

**Høringssvar – national klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type**

1. Erhvervsstyrelsen
2. Region Sjælland
3. Ergoterapeutforeningen
4. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
5. DSAM
6. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
7. DASYS
8. Dansk Selskab for Distriktpsychiatri
9. Socialstyrelsen
10. Dansk Psykolog Forening
11. Danske Regioner
12. Danske psykiatere og børne-Ungdomspsykiateres Organisation
13. Dansk Selskab for Fysioterapi
14. Bedre Psykiatri
15. KL

**Peer Review**

- Sigmund Karterud, professor, Oslo Universitet og Medicinsk direktør, Institut for Personligheds Psykiatri, Oslo Universitetshospital
- Stig Bernt Poulsen, lektor, Institut for psykologi, Københavns Universitet

**Fra:** 1 - ERST Høring [<mailto:hoering@erst.dk>]

**Sendt:** 4. marts 2015 10:58

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Cc:** Cecilie Føns Stelmer

**Emne:** Erhvervsstyrelsens høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Kære Sundhedsstyrelsen

Erhvervsstyrelsen har på Høringsportalen fundet Sundhedsstyrelsens høring vedr. "national klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type".

Høringen giver ikke Erhvervsstyrelsen (herunder TER) anledning til bemærkninger, idet forslaget ikke indeholder nye administrative konsekvenser for erhvervslivet.

*'Fra januar 2015 er alle ministerier pålagt nye krav om styrkede erhvervsøkonomiske konsekvensvurderinger ved forslag til ny regulering med væsentlige konsekvenser for erhvervslivet. Se [www.erst.dk/konsekvensvurderinger](http://www.erst.dk/konsekvensvurderinger) for mere information.'*

Med venlig hilsen

**Anna Holtt Langlet**

Stud. Jur

**ERHVERVSSTYRELSEN**

Team Jura

Dahlerups Pakhus  
Langelinie Allé 17  
2100 København Ø  
Telefon: +45 3529 1000  
Direkte: +45 35291204  
E-mail: [AnnHol@erst.dk](mailto:AnnHol@erst.dk)  
[www.erhvervsstyrelsen.dk](http://www.erhvervsstyrelsen.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Att.: Sygehus og Beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Dato: 6. marts 2015

Brevid: 2489483

Primær Sundhed  
Alléen 15  
4180 Sorø

Tlf.: 70 15 50 00  
Dir.tlf. 57 87 56 27

primaersundhed@regionsjaelland.dk  
boe@regionsjaelland.dk

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

## Høring vedr. National Klinisk Retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

Region Sjælland byder det velkommen, at der kommer en national klinisk retningslinje på området. Særligt ser Region Sjælland positivt på anbefalingerne i forhold til den medicinske behandling, idet Region Sjælland siden regionsdannelsen har haft fokus på rationel farmakoterapi, hvilket også betyder, at patienter ikke skal modtage medicinsk behandling, hvis dette ikke er nødvendigt – til gavn for både patienterne og regionens økonomi.

I retningslinjen er det kun få steder, at det anføres, hvor det forventes, at opgaverne kan løses bedst muligt. Som det anføres i retningslinjen, er prævalensen af patientgruppen hos de praktiserende læger formentlig på mellem 5-20 procent, hvorfor patientgruppen er meget stor. Det påpeges samtidig i retningslinjens kapitel to og tre, at diagnostikken er udfordrende og skal varetages af kvalificeret personale, der er uddannet i at bruge de anerkendte valide og pålidelige diagnosticeringsmetoder, som har uddannet sig i manualen for det diagnostiske instrument, og som har mulighed for supervision. Der tages i retningslinjen ikke stilling til, om det betyder, at patienterne skal henvises til speciallæge i psykiatri eller den sekundære psykiatri. Hvis det er hensigten, tages der ikke stilling til, om der er kapacitet nok i systemerne, hvis en så stor patientgruppe skal henvises hertil. Hvis det forventes, at diagnosticering og behandling af de fleste patienter skal kunne varetages i almen praksis, tages der ikke stilling til, hvad der kræves, før dette kan ske på et højt fagligt niveau, og om dette er muligt inden for de overenskomst-mæssige rammer, der eksisterer i dag.

I kapitel seks anføres det: *"Det er god praksis at anvende kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder), idet der ikke er fundet evidens for en forskel i effekt."* Som det påpeges, er der ikke evidens for, at der er forskel på effekten. Region Sjælland anser det derfor for en mangel, at der i retningslinjen ikke anlægges en linje, hvor det anbefales, at der anvendes den behandling, der økonomisk er mest forsvarlig, hvilket vil sige kortvarig psykoterapi, da regionernes midler er begrænsede. Det vil samtidig være i tråd med de behandlingspakker, som psykiatrien har udviklet på nationalt plan.

I kapitel syv anføres det, at det er god praksis at overveje at anvende monitorering af psykoterapi til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse. Samtidig anføres det, at monitorering vil være tidskrævende og belastende for nogle patienter og samtidig kræve et øget resourceforbrug samtidig med, at der er ikke evidens for, at det har en effekt. Det anføres, at det vil være en fordel, hvis monitoreringen udføres protokoleret. Det vil være svært at gennemføre i praksis, hvorfor der vil komme til at mangle viden om patienter, som behandles af privatpraktiserende psykiatere. Det er tydeligt, at der ikke er evidens for, at den foreslåede indsats virker, og der synes også at være usikkerhed, om det er god klinisk praksis, da det påpeges, at det endnu er uklart, om de eventuelle gavnlige effekter står mål med den indsats, der kræves.

Det er Region Sjællands vurdering, at der bør foreligge mere viden på området, før det anbefales, at anbefalingen implementeres. Region Sjælland kan derimod godt støtte op om, at der bliver lavet forskning på området, og anbefalingen bør først bredes ud, når der foreligger viden om effekten af indsatsen.

Venlig hilsen

Britta Ortiz Echeverria  
Lægelig chefkonsulent



Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab  
syb@sst.dk

**Ergoterapeutforeningen**  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 17. marts 2015  
Side 1 af 2  
Ref.: nbl  
E-mail: nbl@etf.dk  
Direkte tlf.: 53 36 49 23

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

Sundhedsstyrelsen har den 2. marts 2015 sendt udkast til national klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type i høring. Ergoterapeutforeningen har følgende faglige kommentarer til den 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, at medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Ergoterapeutforeningen er positiv overfor multimodal psykoterapi, og mener, at man med fordel kan sikre en overføring af såvel kropsterapi som kunstterapi til hverdagslivet. Ergoterapeutforeningen er ligeledes positiv over for udarbejdelse af individuelle kriseplaner og kan anbefale, at viden om hverdagslivet og graduering af aktiviteter indgår i arbejdet med disse.

Ergoterapeutforeningen mener dog, at der mangler centrale elementer i udkastets nuværende form. Elementer, der efter vores mening vil bidrage til at optimere indsatsen til mennesker med Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type i betydelig grad.

Ergoterapeutforeningen undrer sig over, at en systematisk undersøgelse af patientens funktionsevne ikke er en del af den kliniske retningslinje. Patienter med Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har, som det også er beskrevet i udkast til den nationale kliniske retningslinje, lavt social funktionsevne. Patienternes evne til at leve selvstændigt og indgå på studier og arbejdsmarkedet illustrerer problemets omfang, se evt. social funktion og sammenlign med social funktion for kompleks skizofreni – begge er lave.

Der er i behandlingen af mennesker med Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type behov for udredning af patientens funktionsevne. I den sammenhæng mener Ergoterapeutforeningen, at et mål for patientens globale funktionsniveau (ofte målt ved Global Assessment of Functioning/GAF) er insufficiant, fordi den er for overordnet. 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.

Det er derfor god klinisk praksis at foretage undersøgelse og behandling målrettet funktionsevnen. Det er endvidere vigtigt, at undersøgelse af funktionsevne både indeholder observation af funktionsevne og patientens selvoplevede funktionsevne.

Ergoterapeutforeningen foreslår i forlængelse her af, at funktionsevne defineres på linje med aktivitets- og deltagelsesbegrebet i WHO's International Classification of Functioning (ICF). Yderligere kan man med fordel bruge disse undersøgelser til at monitorere, hvorvidt behandlingen fremmer funktionsevnen og imødekommer patientens og de pårørendes præferencer, og ikke blot hvad der rangerer højest i evidenshierarkiet.

Ergoterapeutforeningen undrer sig videre over, at familieintervention kun indgår som invitation af pårørende i sammenhæng med psykoedukation. Mange med Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type oplever problematikker, der er komplekse, og kan have behov, der skal imødekommes på tværs af sektorer. Vi vil derfor anbefale, at man i højere grad inddrager patientens pårørende og andre sektorer.

