiserende psykiater? - indberetter de til det psykiatriske central register?) Heraf 17 unge under 18. Tyder jo på massiv underbehandling. Hvis man laver et overslag.

1 % af 5 mill. giver 50.000 personer. Skulle bare en femtedel behandles dvs. 10.000 skulle vi 5 doble kapaciteten.

Formål med psykoterapi - her nævnes færdigheder, indsigt mv men ikke mere robust mentaliseringssevne? Vel noget lidt andet end det der remses op? Skal det ikke med?

Behov for rehabilitering burde nævnes?

Synes ADHD, PTSD, somatisering skulle nævnes som væsentlig co-morbiditet sammen med det der allerede er nævnt.

Er det nævnt at mennesker med BPD mister ca. 20 leveår på linje med andre alvorlige psykiske lidelser?

Man kunne ønske data der kunne fortælle sandsynligheden for at patienter vil profitere af behandling og måske hvilken. JvNF Barkham - "lavine modellen" Laviner kan forudses med en vis sandsynlighed ud fra data om tidligere laviner - meteorologiske forhold mv.

Kunne vi ud fra patientdata vide, hvem der skal have lang/kort, DBT\MBT og hvem der ikke vil kunne profitere af psykoterapi, men har behov for social støtte/afklaret forsørgelsesgrundlag kan der spares ressourcer i sundhedsvæsenet og patienten vil undgå unødige behandling/nederlag og bristede håb. Der er en tendens til at poste mere og mere behandling på - jo dårlige patienten er - hvor patienten måske har brug for afklaring/fred.

Når behandlingspakker revideres kunne man ønske sig de var evalueret systematisk og at revidering tog udgangspunkt i denne evaluering.

Egen læge kan have en rigtig vigtig funktion som tryk base for patienten - el kan i modsætning til sygehusvæsenet være en næsten livslang gennemgående støttende og hjælpende figur.

De patienter der ikke kan møde op ambulant er oftest de dårligste og savner tilbud - fx opsøgende teams.

Side 15, pkt. 4

LEAD (longitudinal expert all data) princippet kunne nævnes. Man skal ikke blot være trænet i instrumentet, men være ekspert i forstyrrelse el teamet skal være ekspert - man må bruge alle informationer inkl. pårørende information og ved kendskab til pt over tid øges validiteten af diagnosen. Livshistorie og udvikling vigtig.

Supervision nævnes - hvad med kalibrering? Strengt taget bør man løbende samrate fx SCID for ikke at "skride".

Måske understrege, at semistruktureret interview giver en personligheds profil - altså anden PF Comorbiditet - jvnf Batemans artikel der peger på dette som mest sigende for sværhedsgrad.

Det bør nævnes at visse tilstande - MR - ASD - psykose bør udelukke PF som hoveddiagnose. Det diagnostiske hierarki?

Side 23, pkt. 6

Multimodal synes at sigte mod flere behandlingselementer rettet mod BPD?

Da det er mere reglen end undtagelsen at patienter har flere PF og symptomidelser samt alvorlige sociale belastninger - kunne man pege på, at pakkerne med fordel

kunne indeholde elementer rettet mod flere samtidige problematikker - fx PTSD, spiseforstyrrelse, misbrug, rehabilitering, støtte til at navigere i de sociale systemer, sygehusvæsenet, livsstil, egenomsorg.

Kropsterapi er nævnt som en mulig intervention, når man tænker multimodal behandling, hvilket er et godt og relevant signal/input. I intensivt ambulatorium på Psykiatrisk Afdeling Middelfart, behandles personlighedsforstyrrelser og herunder borderline, hvor der er gode erfaringer med at kombinere Kropsterapi og Mentaliseringsbaseret terapi (samtaler).

Side 30, pkt. 7

Klart forbedret afsnit dog kan 12 mdr. næppe kaldes langvarig behandling. Dem der kan klare sig med mindre end 12 mdr. kunne måske høre til i primærsektor?