Afslutningsvis vil Ergoterapeutforeningen påpege, at der er patienter med Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, der aktuelt behandles i almenpsykiatrien f.eks. distriktskykiatrien, fordi de ikke kan indgå i psykoterapeutisk gruppeterapi. Det bør overvejes, hvordan denne målgruppe i højere grad kan behandles individuelt. Eksempelvis med multimodal psykoterapi, der har fokus på deres aktivitetsproblemer og de udfordringer, det giver dem i hverdagslivet.

Med venlig hilsen

Gunner Gamborg  
Formand, Ergoterapeutforeningen

**Fra:** Lærke Steenberg Smith  
**Sendt:** 17. marts 2015 10:58  
**Til:** Ane Bonnerup Vind  
**Cc:** Nina Moss  
**Emne:** SV: NKR Borderline i høring

Kære Ane

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ingen bemærkninger til høringen.

Mvh.  
Lærke

---

**Lærke Steenberg Smith**  
Fuldmægtig, Primær Sundhed og Forebyggelse

Direkte tlf. 7226 9525  
Mail: [ls@sum.dk](mailto:ls@sum.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse • Holbergsgade 6 •  
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

19. marts 2015

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

DSAM takker for muligheden for at komme med et høringssvar til denne Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af emotionel ustabil personligheds-struktur, borderline type.

DSAM har ingen kommentarer til de enkelte anbefalinger, men DSAM forventer, at retningslinjen kun vil kunne få begrænset anvendelse. Sygdomsspektret for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse spænder fra lette til invaliderende og pensionsgivende tilfælde. Dette tager retningslinjen ikke rigtig hensyn til. Andre nationale kliniske retningslinjer har været fokuserede på fx moderat til svære sygdomstilfælde.

Venlig hilsen



Lars Gehlert Johansen  
Formand for DSAM

Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

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



**Fra:** Steffen Juul [mailto:[sju@sm.dk](mailto:sju@sm.dk)]

**Sendt:** 23. marts 2015 12:19

**Til:** Tina Birch; Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Sv: National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 23. marts 2015 (SBIM Id nr.: 687891)

Til: Sundhedsstyrelsen

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold bemærker, at børne- og ungeperspektivet ikke indgår som perspektiv i den nationale kliniske retningslinje, formentlig fordi denne målgruppe ikke er en stor målgruppe blandt patienterne.

Vi vil anbefale, at det overvejes at lade det helhedsorienterede sociale perspektiv indgå, da børn kan være pårørende af patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur, og derfor vil være påvirket af patientens behandling.

Med venlig hilsen

**Steffen Juul**

Fuldmægtig

MINISTERIET FOR BØRN, LIGESTILLING, INTEGRATION OG SOCIALE FORHOLD

Jura og International

Holmens Kanal 22

1060 København K

Tlf.: 41 85 10 32

E-mail: [sju@sm.dk](mailto:sju@sm.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Sekretariatet for nationale kliniske retningslinjer  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
Att.: Tina Birch

Odense den 18. marts 2015

## **Høringssvar fra DASYS vedr. National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi har sendt retningslinjen til Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker og har fået nedenstående bemærkninger:

Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker har deltaget med 2 sygeplejersker i denne arbejdsgruppe, og det har vi været glade for.

Vi er overordnet tilfredse med udkastet til NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type.

Det er tilfredsstillende at behandlingen af denne lidelse anbefales at være psykoterapeutiske interventioner, og at medicinsk behandling ikke kan anbefales ift. denne lidelse, men evt. kan anvendes ved comorbiditet, som kan medicinsk behandles.

Da denne lidelse kan kræve psykoterapeutiske interventioner i forskellige regier, er det vigtigt at sikre sig, at behandlere modtager supervision, så kvaliteten af behandlingen sikres bedst mulig

Arbejdsgruppen har fulgt de gældende retningslinjer for vurdering af effekten i de identificerede studier.

Den manglende styrke bag anbefalingerne har endvidere udmøntet sig i forslag til yderligere undersøgelse af relevante forsknings spørgsmål.

Vi kan kun complimentere høringsmaterialets lødighed og forskningsmæssige argumentation, dog vil vi påpege at der kun i begrænset/indirekte omfang inddrages forskning, der underbygger interventionernes effekt i et patientoplevet perspektiv.

Derfor foreslår vi, at de i øvrigt udmærkede forslag til yderligere forskning suppleres med en stærk anbefaling om, at den patientoplevede kvalitet indgår i fremtidige undersøgelser. Det kan her dreje sig om eks. helbredsrelateret livskvalitet, selvoplevet funktionsniveau.

Man kan overveje om det er hensigtsmæssigt, at der på side 19, 5.4 er nævnt medikamentel behandling som en del af integrerede modaliteter, når det anbefales ikke at bruge farmakologisk behandling

rutinemæssigt. Der kan øjensynligt være situationer, hvor farmakologisk behandling er indiceret, hvilket må være begrundelsen for, at der står "Anvend ikke rutinemæssigt ...".

Skulle vores høringssvar give anledning til spørgsmål står Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker og DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



**Bent Hoeck**  
Medlem af bestyrelsen

**Fra:** Preben Friis [<mailto:prebfrii@rm.dk>]

**Sendt:** 23. marts 2015 12:38

**Til:** Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

**Emne:** Høring vdr. National Klinisk Retningslinje for behandling af Borderline personlighedsforstyrrelse.

På vegne af Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, skal det meddeles, at Selskabet ingen kommentarer har til høringsudkastet.

mvh.

på vegne af bestyrelsen

Preben Friis

Overlæge

Regionspsykiatrien i Silkeborg

Psykiatriens Hus

Falkevej 5

8600 Silkeborg

tlf. 78475801



Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C

Tlf. +45 72 42 37 00  
socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

D. 23. marts 2015  
Sagsnr. 15/53065  
Ledelsessekretariatet  
AIN

## **Socialstyrelsens høringsbemærkninger vedr. national klinisk retningslinje for emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type**

Socialstyrelsen takker for modtagelsen af Sundhedsstyrelsens udkast til den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type.

Socialstyrelsen vil gerne anerkende Sundhedsstyrelsen for at have fokus på borgere med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type - den fjerde mest udbredte diagnosegruppe og forbundet med et stort ressourceforbrug og store behandlingsmæssige udfordringer i psykiatrien samt udfordringer i kommunalt regi.

Set i lyset af, at det drejer sig om en forholdsvis stor målgruppe, hvor indsatsen er omkostningstung, men som samtidig har gode muligheder for at komme sig med den rette behandling, så er det tankevækkende, hvor lidt man kan sige med sikkerhed om behandling til målgruppen, og hvor vanskeligt det fortsat er at finde frem til målgruppen og dermed tilbyde den rette indsats jf. kap. 2 og 3.

Det drejer sig om en meget heterogen målgruppe, hvor en del af målgruppen lever med svære psykiske vanskeligheder og funktionstab på baggrund af ustabile relationer, usikker identitet, impulsivitet og problemer med affektregulering, og også for denne målgruppe gælder det, at det ikke mindst i et forebyggende perspektiv er vigtigt at sætte tidligt ind, da det øger mulighederne for at komme sig.

Det, at man ved så lidt, peger på, at det forskningsmæssigt er et underprioriteret område, som Sundhedsstyrelsen fremadrettet må have fokus på at finde ressourcer til at udvikle. Det er der allerede forslag til i bilag 4. Forslagene kan med fordel suppleres med fokus på betydningen af inddragelse af pårørende/netværk – direkte i behandlingen som familieinterventioner eller på anden vis, når man nu ved, at pårørende/netværk har betydning for at

komme sig. Der mangler ligeledes viden om kombinationen af regional behandling og kommunal indsats i forhold til borgere i målgruppen, herunder hvordan man bedst tilrettelægger en koordineret indsats, som giver effekt for borgeren.

Socialstyrelsen finder det positivt, at psykoedukation fremhæves som god praksis, når nu der ikke er klar evidens for metoden. Vi ser psykoedukation som et vigtigt tiltag i processen mod at komme sig af en psykisk lidelse, da det at være i besiddelse af viden om egne vanskeligheder og behandling medvirker til at mestre sine vanskeligheder og sit liv i det hele taget.

Der findes i kapitel 5 og 6 ikke evidens for, at længerevarende psykoterapi har bedre effekt end korterevarende psykoterapi eller omvendt, ligesom der ikke findes evidens for, at multimodal psykoterapi har bedre effekt end unimodal psykoterapi eller omvendt. Retningslinjen anbefaler derfor ikke det ene frem for det andet. Det er vigtigt, at dette ikke forstås på den måde, at det ene kan være lige så godt som det andet. Det taler ind i et recovery – og rehabiliteringsperspektiv, hvor indsatsen tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. Det er derfor vigtigt, at det ikke bliver ud fra et kortsigtet økonomisk hensyn, at man vælger den billigste behandling, hvis det viser sig, at det er en anden indsats, som i et mere langsigtet perspektiv fører til, at borgeren kommer sig.

Sundhedsstyrelsen har i kapitel 7 valgt at fokusere på spørgsmålet om monitorering af psykoterapi, hvilket vi bifalder. Socialstyrelsen har selv fokus på, hvordan løbende monitorering af borgerforløb kan være med til at kvalificere forløbene, så indsatsen hele tiden er rettet mod den enkelte borgers behov og er med til at fremme borgerens mulighed for at komme sig. FIT har vist sig at være et godt evidensbaseret redskab, som så her viser sig ikke at være afprøvet i tilstrækkeligt omfang til målgruppen for denne retningslinje. FIT er imidlertid et redskab, hvor man kan sige, at selve brugen af det i det enkelte borgerforløb er med til at sikre, at forløbet udvikler sig på baggrund af borgerens oplevelser og erfaringer i samspil med vores professionelle viden. Socialstyrelsen mener, man bør overveje at slette "at overveje" i anbefalingen, så der bliver en tydeligere anbefaling til at anvende monitorering.

Kapitel 8 omhandler anvendelsen af kriseplaner, og igen handler det om en anbefaling, som taler ind i et recovery- og rehabiliteringsorienteret perspektiv, hvor borgeren inddrages, og der laves aftaler på baggrund af borgerens erfaringer. Socialstyrelsen kan kun bifalde, at der her ser ud til at være svag evidens for anvendelse af kriseplaner.

Socialstyrelsen ser positivt på, at retningslinjen i kapitel 9, 10 og 11 tydeliggør en, om end det er en svag, så dog en anbefaling mod anvendelse af såvel antidepressiv-, stemningsstabiliserende- og antipsykotisk medicin med mindre der er tale om behandling af komorbiditet til emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Det er med til at tydeliggøre, at den rette

behandling til målgruppen er psykoterapi, selvom dette er en mere ressourcekrævende indsats.

Socialstyrelsen kan generelt være lidt bekymrede for, at der ved flere af de fokuserede spørgsmål står, at der ikke er evidens, uden at det samtidig tilføjes, at det er på baggrund af, at en indsats endnu ikke er undersøgt eller afprøvet tilstrækkeligt. At der ikke er evidens for, er jo ikke ensbetydende med, at der er evidens imod.

Samlet set er det en national klinisk retningslinje, som giver anbefalinger på et område, hvor der ikke er særlig meget evidens, og det må danne grundlag for mere forskning på området. Retningslinjen bærer selvfølgelig præg af, at der kun kan fokuseres på et vist antal spørgsmål, men på den baggrund har udvælgelsen af spørgsmål været relevant. Når man har med en målgruppe at gøre, hvor selve det at finde frem til målgruppen er vanskeligt, så er det væsentligt at inddrage dette som tema i retningslinjen. Det har betydet, at der ikke har været plads til at undersøge effekten af forskellige terapeutiske metoder som f.eks. DAT og Mentaliseringsbaseret terapi, men kun til en sammenligning af kortere- og længerevarende terapi og unimodal og multimodal terapi. En undersøgelse af flere forskellige terapeutiske metoder vil være væsentlig at bringe i fokus, hvis der opstår en mulighed for det på et senere tidspunkt.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

København, den 20. marts 2015

### **Høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline.**

Dansk Psykolog Forening sætter pris på at have bidraget til udpegningen af arbejdsgruppen med to repræsentanter samt muligheden for at afgive høringssvar til den kliniske retningslinje, arbejdsgruppen er nået frem til.

#### **Generelt om retningslinjen**

Psykologforeningen ser overordnet positivt på retningslinjen, der indeholder nogle fornuftige og afbalancerede anbefalinger. De af arbejdsgruppens rejste spørgsmål synes at være relevante og bredt set dækkende for området og dets nuværende forskningsmæssige stadie. Det er foreningens opfattelse, at der med retningslinjen er skabt en hensigtsmæssig ramme for et fremtidigt arbejde med patientgruppen.

Det bemærkes imidlertid, at der ikke foreligger et særskilt rejst spørgsmål om forskning og evidens for børn og unge, hvilket til dels kan skyldes Sundhedsstyrelsen fokus på ikke at stille diagnosen personlighedsforstyrrelse (PF) for børn og unge under 16 år. Dette til trods for, at der hverken i ICD- eller DSM-systemet forefindes en egentlig nedre aldersgrænse for personlighedsforstyrrelser.

I baggrundsgennemgangen nævnes det på side 8, at kun 17 personer under 18 år ifølge Landspatientregisteret blev behandlet stationært og ambulant. Dette synes dog ikke at stemme overens med den praktiske virkelighed, ligesom det ikke giver et realistisk billede af, hvor mange unge under 18 år, der opfylder kriterierne for diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse (BPF). Studier blandt unge har således vist, at diagnosen kan stilles ligeså validt i denne population som blandt voksne<sup>1</sup> I reliabilitetsstudier findes samme høje inter-rater reliabilitet som blandt voksne<sup>2</sup>, ligesom prævalensstudier blandt unge peger på, at mellem 1-3,3 pct. i den unge baggrundsbefolkningen lider af borderline personlighedsforstyrrelse<sup>3</sup>.

På baggrund af de behandlingsmæssige og økonomiske fordele, der ligger i at opspore og diagnosticere BPF & BP-træk i så tidlig en alder som muligt, samt den forskning, der ligger på området, vil Dansk Psykolog Forening derfor opfordre til, at spørgsmålet om forskning/evidens på børne- & ungeområdet tages op som særskilt punkt i retningslinjen.

---

<sup>1</sup> Se blandt andet: Bondurant, Greenfield & Tse (2004); Chanen & Kaess (2012); Miller, Muehlenkamp & Jacobson (2013); Paris (2013); Sharp & Romero (2007). (Grilo et al., 1998).

<sup>2</sup> Se blandt andet Grilo et al. (1998).

<sup>3</sup> Bernstein et al. (1993)





**Anbefaling 1: Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor**

Det er centralt for behandling af PF, herunder BPF, at sætte ind så tidligt som muligt med psykoterapeutisk intervention for bl.a. at mindske de sociale og interpersonelle konsekvenser af forstyrrelsen.

Til dette formål er der behov for tidlig opsporing – især i primær sektor, hvor man oftest første gang møder de potentielle patienter. Psykologforeningen har forståelse for den mulige problematik med for mange falske positive ved brug af generelle screeningsværktøjer, men er bekymret over de relativt få behandlede børn og unge med BPF eller BF-træk. Psykologforeningen mener derfor, at man nøje bør overveje, hvorvidt risikoen for falske positive henvendelser og undersøgelser for BPF i psykiatrisk regi reelt er en så stor organisatorisk belastning, at det ikke kan opvejes etisk og økonomisk af, at sande positive patienter i opspores og dermed får gavn af behandlingen.

I alle tilfælde mener foreningen, at det bør vurderes nærmere, om der findes eller kan udvikles screeningsredskaber på området, så der kommer flere børn og unge i relevant behandling. Denne opgave ligger uden for formuleringen af en retningslinje, men kan med fordel videretænkes og –udvikles i andet regi under Sundhedsstyrelsen. Som eksempel på tidlig opsporing af BPF kan nævnes det omfattende arbejde, der pågår flere steder i Australien, hvor unge med 2-3 BPF-træk inkluderes i tidlig behandling med stor effekt og præventiv virkning.

**Anbefaling 3: Psykoedukation**

Psykologforeningen er glade for retningslinjens fokus på den stigende evidens for psykoedukations virkning i forhold til BPF. I forhold til de konkrete overvejelser, der gøres i retningslinjen, er det imidlertid vigtigt at nævne, at en del af BPF-patienter ikke altid magter at indgå i en gruppe, og derfor må modtage psykoedukation som en del af en individuel behandling.

Ligeså er det af afgørende betydning for god klinisk praksis på børne- og ungeområdet, at der gives psykoedukation til forældre og pårørende. Dette bør også gælde for voksne patienter. Der foreligger allerede manualbaserede edukationsprogrammer til forældre, og de benyttes i multimodale tilbud. Det i den forbindelse vigtigt at fremhæve, at BPF i høj grad er en forstyrrelse i interpersonel fungeren, og psykoedukation til forældre og pårørende derfor er central.