Halliwick har low maintenance ambulant opfølgning men dette kunne vel være en del af stepped-care. Se patienten en gang hver 3. mdr. i 2 år efter intensiv behandling. Mange kunne have glæde af det. Sektorovergange er svære og der er så mange aktører.

Side 32, pkt. 8

Kunne man have "hard core" outcome mål? Selvskade / suicidalforsøg / død - Beskæftigelse - stabilt parforhold - forbrug af sundhedsydelser / kontakter i sygehusvæsenet - indhentning af tabte leveår - (forbedret livsstil) - hvordan klarer deres børn sig. Kriminalitet - trafikuheld / ulykker. Men det kræver jo lang tids opfølgning.

Michael Barkham omtalte outcome mål med 5/10 items der kunne implementeres over en kam til alle diagnoser og behandlinger i psykiatrien. Og integreres i SP.

Side 34, pkt. 9

Bør ledsages af mulighed for at yde subakut kriseintervention fra det team der behandler patienten - således at kortvarig ad hoc intensivering af støtten / inddragelse af pårørende / kortvarig pn medicin - kan ydes. Således vil belastning af PAM / sengeafsnit og uhensigtsmæssige indlæggelser / akutte kontakter undgås. Forskellige modeller kunne tænkes her. Sparer både systemet og pt.

Side 37, pkt. 10, Side 41, pkt. 11, side 46, pkt. 12

Generelt kunne ønskes nævnt at de fleste patienter er yngre kvinder i fertil alder - mange med usikker brug af prævention. Herved risiko for fosterskade/ provokeret abort. Derfor særlig opmærksomhed på dette og på at råde til mere sikre præventions metoder (mere sikker end P- piller) P stav, spiral mv. Gerne grav test før start på behandling.

Alberdi pegede på, at man må regne med dårlig compliance i de undersøgelser der er lavet.

Klinisk oplever mange, at SSRI dæmper humørsvingninger i frekvens og amplitude. Man skal selvfølgelig huske at seponere efter noget tid, fx når terapi begynder at virke.

Undrer at EPS og QT forlængelse ikke er nævnt som bivirkninger ved antipsykotisk medicin? De forekommer jo og er alvorlige.

Medicin pn ved kriser er ikke nævnt.

Er der medicin - fx benzodiazepiner eller morfica, der medfører, at man ikke kan få udbytte af terapi?

Medicinsk behandling relevant ved Comorbiditet De op til 75 % der får psykofarmaka afspejler vel til dels den høje forekomst af Comorbiditet.

ADHD folk mener jo ofte at vrede og humørsvingninger er en del af ADHD-billedet (selvom det ikke er diagnostiske kriterier) og afhjælpes af ADHD medicin. Mange med BPD har co-morbid ADHD og er i medicinsk behandling.

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Understøttelse af tværsektorielt samarbejde eks flere socialrådgivere i psykiatrien, eller udvikling af samarbejdet med kommunen.

Forslag til supplerende litteratur

Zanarini. M, har lavet en del omkring fysisk helbred ved borderline.

Med venlig hilsen

Jakob Schelde Holde

Seniorkonsulent

Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)



NOTAT

Skabelon til høringsvar for nationale kliniske retningslinjer

I forbindelse med høringsvar på nationale kliniske retningslinjer bedes nedenstående skema anvendt til de regionale høringsvar:

Oktober 2018

EMN-2017-02007

Annamaria Zwinge

Navn på national klinisk retningslinje

National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Frist for høringsvar til Danske Regioner

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

Generelle faglige kommentarer

Da sociale forhold tit er påvirket må det fremhæves at en tværsektoriel indsats er vigtig. Derfor bør tilstræbes en tværfaglig indsats ved de patienter hvor sværhedsgraden af forstyrrelsen er moderat til svær. Både de psykiske vanskeligheder og de somatiske følger bør adresseres. Mange borderline-patienter har PTSD og psykotiske symptomer som bør have behandlingsmæssig fokus.