**Anbefaling 4+5: Multimodal psykoterapi og langvarig versus kortvarig psykoterapi**

Som det nævnes i udkastet, er BPF-patienter en meget heterogen gruppe. Derfor er udredning og vurdering af sværhedsgrad en central forudsætning for valget af terapiform – det gælder både i forhold til længde af terapi og i forhold til vurdering af behovet for multimodale indsatser. Det kunne derfor være relevant for retningslinjen at forholde sig til, hvordan sværhedsgrad vurderes. Mulige vurderingskriterier for sværhedsgrad kan eksempelvis være antal diagnostiske kriterier, socialt funktionsniveau, Quality of life eller andre mere globale funktionsniveauer.

I forhold til behandling af BPF hos børn og unge udgør miljøet og omgivelserne, som forældre, skole mv., centrale dele af deres udviklingsmiljø. Et særligt fokus på nødvendigheden af multimodal indsats i forhold til behandling af børn og unge bør derfor overvejes.



**Anbefaling 7: Individuelle kriseplaner**

I forhold til behandling af børn og unge er det centralt, at deres forældre og omgivelser er inddraget i udarbejdelsen af kriseplaner. Ligeledes bør inddragelse af pårørende i forhold til udarbejdelse af kriseplaner for voksne patienter overvejes.

Med venlig hilsen

**Eva Secher Mathiasen**  
Formand, Dansk Psykolog Forening



Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og Beredskab på  
syb@sst.dk

DANSKE  
REGIONER



23-03-2015

Sag nr. 14/2216

Dokumentnr.

Mikkel Lambach

Tel. 35 29 82 12 / 29 17 09 02

E-mail: Mla@regioner.dk

### **Bemærkninger til klinisk retningslinje for behandling af borderline**

Danske Regioner har fra Sundhedsstyrelsen modtaget udkast til ” National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type” i høring.

Til brug for nedenstående bemærkninger har Danske Regioner indhentet bidrag fra regionerne.

#### *Generelle bemærkninger*

Danske Regioner finder det positivt, at der nu kommer en national klinisk retningslinje for behandlingen af denne patientgruppe. Der er tale om en væsentlig opkvalificering af det nuværende behandlingstilbud til patientgruppen, og fra regionerne udtrykkes ligeledes tilfredshed med retningslinjens indhold og udformning. Generelt vurderes retningslinjen derfor som et positivt tiltag og som et brugbart redskab, der vil bidrage til større ensartethed.

#### *Indledende bemærkninger*

Det er lykkedes, at lave en national klinisk retningslinje for området, der gennemgår både klinisk og forskningsmæssig status på området på en meget klar og tilgængelig måde.

Hele rapporten vil formentlig mest blive læst af personer med særlig interesse for de enkelte delområder, eksempelvis psykiatriske specialenheder, hvor behandlingen af denne patientgruppe foregår og af personer med særlig interesse indenfor forskning m.v.

For en del læsere har det stor betydning, at man i rapporten tidligt præsenterer de ’Centrale budskaber’ hvilket giver en meget hurtig oversigt over rapportens anbefalinger.

Herudover har man planlagt at udarbejde en Quick-guide på 1-2 A4-ark. Dette er stærkt anbefalelsesværdigt. Det skal foreslås, at Quick-guiden pla-

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

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

ceres layoutmæssigt umiddelbart efter siden med de Centrale budskaber. Ligeledes foreslås det, at afsnittet med de diagnostiske kriterier (bilag 1) layoutmæssigt placeres umiddelbart efter Quick-guiden.

Det skal anbefales, at man i rapporten beskriver, hvad man forstår ved begrebet 'psykoterapi' f.eks. i modsætning til mere støttende indsatser.

Indholdsmæssigt savnes der et afsnit, som beskriver behandlingsindsatsen overfor de patienter som ikke er i stand til at medvirke til psykoterapeutisk behandling og hvor andre indsatser og anbefalinger herom savnes, da denne gruppe af patienter kan udgøre en klinisk udfordring.

I besvarelsen er der nærmest udelukkende lagt fokus på RCT-studier, hvilket er en studieform, der ikke er særlig anvendelig når vi taler om behandling, der har sit primære afsæt i psykoterapi. Og når det så er sagt, så tager udkastet til anbefalingerne hovedsageligt udgangspunkt i "The Cochrane Collaboration Report", baseret på 28 RCT-studier af varierende kvalitet. Dette medfører en utydelighed og vage formuleringer, der åbner for fortolkninger af retningslinjerne der ikke vil i mødekomme ovenstående udfordringer i mødet med patientmålgruppen.

Når man taler om psykoterapeutisk behandling kan der med fordel inddrages andre, evidensbaserede studier, og åbne op for anden type evidens, end den ensidige naturvidenskabelige tænkning. Der foreligger en mængde evidens indenfor den humanistiske videnskab, der på meget tydeligere og mere hjælpsom måde vil kunne understøtte en klinisk retningslinje, så den opleves anvendelig. Derudover bør personlighedsteori, psykoterapeutisk teori og generelt salutogenetiske betragtninger anvendes i større grad end i det fremsendte.

Det anbefales, at arbejdsgruppen skeler til NICE-rapporten fra 2009, der fremtræder langt klarere og tydeligere i sine anbefalinger til klinikerne. Denne bør dog revideres, da den er 6 år gammel, og en hel del litteratur og forskning indenfor området er foretaget siden da.

### *Konkrete bemærkninger*

#### Kapitel 2. Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor

En afklaring af at screeningsredskaber i sig selv ikke kan benyttes i primær sektor er i og for sig en god ting, men der fremkommer ingen anden hjælp

til klinikerne i primær sektor, om hvorledes man da bør forholde sig til mennesker, hvor der er berettiget mistanke om en personlighedsforstyrrelse. Der bør fremkomme klare anbefalinger om, hvilke aspekter man som kliniker i primær sektor bør være opmærksom på, samt på hvilken måde eventuelle screeningredskaber bør benyttes.

### Kapitel 3. Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview

For yderligere at vurdere omfanget af psykopatologien foreslås det til afsnit 3.3, at der også foretages grundig diagnostisk udredning for co-morbiditet. Ligeledes foreslås, at man får grundige anamnesticke oplysninger omkring patientens livshistorie.

I afsnit 3.6 skal det forslås, at det kliniske interview og den kliniske vurdering indtager en væsentlig plads i diagnosticeringen sideløbende med strukturerede interviews.

### Kapitel 5. Multimodal psykoterapi

Danske Regioner finder det betænkeligt, at man i afsnit 5.3 sidestiller psykoterapi med kunstterapi, musikterapi og kropsbehandling, da vi mener, at der er væsentlig mindre evidens for effekten af de tre sidste i forhold til psykoterapi. Terapiformer udover psykoterapi/psykoedukation må rettes specifikt mod patienter med særlige behov herfor.

I forhold til afsnit 5.8 skal det påpeges, at risikoen for multimodal psykoterapeutisk behandling kan være, at patienterne overstimuleres og derved kan tilstanden forringes. Omkring det forhold, at der ikke er 'rapporteret skadevirkninger af nogle af fremgangsmåderne' - herunder psykoterapi, kunne lede til en opfattelse af, at psykoterapi er ganske harmløst. Psykoterapi, der ikke gives på rette indikation, med den rette reference i forhold til patientens tilstand kan efter regionernes opfattelse være skadeligt for den pågældende patient.

Danske Regioner kan ikke tilslutte sig, at patienters mulighed for 'valgfrihed af behandlingsmetode' skrives ind i retningslinjen, da det vil være overordentligt vanskeligt at gennemføre i praksis.

### Kapitel 7. Monitorering af psykoterapi

At monitorere psykoterapi er intuitivt, common sense, så at man ikke klart anbefaler dette, fordi der mangler RCT studier, virker unødvendig tilbageholdent.

### *Om lægemidler (kap.9-11) generelt*

At gennemgå alle de forskellige medikamentelle behandlingsmoduler (anti-depressiva, stemningsstabiliserende og antipsykotisk medicin) i separate afsnit, er spild af ressourcer og giver dårlig overblik. Problemstillingen bør behandles under et, da det er klinisk evident, at man ikke kan ændre en personlighedsstruktur med medicin, men at man i visse tilfælde kan afhjælpe symptomspecifikke forhold. Der ses ofte i klinisk praksis, at psykofarmakologisk behandling kan forværre tilstanden. Det anbefales, at man forholder sig til NICE (2009) og World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2007) anbefalinger samt Karterud et al (2014)'s konklusioner.

#### Kapitel 9. Antidepressiv medicin:

Det er anført under punkt 9.7 "Andre overvejelser", at visse præparater (TCA, MAOI, SSRI og NaSSA) kræver tæt opfølgning pga forøget suicidalrisiko. Det kan diskuteres om risiko for selvmord er øget ved behandlingsstart, når behandlingsindikationen er borderline og ikke depression.

#### Kapitel 10. Antipsykotisk medicin:

Det er anført under afsnit 10.3 (og 11.3) "Praktiske råd og særlige patientovervejelser", at det ikke bør være samme behandler, der varetager både farmakologisk og psykoterapeutisk behandling. Hvad ligger til grund for dette råd, som kan give anledning til praktiske og etiske problemstillinger, hvis det indføres i patientbehandlingen?

Der foreslås følgen tilføjelse til afsnit 10.3 (11.3): At der – som ved al anden medicinsk behandling i øvrigt - ved påbegyndt behandling med stemningsstabiliserende og/eller antipsykotisk medicin til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, fastsættes et forventet behandlingsmål, og at lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

Med venlig hilsen

Mikkel Lambach



---

## **Danske Psykiatere og Børne-Ungdomspsykiateres Organisation**

den. 23.03.2015

### **Høringsvar for DPBO, vedr. nationale kliniske retningslinjer vedr. behandling af borderline personlighedsforstyrrelse.**

På vegne af DPBO er vi glade for, at et udvalg under Sundhedsstyrelsen nu er kommet med et forslag om national klinisk retningslinje for behandling af emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype (herefter BPF).

Formålet er, som for alle de nationale kliniske retningslinjer, at sikre en evidensbaseret indsats i hele landet og medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne, men retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutninger som passende og korrekt.

American Psychiatric Association (APA) var allerede ude med sine guidelines i 2001, og de engelske retningslinjer kender vi fra 2009 (NICE).

BPF-diagnosen er som nævnt i baggrunden for retningslinjerne den 4. mest udbredte diagnose i psykiatrien og forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer.

Ikke overraskende for området er kvaliteten af evidensen meget lav, eller der mangler data m.h.p. besvarelse af nogle af de fokuserede spørgsmål, hvorfor der i rapportens centrale budskaber henvises til arbejdsgruppens generelle erfaringer vedr. god praksis.

De centrale budskaber er, at man vurderer det som god praksis at anvende et semistruktureret personlighedsinterview til diagnostik af patienter med BPF. Desuden vurderes det som god praksis at anvende multimodale eller unimodale behandlingsprogrammer indeholdende psykoterapi til patienterne, hvor der ikke er fundet forskel i effekt. Patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser kan have gavn af synergieffekten mellem forskellige tilgange, og i tilfælde, hvor unimodal terapi er tilstrækkelig, vil det være en fordel, at det er en mindre indgribende og omfangsrig behandling. Man finder, at det er god praksis at anvende kortvarig psykoterapi, defineret som mindre end 12 måneder, eller langvarig psykoterapi (= mere end 12 måneder), idet der ikke er fundet forskel i effekt. Endv. finder man, at det er god praksis at overveje monitorering af psykoterapi til patienter med BPF, men det er uklart, hvordan dette kan gøres, og anbefaling baseres atter på konsensus i arbejdsgruppen.

Vedr. de øvrige centrale budskaber fremgår at overveje at anvende individuelle kriseplaner til patienterne, og det lyder jo ganske fornuftigt i.f.t. de vanskeligheder, som denne patientgruppe ofte har, men også denne anbefaling er en svag/betinget anbefaling for interventionen, men man vurderer, at fordelene ved interventionerne er større end ulemperne.

Retningslinjerne er en svag/betinget anbefaling af ikke rutinemæssigt at anvende antidepressiva, stemningsstabiliserende medicin og antipsykotisk medicin til behandling af patienter med BPF.

Det lyder også umiddelbart ganske udmærket, men i retningslinjerne burde det måske tydeligere fremgå, at der er en nær sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelser specielt BPF og psykiatriske symptomidelser. Således er der ofte samtidig tilstedeværelse af BPF og f.eks. angst eller depression, hvor symptomerne og diagnoserne både kan være afhængige og også svære at afgrænse i.f.t hinanden.

Der foreslås flere studier af BPF uden komorbiditet, og det betyder vel også, at man vil interessere sig for BPF og komorbiditet i det hele taget? Dette er jo en af de helt store vanskeligheder, og vel en af grundene til, at mange af BPF-patienterne også er i psykofarmakologisk behandling.

Som repræsentanter for DPBO finder vi det problematisk, at man i retningslinjerne flere gange har fremført, at såfremt farmakologisk behandling overvejes, bør det ikke være den samme behandler, som både foretager farmakologisk behandling og psykoterapeutisk behandling. Som privatpraktiserende psykiatere driver vi monofaglig praksis, hvor vi som oftest kun er én behandler, så denne anbefaling vil vi naturligvis ikke kunne imødekomme. I den forbindelse vil vi erindre om, at BPF-patienterne er en heterogen gruppe. Nogle er i perioder så udadagerende, at de kræver behandling på psykiatriske specialafdelinger med tværfagligt behandlerteam, mens andre er mere stabile og fungerer bedre i.f.t. sociale rolleforpligtelser, og derfor drager nytte af behandling hos privatpraktiserende psykiater. Vi hilser forslag om videre forskning velkommen m.h.p. studier af kvalitet og evidens for forskellige behandlingsniveauer, hvor vi ikke skal glemme, at f.eks. praktiserende psykiatere har stor erfaring med behandling af patientgruppen.



Referencer:

Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. *Personlighedspsykiatri*. 1. udgave ed. Kbh.: Akademisk Forlag; 2013:529 sider, ill."Personlighedsforstyrrelser", Psykiatrifonden

Simonsen E, Haahr UH, Kjølbye M, Sørensen P. Personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger*. 2007;169(21):2002-2005.

Med venlig hilsen

Kjersti Lien & Birger Guldbæk  
Speciallæger i psykiatri

Ved Stranden 11 d, 2. tv.  
9000 Aalborg  
Tlf. 58515417  
Mail: [lien.guldbaek@dadlnet.dk](mailto:lien.guldbaek@dadlnet.dk)

**Høring: Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type**

**Til: Sundhedsstyrelsen**

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har læst Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. DSF kvitterer for et metodisk solidt arbejde.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra et fagligt selskab under Dansk Selskab for Fysioterapi:

- Dansk Selskab For Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi (DSPPF).

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen denne nationale kliniske retningslinje.

**Overordnede bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig Dansk Selskab For Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi (DSPPF) kommentarer til denne NKR, og henleder opmærksomheden til DSPPF's høringssvar. Vi har opsamlet kommentarerne i nærværende brev.

Dansk Selskab for Fysioterapi finder det ligesom DSPPF påfaldende og særdeles beklageligt, at denne NKR hverken indeholder eller behandler betydningen af fysisk aktivitet og kropsterapi til patientgruppen med ustabil personlighedsstruktur, borderline type.

Ustabil personlighedsstruktur, borderline er forbundet med en betydelig overhyppighed af både fysisk og psykisk morbiditet/komorbiditet. Hertil er fysisk aktivitet og evt. superviseret træning jf. Sundhedsstyrelsens håndbog for fysisk aktivitet (2011) en central behandlingsmodalitet. Dansk Selskab for Fysioterapi opfordrer til, at der i denne NKR tilføjes og skrives et afsnit om andre non-farmakologiske behandlingsmodaliteter til målgruppen med ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Dette kunne passende indskrives i denne NKR's baggrundsafsnit.

Generelt undrer DSF sig over det gentagne fravær af fokus på træning og fysioterapi til patientgrupper med psykiske sygdomme i samtlige af sundhedsstyrelsens publicerede NKR på psykiske diagnoser.

Denne NKR målretter sig efter DSF opfattelse ikke i tilstrækkelig grad bredt og tværfagligt som ellers er kendetegnet ved behandling af ustabil personlighedsstruktur, borderline type.

## Patient og praksis inddragelse

Dansk Selskab for Fysioterapi konstaterer, at hovedparten af evidensgrundlaget er baseret på studier af lav og meget lav kvalitet. Til dette noterer vi os videre at patientperspektivet primært behandles med arbejdsgruppens empiriske antagelser, patientorganisationer eller anføres som præferencefølsomt.

Vi ønsker således, at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område, og således en højere grad af patient og pårørendes involvering ved udarbejdelsen af NKR, særligt i de tilfælde, hvor evidensgrundlaget er spinkelt eller præferencefølsomt.

Med venlig hilsen

Henrik Hansen, Faglig konsulent  
Dansk Selskab for Fysioterapi

### Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70  
2300 København S

[kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)

Tel.: +45 3341 4612

Web: [www.danskselskabfysioterapi.dk](http://www.danskselskabfysioterapi.dk) & [www.maaleredskaber.dk](http://www.maaleredskaber.dk)

DANSK  
SELSKAB  
FYSIOTERAPI

## Betina Højgaard

---

**Fra:** Annette Rolsting <arolsting@hotmail.com>  
**Sendt:** 24. marts 2015 11:22  
**Til:** Betina Højgaard  
**Emne:** NKR Borderline - hørings svar

Kære Bettina Højgaard

Hermed et kort hørings svar vedrørende NKR for Borderline, som er i høring.