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
			Stå her og tryk på Shift for flere linjer

Kommentarer til organisatoriske forhold

Kommentarer til økonomiske konsekvenser
Understøttelse af tværsektorielt samarbejde eks flere socialrådgivere i psykiatrien, eller udvikling af samarbejdet med kommunen.

Forslag til supplerende litteratur

Regionale kontaktpersoner
DASYS - Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker Input/bemærkninger hentet fra bagland.

Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger inden for 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).

Kære Tina/KL

Tak for høringsvaret, som Sundhedsstyrelsen hermed kvitterer for modtagelsen af.

Alle indkomne høringsvar offentliggøres på Høringsportalen efter høringsfristen.

Med venlig hilsen
Elisabeth Funch

Elisabeth Funch

Sekretær
Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
T (dir.) +45
elfu@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab
Islands brygge 67
2300 København S
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Fra: Tina Levysohn <TLE@kl.dk>

Sendt: 14. november 2018 09:02

Til: SST NKR Sekretariat <NKR Sekretariat@SST.DK>

Emne: SV: National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 14. november 2018

Til Sundhedsstyrelsen, Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer

KL har ingen bemærkninger til det fremsendte forslag til reviderede retningslinjer for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type .

Med venlig hilsen

Tina Levysohn

Chefkonsulent
Social og Sundhed



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

D +45 3370 3562
E TLE@kl.dk

T +45 3370 3370
W kl.dk

Fra: Anne Marie Råberg Christensen <Anne.Marie.Raaberg.Christensen@regionh.dk>

Sendt: 14. november 2018 15:13

Til: SST NKR Sekretariat <NKR Sekretariat@SST.DK>; Elisabeth Funch <ELFU@SST.DK>

Emne: VS: National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 14. november 2018

På børne- og ungdomspsykiatrisk selskabs vegne skal gøres opmærksom på at personlighedsforstyrrelser er en voksen diagnose, som dog godt kan gives til unge under 18 år, såfremt de diagnostiske kriterier er opfyldte.

De diagnostiske interviews er udviklede til unge over 16 år og voksne, og der savnes validerede diagnostiske interviews til unge.

Det anbefales at nævne dette i indledningen og tilføje at for børn og unge under 18 år anbefales børne- og ungdomspsykiatrisk udredning af tre årsager:

For at bruge alderssvarende diagnostiske interviews;

For at have opmærksomhed på evt udviklingsforstyrrelser (opmærksomhedsforstyrrelser, gennemgribende udviklingsforstyrrelser o.a.)

Og endelig for at få indhentet observationer fra andre – forældre, skole o.a fagprofessionelle før en diagnose stilles.

Venlig Hilsen anne marie råberg christensen

Bedømmelse, opdateret National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (PICO 3, 4, 5 og 6)

v/ Stig Poulsen, cand. psych., ph.d.

Undertegnede blev d. 12. juli 2018 af specialkonsulent Maria Herlev Ahrenfeldt, Sundhedsstyrelsen anmodet om at foretage en vurdering af de opdaterede anbefalinger bag PICO 3, 4, 5 og 6 i den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Den specifikke formulering af opgaven var som følger:

”Med udgangspunkt i den konkrete NKR’s problemstilling og de formulerede fokuserede spørgsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens”.

Bedømmelsen, som normalt omfatter op til 2 - 3 A4-ark, bør omfatte:

1. Manuskriptets styrker
2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler
3. Eventuelle forslag til ændringer”

På baggrund af opgaveformuleringen er der udelukkende foretaget en bedømmelse af de fire opdaterede anbefalinger (PICO 3, 4, 5 og 6 – s. 17-33), mens resten af den nationale kliniske retningslinje ikke er blevet bedømt. Der tages i bedømmelsen forbehold for, at det på grund af den tid, der har været sat af til opgaven, har været nødvendigt at gennemgå de artikler, der ligger til grund for anbefalingerne, relativt hurtigt. Det kan derfor ikke helt udelukkes, at nogle af kommentarerne kan afspejle fejlbehæftede læsninger af de bagvedliggende studier.

PICO 3 – Psykoedukation (s. 17-22)

Anbefalingerne er baseret på, hvad der fremstår som en udtømmende søgning efter relevante videnskabelige undersøgelser. De udvalgte fund er relevante og overvejende systematisk beskrevne. Der ses dog en række uklarheder i grundlaget for anbefalingerne, som bør adresseres inden den endelige publikation.

Det er således vurderingen, at den overordnede konklusion, at: ”Der er en mulig effekt af psykoedukation på effektmålene borderline sværhedsgrad, interpersonelle problemer og social funktionsniveau” (s. 17) af en række årsager er noget diskutabel. Dette gælder først og fremmest konklusionen, hvad angår borderline sværhedsgrad. Konklusionen er baseret på opsummeringen s. 20, hvoraf det fremgår, at borderline sværhedsgrad ved afslutning af behandlingen (vigtigt outcome) er lavere. Imidlertid fremgår det også af s. 20, at ved længste follow up (som er defineret som et kritisk outcome) er sværhedsgraden højere.

Det er ikke klart, hvorfor et outcome, der er defineret som vigtigt, tillægges vægt, mens et modstridende outcome, der er defineret som kritisk, forstås som et nulfund. Man kunne derfor mene, at en mere nøjagtig konklusion ville være, at der ikke findes data, der indikerer, at psykoedukation har en effekt på borderline sværhedsgrad.

En nøjere gennemgang af de bagvedliggende studier kan dog tyde på, at der rent faktisk er grundlag for at konkludere, at psykoedukation har en positiv effekt på borderline sværhedsgrad ved follow up. I hvert fald rapporterer Zanarini et al. (2017), at der 12 måneder efter behandlingsstart (ni måneder efter afslutning) er en signifikant bedre effekt på ZAN-BPD i

gruppen, der modtog psykoedukation, sammenlignet med kontrolgruppen. Det er muligt, at der er en god grund til, at dette fund tilsyneladende ikke er blevet rapporteret i retningslinjen (studiet indgår i End-of-treatment analysen), men jeg har ikke været i stand til at finde denne.

En yderligere komplicerende faktor er, at kontrolgrupperne i de to studier, som konklusionerne om effekt ved behandlingsafslutning er baseret på, er meget forskellige. Således får kontrolgruppen i Zanarini et al. (2017) (baseret på en relativt hurtig gennemlæsning af artiklen) ingen behandling, mens kontrolgruppen i Pascual et al.'s studie modtager cognitive rehabilitation (som rent faktisk synes at have haft status af eksperimentel behandling i forsøget). Det må i denne forbindelse endvidere bemærkes, at inddragelsen af et studie med en aktiv, eksperimentel behandling som kontrolgruppe står i modstrid til ordlyden af det fokuserede spørgsmål (s. 18) som specificerer, at psykoedukation sammenlignes med "vanlig behandling".

Det fremstår ligeledes som uklart hvilke kriterier, der ligger til grund for konklusionen om "mulig effekt" på effektmålet interpersonelle problemer. Umiddelbart ville man tolke et konfidensinterval, der indeholder 0 (som tilfældet er for interpersonelle problemer), som indikation på utilstrækkelig dokumentation for effekt. Det ville derfor være naturligt at præsentere yderligere argumenter for konklusionen om effekt, men sådanne findes ikke i teksten. Det er muligt, at sådanne argumenter fremgår af referencen, "NKR25 Borderline PICO 3 Psychoeducation". Imidlertid har det, selvom reference findes på referencelisten, ikke gennem en internetsøgning været muligt at finde den. Det har heller ikke været muligt at finde yderligere informationer om resultater og risk of bias vurderinger omfattende de nyinkluderede artikler på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Det kan ikke afvises, at jeg kan have overset såvel referencen som de ønskede oplysninger - og de vil formodentlig være tilgængelige i den færdige NKR. Umiddelbart ville det dog have været mere retvisende blot at henvise direkte til de tre anvendte studier, der ligger til grund for de enkelte opgørelser (både Pascual et al., 2015 og Zanarini et al., 2017 mangler på referencelisten, som i øvrigt er nummereret på trods af, at der i teksten er mange referencer til forfatternavne uden nummer).