Det undrer mig, at den evidensbaserede adfærdsterapiform DAT (Dialektisk Adærdsterapi) ikke er medtaget som mulig behandlings-/terapiform. Det er noget som flere specialister og psykiatriske centre i Danmark tilbyder netop patienter med EUP af Borderlinetypen.

Med venlig hilsen

Annette Rolsting  
Repræsentant for Bedre Psykiatri  
24 94 40 43



Sundhedsstyrelsen  
Sekretariatet for nationale  
kliniske retningslinjer  
Axel Heides Gade 1,  
2300 København S.

### **KL hørings svar NKR om personlighedsforstyrrelser**

KL har modtaget udkast til national klinisk retningslinje for behandlingen af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type fra Sundhedsstyrelsen. Styrelsen udbeder sig KL's bemærkninger senest den 23 marts.

Retningslinjen retter sig mod behandling af mennesker med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Der er mange gode elementer og budskaber i den kliniske retningslinje herunder tilkendegivelsen af, at farmakologisk behandling ikke er første valg.

KL kan undre sig over, at afhængighed af stoffer/alkohol ikke er medtaget i den kliniske retningslinje. Der beskrives høj grad af comorbiditet med afhængighedssyndrom i 1.2 Baggrund (afsnit 4). Derudover er der en betydelig gruppe i misbrugsbehandlingsregi.

Problematikken med manglende adressering af afhængighedssyndrom kan have den risiko, at behandlingssteder udelukker borgere fra reel behandling. En ubehandlet borderlinelidelse medfører, at borgernes sandsynlighed for at gennemføre behandling for afhængigheden er voldsomt forringet. Behandling af afhængigheden er netop ofte et inklusionskriterium i misbrugsbehandlingen, hvorfor en manglende behandling af deres borderline kan medfører behandlingssvigt.

KL har derudover følgende bemærkninger:

- Det må anbefales, at der som standard i de NKR etableres samarbejdsstrukturer med bl.a. den kommunale stofmisbrugsbehandling samt alkoholbehandlingstilbuddene (jf. Koordinerende Indsatsplaner, de kommende Nationale Retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, m.m.), bl.a.

Den 20. marts 2015

Sags ID: SAG-2015-01410  
Dok.ID: 1995713

RAF@kl.dk  
Direkte 3370 3486  
Mobil 2913 6596

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1/2

fordi der netop er en stor comorbiditet mellem borderlinelidelse og afhængighedssyndrom

- I afsnit 4.3: bør der overvejes at tilbyde borgere med borderlinelidelse psykoedukation evt. i misbrugsbehandlingsregi, så de ikke udelukkes fra at modtage psykoedukation da borderlinelidelsen netop meget markant forringer borgerens evne til at indgå i misbrugsbehandling
- I afsnit 6.3: gruppen af borgere med borderlinelidelse og samtidigt afhængighedssyndrom (m.m.) bør medtages i overvejelserne om behandlingsforløb, der strækker sig ud over 12 mdr., da afhængighedsproblematikken kan komplicere og forlænge processen
- I afsnit 8.4: her bør et akut, eskalerende forbrug af stoffer/alkohol medtages, da de potentielle skadevirkninger her er store, ligesom risikoen for suicidaladfærd risikeres markant øget ved indtagelse af alkohol/stoffer
- I afsnittene 9., 10. og 11.: i forbindelse med vurderingen af evt. psykofarmakologisk støttemedicinering, bør det hos borgere med samtidig borderlinelidelse og afhængighedssyndrom afklares, hvilken funktion stofferne/alkohol har for borgeren, for derigennem at afklare, om der er tale om subjektivt ubehagelige psykiske symptomer, som dæmpes med stoffer/alkohol, og som kan overvejes lindrede gennem regulært ordineret psykofarmaka
- Der er et betydeligt misforhold mellem målgruppens omfang og behandlingspsykiatriens behandlerkapacitet til denne patientgruppe.
- Der savnes en tydeligere anbefaling, der sikrer inddragelse af patient/borger i valget af behandling/indsatser samt sikrer klarhed over, hvem der har ansvar for hvilke indsatser. ("Det skønnes, at muligheden for at give patienten valgfrihed i forhold til forskellige behandlingsmodaliteter kan øge complians".) Inddragelsen kan være med til at sikre at patient/borger, tager del og ansvar i de valgte indsatser
- Der savnes anbefalinger i forhold til inddragelse af netværk. Inddragelsen kan være med til at sikre, at netværk og ressourcepersoner omkring patient/borger inddrages og derved skaber andre muligheder for patientens/borgerens recovery

Med venlig hilsen



Christian Harsløf

**Vurdering av  
"National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil  
personlighedsstruktur, borderline type", Sundhedsstyrelsen, 2015**

**ved Sigmund Karterud, MD, PhD.  
Seksjon for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus  
Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, mars 2015.**

Innledningsvis vil jeg berømme initiativet til disse retningslinjene og takker for oppdraget med å vurdere dem. Det er et viktig arbeid i nordisk og internasjonal sammenheng. De første "Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder" ble publisert av American Psychiatric Association i 2001. Siden dette har helsemyndigheter i flere land utarbeidet egne retningslinjer. Dette er første offisielle tiltak i Norden.

De foreliggende retningslinjene skiller seg fra tidligere retningslinjer ved at de er konsentrert om 10 fokuserte spørsmål som er formulert av en arbeidsgruppe som har funnet nettopp disse spørsmålene som overordnet viktig for praksisfeltet i Danmark. Dette er et viktig pragmatisk grep. Retningslinjene skal ikke uttale seg om «alt» ved utredning og behandling av borderline PF, men konsentrere seg om utvalgte kliniske problemstillinger. Det bidrar til at retningslinjene er relativt kortfattede og dermed overkommelige for leseren. På den annen side kan denne kortfattede og pragmatiske tilnærmingen medføre at kompleksiteten i saksforholdet underkommuniseres. Jeg sier litt mer om dette i mine kommentarer til spørsmål 1.

Jeg har vurdert retningslinjen i henhold til AGREE II, og min rating av «overall quality» er = 5 (skala 1-7). Jeg har skåret spesielt lavt på «applicability» ettersom retningslinjene ikke drøfter dette punktet i særlig grad, dvs. hvordan de rent praktisk kan settes ut i livet.

Manuskriptets styrke er at det er konsentrert rundt disse 10 spørsmålene, at spørsmålene er vurdert etter tydelige kriterier og at det foreligger konsise og kortfattede svar som gir god mening til profesjonelle behandlere, pasienter, pårørende og offentlig interesserte personer.

Manuskriptets vesentligste svakheter er at svarene på noen punkter der en begrunner med «god praksis», kunne ha vært formulert mer presist. Jeg har flere forslag til alternative formuleringer. Dessuten mener jeg at svaret på spørsmål 1 bør nedgraderes til «god praksis». Det er tankevekkende at såpass mange spørsmål besvares med henvisning til «god praksis». Myndighetene har åpenbart et stort ansvar for å styrke forskningen på dette feltet. En annen svakhet ved manuskriptet er at oversiktene over evidens ikke er spesielt leservennlige. For andre enn spesialister tror jeg det vil være vanskelig å nyttiggjøre seg disse oversiktene.

I denne vurderingen problematiserer jeg ikke hvilke 10 spørsmål arbeidsgruppen har valgt å fokusere på. I det følgende kommenterer jeg spørsmålene etter tur, slik de fremstår i dokumentet. Jeg har anført forslag til endringer under hvert punkt.