PICO 4 – Multimodal psykoterapi (s. 23-29)

De udvalgte fund er relevante og overvejende systematisk beskrevne. Der ses dog en række substantielle uklarheder i grundlaget for anbefalingerne, som bør adresseres inden den endelige publikation af NKR'en.

En grundlæggende overvejelse i forbindelse med opdateringen af anbefalingen er, at det angives (s. 24), at "Ved søgningen i 2015 blev der ikke fundet nogen studier der direkte sammenlignede multimodal og unimodal psykoterapi. I forbindelse med opdateringen i 2018 blev der fundet tre forsøg i en supplerende søgning (Leppänen 2016; Antonsen 2017; Kramer 2016)". Spørgsmålet er imidlertid, om årsagen til, at der er fundet nye studier er, at den nye søgning har anvendt ændrede søgekriterier / en ændret klassifikation af studierne, således at der nu inkluderes studier, der ikke ville være blevet inkluderet i 2015. De tre nyinkluderede studier er alle sammenligninger af strukturerede kombinerede individuelle og gruppeterapeutiske interventioner med individuel TAU (som især i Leppänen- og Kramer-studierne er af diskutabel kvalitet). Hvis denne type design kvalificerer som grundlag for en sammenligning af multimodal og unimodal terapi, burde den opdaterede søgning også have inkluderet en række ældre studier, som har helt tilsvarende design – fx klassiske studier som Linehan et al. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 63:757-766 og McMMain et al. (2009). A Randomized Trial of Dialectical

Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*; 166:1365–1374.

For en umiddelbar vurdering vil det altså være naturligt enten at gentage søgningen efter studier med de samme kriterier, som er anvendt i 2018, men uden begrænsning i udgivelsesår – eller at benytte de samme kriterier, som synes at have været anvendt i 2015, men som i givet fald formodentlig ville betyde, at de tre nyinkluderede artikler ikke ville være blevet inkluderet. Det er ikke umiddelbart klart, hvilke helt præcise søgekriterier, der har været anvendt i 2015-versionen, men der kunne være gode grunde til ikke at inkludere Leppänen-, Kramer- og Antonsen-studierne, da ingen af disse har foretaget en reel sammenligning af multimodel med bona fide unimodal terapi, men er sammenligninger mellem strukturerede multimodale behandlinger og inferiøre tilbud. Fsv. angår såvel Leppänen- som Kramer-studiet ser det ud til, at en del af patienterne i TAU slet ikke har fået psykoterapi på trods af, at dette er den sammenligningsgruppe, der er specificeret i det fokuserede spørgsmål (s. 61). Rent faktisk er kvaliteten af den unimodale behandling væsentligt højere i de to nævnte ældre (og ikke inkluderede) studier, hvor den unimodale behandling er gennemført af behandlere med særlig ekspertise.

Endvidere må det nævnes, at ligesom ved præsentationen af psykoedukation er referencen til samtlige opgørelser en ”systematisk oversigtsartikel”, ”NKR25 Borderline_PICO4_multimodel behandling” (reference # 4 & 5), som ikke synes at være tilgængelig. Ligeledes kan ingen af de tre referencer, der indgår i det opdaterede litteraturgrundlag, findes på referencelisten bagest i dokumentet. Jeg mener at have lokaliseret de korrekte artikler, men de bør i sagens natur indsættes i referencelisten inden offentliggørelsen af NKR’en.