**1. Identifikasjon av mulig borderline personlighetsforstyrrelse i primær sektor.**

Anbefalingen på dette punkt er at en ikke bør anvende rutinemessig screeningredskaper. Denne negative anbefalingen kan synes litt streng når en tar i betraktning problemstillingen og foreliggende data. Det er også viet lite plass til motargumenter og diskusjon. Det gjelder flere ting: I gjennomgang av evidensen gjøres det ikke tydelig at det dels er snakk om instrumenter som screener for personlighetsforstyrrelse i sin alminnelighet (som studert av Germans et al.) og dels instrumenter som screener for borderline PF (som

studert av Chanen et al.). Det er også stor forskjell på instrumentene med hensyn til brukervennlighet (lengde, self-report versus intervjubasert). Retningslinjen avviser nytten av screeninginstrumenter før man kommer til en diskusjon om hva slags type screeninginstrumenter som kunne være mest hensiktsmessig. Eksempelvis kan man anføre gode argumenter for at en i primær sektor bør velge et kortfattet fremfor et langt self-report-instrument, og self-report fremfor intervjubasert. Imidlertid argumentere man med at de psykometriske egenskapene ved samtlige screeningsinstrumenter er for dårlige, og spesielt vil dette gjelde for populasjoner med lav prevalens, slik som i primær sektor. I primær sektor anslås prevalensen å være i størrelsesorden 5 %. Men å beregne antall falske positive og falske negative ut fra slikt prevalenstall samsvarer kanskje ikke med den tenkte bruken av screeningsinstrumentet. Det er vel ikke slik at en vil anbefale allment praktiserende leger å gi et screeningsinstrument til *samtlig* pasienter. Jeg forstår problemstillingen dit hen at en ønsker et hjelpemiddel for allmennleger *når de står overfor pasienter der det er skjellig grunn til å mistenke borderline PF*. I en slik selektert populasjon vil ikke prevalensen være 5 %, men snarere 30-50 %. I en slik populasjon vil man ved bruk av eksisterende screeninginstrumenter, eks. SAPAS-SR, ende opp med en viss mengde falske positive og falske negative, i størrelsesorden 20 % av utvalget (ca. 100 falske positive og falske negative per 1000 pasienter). Vil dette være dårlig praksis? Ja, 100 falske negative vil være synd ettersom det er svært viktig med tidlig intervensjon ved borderline PF. Men hva er alternativet? Ingen bruk av screeninginstrumenter vil sannsynligvis føre til ennå flere falske negative, dvs. pasienter som oversees og der primærlegen *ikke* reagerer adekvat med å henvise vedkommende til spesiell utredning. Hva med falske positive? Her savner jeg en diskusjon som tar utgangspunkt i det særegne ved personlighetsforstyrrelser og ved borderline PF. Borderline PF er ikke sykdom i samme forstand som eks. cancer eller infeksjonssykdommer: Enten har man sykdommen eller så har man den ikke. Personlighetsforstyrrelser er dimensjonale fenomener og det man oppnår med en personlighetsutredning er langt mer enn å fastslå hvorvidt man har diagnosen eller ei (dvs. minst 5 borderline kriterier). Gjennom et SCID-II intervju får man kartlagt sin personlighetsprofil. Det som statistisk sett kan fremtre som «falsk positiv» kan vise seg å være 1) annen personlighetsforstyrrelse, eller 2) klinisk signifikante borderlinetrekke (eks fire kriterier). Dette vil også være verdifull informasjon til primærlegen og til de som skal vurdere eventuell behandling. Falsk positiv innenfor dette feltet betyr altså ikke «falsk alarm» på samme måte som ellers i medisinen.

På bakgrunn av det ovenstående synes jeg at konklusjonen «svak/betinget anbefaling imot» er for streng. En slik anbefaling innebærer at en vurderer at «ulempene ved intervensjonen er større enn fordelene». Dette er det etter min mening ikke gode holdepunkter for. På den annen side mangler positiv forskningsmessig evidens fra relevant praksis i primærhelsetjenesten. Dette bør stimuleres. *Inntil bedre evidens forefinnes, bør etter min mening spørsmål 1 besvares med henvisning til «god praksis», dvs. at god praksis tilsier bruk av screeninginstrumenter i primær sektor.*

## **2. Diagnostikk av borderline personlighetsforstyrrelse med semistrukturert personlighetsintervju**

Anbefalingen sier at det vil være god praksis å anvende semistrukturert intervju. Jeg er enig i anbefalingen. Min enighet baserer seg på sunn faglig fornuft og ikke på vurdering av evidens. Arbeidsgruppen har da heller ikke funnet noen relevant litteratur. Spørsmålet egner seg kanskje dårlig for evidensvurdering. Igjen har det noe med lidelsens art å gjøre. Det er ikke bare spørsmål om borderline PF, ja eller nei. Det er viktig å vite hvor mange borderlinekriterier, hvilke og hvilke andre dysfunksjonelle kriterier som foreligger. Er det eks.



antisosial kriterier i tillegg, eller evasive? Det handler vel så mye om common sense, som om evidens.

### **3. Bør pasienter med borderline PF tilbys psykoedukasjon?**

Anbefalingen sier at en skal overveje å anvende psykoedukasjon. Her blir jeg litt usikker rent språklig. Det er mulig det finnes andre valører på dansk, men det å «overveje å anvende» er særdeles svakt. Evidensen er riktignok veldig svak, men i henhold til definisjonene (s. 6) er det gitt en svak/betinget anbefaling for selve intervensjonen. *Da burde det etter mitt språk-skjønn gis en slik direkte (svak/betinget) anbefaling, og ikke en anbefaling om at en skal «overveie» intervensjonen.*

Videre bør en ta hensyn til common sense. Det er en allment akseptert verdi i moderne medisin at helsepersonell skal bidra til å informere pasienter om arten av deres lidelse. Det er god evidens for en rekke lidelser at dette gjøres best i et gruppeformat (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). Ettersom borderlinepasienter har en høy tendens til å droppe ut av behandling, har en ansett psykoedukasjon som et viktig virkemiddel for å bedre alliansen. I Danmark skulle det være gode forutsetninger for å forske på effekt av psykoedukasjon. Det bør stimuleres, og allianse og dropout bør være viktige outcomemål.

### **4. Multimodal psykoterapi**

Anbefalingen sier at det er god praksis å anvende multimodal eller unimodal psykoterapi til borderline PF, idet en ikke finner forskjell i effekt.

Jeg er enig i denne anbefalingen. Det er god evidens for at psykoterapi har effekt ved borderline PF, men ikke for at multimodal psykoterapi er bedre enn unimodal. Det er imidlertid få relevante studier. Det kan nevnes at Antonsen et al. har en kommende artikkel i *Psychotherapy Research*, en RCT med 6 års oppfølging som viser bedre effekt av multimodal behandling av borderline PF, enn av unimodal. Jeg er enig i arbeidsgruppens bruk av sunn klinisk fornuft. Borderline PF er en heterogen gruppe. Klinisk erfaring tilsier at svært dårlige pasienter trenger mer støtte enn unimodal behandling alene. Eksempelvis fant Kvarstein et al., (2013) at borderlinepasienter i unimodal behandling har høyere forbruk av andre (støttende) helsetjenester enn pasienter i multimodal behandling. Dette tyder på at dersom behandlingsprogrammet ikke legger opp til det, skaffer pasientene seg mer støtte/behandling (eks. kriseinnleggelse) på «egen hånd». For øvrig er teksten i veiledningen er dekkende med hensyn til forskjeller i alvorlighetsgrad.

### **5. Langvarig versus kortvarig psykoterapi.**

Anbefalingen sier at det er god praksis med både kortvarig og langvarig psykoterapi, idet det ikke er funnet evidens for en forskjell i effekt.

Denne anbefalingen er problematisk. I teksten anføres det at det bare er indirekte evidens, og denne evidensen har en så dårlig kvalitet at det er tvilsomt om den bør brukes som argument i noen retning. Det kan nevnes at en av de få «head-on» RCT studier som foreligger, er den av Lorentzen og medarbeidere (2014) som sammenligner effekt av langvarig versus kortvarig gruppepsykoterapi. Data tyder på at langvarig terapi gir en tilleggseffekt for gruppen med personlighetsforstyrrelser, men ikke for de med rene symptomlidelser. Andre indirekte data som trekker i samme retning: Kvarstein og medarbeidere (2014) fant ved langvarig behandling effektstørrelser og (lav) dropoutrate som kortvarig behandling ikke har vært i nærheten av. Anbefalingen strider derfor mot egne kliniske erfaringer og sunn fornuft. Det er et problem ved dette og det forrige punktet at spørsmålsstillingen blir for allmenn. I begge tilfellene kommer dette med alvorlighetsgrad inn. Ved høyere fungerende borderline PF kan unimodal og kortvarig psykoterapi være god behandling. Ved svært dårlig fungerende vil de

fleste anse multimodal og langvarig psykoterapi som god behandling. *Ettersom anbefalingen på dette området begrunnes i «god praksis», ville jeg ha formulert den i retning av følgende: Det er god praksis å anvende kortvarig eller langvarig psykoterapi, avhengig av alvorlighetsgrad.*

## **6. Monitorering av psykoterapi.**

Anbefalingen sier at det er god praksis å overveie å anvende monitorering av psykoterapi ved borderline PF.