Endelig er der i to tilfælde (socialt funktionsniveau målt med WSAS og Livskvalitet målt med 15D – s. 26) fundet forskelle i effekt, hvor konfidensintervallet ikke indeholder 0. Dette kunne tolkes som indikation på (en vis) effekt, og det ville derfor være naturligt at præsentere grundlaget for at konkludere, at der ”muligvis ikke er forskel ... imellem de to behandlings-tilgange”.

PICO 5 – Langvarig vs. kortvarig psykoterapi (s. 30-31)

Beslutningen om at gennemføre en subgruppeanalyse med sammenligning af eksisterende undersøgelser må hilses velkommen, selvom der i sagens natur er tale om indirekte evidens. Subgruppeanalysen fremstår umiddelbart som velgennemført, og konklusionerne baseret på denne vurderes i overvejende grad at være nøgterne og velbegrundede. Man kan dog sætte spørgsmålstejn ved formuleringen af afsnittet, ”Gavnlig og skadelige virkninger”. Her konkluderes, at ”Behandling over 12 måneder vil for nogle patienter være nødvendigt for at kunne ændre dybereliggende indre personlighedsstrukturer og automatisere nye funktionsmåder. For andre patienter vil denne behandling være unødigt lang”. Begge formuleringer fremstår som noget kategoriske i betragtning af, at der ikke foreligger evidens for disse vurderinger, og bør – selvom de afspejler fornuftige kliniske vurderinger - nok modificeres en smule. Sætningen: ”Nogle patienter med BPF kan ved langvarig terapi udvikle afhængighed af terapien og pseudohelbredelse med tillært terapiprogram” fremstår ubegrundet, og bør modificeres markant, hvis indholdet skal bibeholdes.

En mindre væsentlig anke er, at flere forfatternavne s. 31 er stavet forkert, at de ikke er opstillet alfabetisk, og at ikke alle optræder i referencelisten.

PICO 6 – Monitorering af psykoterapi (s. 32-33)

Beslutningen om at opdatere retningslinjen fremstår som velbegrundet, idet der er blevet publiceret et studie, der direkte belyser det fokuserede spørgsmål. Overordnet set fremstår behandlingen af problemstillingen sober og velinformeret. Det bør dog i visse tilfælde overvejes at justere formuleringerne.

For det første er gennemgangen af grundlaget for det fokuserede spørgsmål (s. 32) visse steder lidt uklart formuleret. Det nævnes således i fjerde afsnit, at ”Monitorering kan også bestå i en evaluering af psykopatologien efter en vis behandlingsperiode”. Det bør nok gøres klarere, hvori forskellen til den feedback, der omtales i det foregående afsnit, består, og sætningen bør nok flyttes op i slutningen af det foregående afsnit, da det fremstår forvirrende, at den nu indleder redegørelsen for feedback-studier. I det hele taget vil det nok styrke introduktionen, hvis det meget kort klargøres, at feedback enten kan gives alene til terapeuterne eller til både patienter og terapeuter, da dette formodentlig er af en vis klinisk betydning for borderline patienter.

For det andet kan det overvejes, om det bør fremgå, hvilke typer af monitorering anbefalingen mod monitorering (s. 32) retter sig mod. De Jongs studie viste kun, at feedback til terapeuter og patienter syntes kontraindiceret, mens feedback til terapeuter alene ikke viste forskel i effekt (men dog heller ikke havde en positiv effekt). Den samme distinktion kan med fordel indsættes i afsnittet ”Gavnige og skadelige virkninger” (s. 32) og i afsnittet ”Gennemgang af evidensen” (s. 33).

Endelig savnes der i afsnit 4, s. 32 en reference til (Østergaards?) meta-analyse af effekten af outcome monitorering og ordet ”viser” mangler i sætningen ”En ny meta-analyse at effekten ...”.

Stig Poulsen, cand. psych., ph.d.

København, d. 14. november 2018