Igjen står jeg overfor et språklig problem: «det er god praksis å overveie». På dette området er det altså ikke grunnlag for et evidensbasert råd. Derfor henvisning til «god praksis». Jeg er imidlertid litt tvilende til anbefalingen om «god praksis» på dette området. Det spørs hva man mener med «monitorering». I vår tid vil mange forbinde dette med den praksis som er anbefalt av Lambert og medarbeidere. La oss kalle det «tett monitorering». Med mitt kjennskap til nordisk psykoterapeutisk praksis tviler jeg på at det foreligger nok positiv praktisk erfaring med slik «tett monitorering» av behandling av borderlinepasienter, til at man bør anbefale det. Annerledes er det med «lett monitorering», eksempelvis outcome-målinger hver 6 måned. Det er gode «common sense» grunner og langvarig praktisk erfaring som tilsier at det er fornuftig å gjøre det siste. Det er gode grunner til å dokumentere effekt av behandling. Det er imidlertid tvilsomt om pasienter blir fortere eller mer friske av en slik praksis. Spørsmålet er kanskje litt dårlig stilt. Kanskje en burde stille spørsmålet om *hva slags monitorering*. Langvarig klinisk erfaring tilsier at «monitorering av psykoterapi» for borderline PF er noe som bør skje kontinuerlig gjennom teamsamarbeid og veiledning. Helst bør dette være videobasert. I dette spørsmålet spørres det om en skal bruke «validerende instrumenter» for slik monitorering. Jeg ville ha svart noe i retning av det følgende: *«Det er god praksis å monitorere psykoterapi til pasienter med borderline PF. Dette bør i hovedsak gjøres gjennom regelmessig veiledning».*

## **7. Individuelle kriseplaner.**

Anbefalingen sier at man skal overveie å anvende individuelle kriseplaner til pasienter med borderline PF.

I teksten understrekes det at evidensgrunnet for denne anbefalingen er meget lav. Det inkluderer da også bare én RCT. Forfatterne av denne studien (Borschmann et al., 2013) konkluderer med «no evidence of clinical efficacy» (av kriseplaner). Jeg synes derfor at anbefalingen i retningslinjene er for sterk i forhold til tilgjengelig empiri. Den bør nedgraderes til «god praksis». Og god praksis innebærer etter min mening at en ikke generaliserer til «alle pasienter med borderline PF», dvs. i sin alminnelighet, men at dette gjelder for pasienter med dårlig selvkontroll. Forslag: *«Det er god praksis å anvende kriseplaner til pasienter med borderline PF når vedkommende viser tegn på dårlig selvkontroll (selvskading, selvmordsforsøk, voldelig adferd, rusmisbruk, etc.)»*

## **8. Antidepressiv medisin**

Anbefalingen sier at man ikke bør rutinemessig anvende antidepressiv medisin til pasienter med borderline PF.

Jeg er enig i denne anbefalingen og finner den i samsvar med evidensen på området. Det anføres at «brug af antidepressiv medicin til patienter med BPF er utbredt». Ja, det er erfaringen også i Norge (og andre land). Mye tyder på at denne bruken er dårlig praksis og skadelig behandling. Arbeidsgruppen finner frem til 6 studier. Disse studiene er av elendig kvalitet (spesielt med hensyn til varighet) og kontrollgruppene er placebo. Når det er etablert konsensus om effekt av en type behandling for en lidelse (som her: psykoterapi for borderline

PF) er det verken god vitenskap eller god etikk å teste effekten av annen behandling mot placebo. Dessuten settes pasienter rutinemessig på langvarig bruk av antidepressiva, mens test trials innskrenker seg til svært kortvarig bruk. En adekvat test på spørsmålet som retningslinjene stiller ville være RCT der lengre tids behandling med antidepressiva sammenlignes med lengre tids psykoterapi. Tatt i betraktning det ovenstående, kunne teksten vært ennå mer kritisk.

### **9. Stemningsstabiliserende medisin.**

Anbefalingen sier at man ikke bør rutinemessig anvende stemningsstabiliserende medisin til pasienter med borderline PF.

Jeg er enig i denne anbefalingen og finner den i samsvar med evidensen på området. Det gjelder det samme her om at kontrollbehandlingen er placebo og ikke psykoterapi. For øvrig bør benevnelsen «stemningsstabiliserende» stå i anførselstegn. Dette begrepet er mer et salgstriks enn en vitenskapelig adekvat betegnelse på en virkningsmekanisme. Igjen synes jeg teksten er i «snilleste» laget. *Det som står i første avsnitt av pkt. 10.3 (Praktiske råd og særlige patientovervejelser) synes jeg man bør stryke, dvs. dette med å overveie slik medikasjon på indikasjon interpersonlige problemer.* For det første skriver man eksplisitt «interpersonlige problemer», som i den psykoterapeutiske litteraturen vanligvis forbindes med mål ved IIP («Inventory of interpersonal problems»), mens referanselitteraturen viser til en subskala på SCL-90-R («interpersonal sensitivity»). For det andre: Interpersonlig sensitivitet vil jo nettopp være et prioritert fokus for psykoterapi. Dette skal ikke dempes medikamentelt. Igjen viser dette at medikamentell behandling ikke skal testes gjennom sammenligning med placebo, men opp mot annen virksom behandling eller kombinasjonen av disse. Ettersom dette ikke er gjort, har man ikke dekning for å si at «stemningsstabiliserende» «kan have positiv indvirkning på patientens mulighet for at profitere af den psykoterapeutiske behandling». Det kan godt være motsatt.

### **10. Antipsykotisk medisin.**

Anbefalingen sier at man ikke skal rutinemessig anvende antipsykotisk medisin til behandling av pasienter med borderline PF.

Jeg er enig i anbefalingen og finner den i samsvar med evidensen på området. Det gjelder det samme for antipsykotisk medikasjon som jeg har anført ovenfor, for antidepressiv og «stemningsstabiliserende» medisin: Dårlig kvalitet på studier, som er for korte, har for lav n og har inadekvat sammenligning med placebo der det burde være psykoterapi.

### **Bilag 4: Oppdatering og videre forskning.**

I dette bilaget er flere emner listet opp. Rekkefølgen synes tilfeldig. Jeg foreslår at man antyder en prioritering der de viktigste emnene settes øverst. Studier av effekten av psykofarmaka ville jeg sette lavt. Det er ingenting som tyder på noe gjennombrudd her. Derimot er det et stort problem med (skadelig) *polyfarmasi*. Omfanget av dette ved BPF bør det forskes på. Øvrige forslag til prioriteringer: 1) Screening for BPF i primær sektor, 2) effekt av psykoedukasjon, 3) alvorlighetsgrad av BPF og multimodal/unimodal terapi samt varigheten av terapi.

### **Referanser:**

Antonsen, B., Kvarstein, E.H., Urnes, Ø., Hummelen, B., Karterud, S. & Wilberg, T. (in press) Favorable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychotherapy Research*.

Kvarstein, E., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. Karterud, S., (2014) Changing from a traditional psychodynamic treatment program to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder. Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, DOI: 10.1111/papt.12036

Kvarstein, E., Arnevik, E., Hallsteinli, V., Rø, F.G., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013) The health service costs and clinical gains of psychotherapy for personality disorders: A randomized controlled trial of day hospital-based step down treatment versus outpatient treatment in specialist practice. *BMC Psychiatry*, Nov 22, 13, 315.

Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A. & Høglend, P.A. (2014) Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *Br J Clin Psychol*, doi: 10.1111/bjc. 12065

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011) Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørende-opplæring. Rapport no 09.

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

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

Overordnet set udmærker retningslinjen sig ved at behandle klinisk relevante spørgsmål med velbeskrevne og stringent gennemførte metoder. Anbefalingerne, opsummeret i afsnittet med "Centrale budskaber", er klart formulerede og vil have direkte betydning for klinisk praksis i både den primære og sekundære sundhedssektor. Da referencegruppen er bredt sammensat af relevante interessenter, er det sandsynligt, at anbefalingerne vil møde bred anerkendelse, hvilket yderligere bidrager til anvendeligheden af disse. Samlet set er det vurderingen, at anbefalingernes styrkeangivelser i altovervejende grad er velbegrundede og baserede på det bedst mulige evidensgrundlag.

Selvom den overordnede vurdering af retningslinjen er positiv, rummer retningslinjen dog også en række uklarheder og mulige fejl, som bør adresseres inden den endelige offentliggørelse af retningslinjen. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at den udleverede version af retningslinjen giver ikke adgang til evidensvurderingerne i bilag 9, hvorfor disse ikke har været inddraget i bedømmelsen af retningslinjen. Det har endvidere ikke været muligt at få adgang til søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser via det link, der findes i bilag 8 (s. 69).

Til de mere substantielle problemer ved retningslinjen hører:

- Det er umiddelbart uklart, hvorfor det (afsnit 6, p. 12) konkluderes, at: "Der findes på nuværende tidspunkt ingen studier om den diagnostiske præcision af screeningsredskaber, der kan anvendes hos den praktiserende læge i primær sektor med henblik på tidlig opsporing af patienter med mulig BPF, når SCID-II anvendes som referencestandard". Dette synes at stå i direkte modstrid til resten af afsnit 2.6, "Gennemgang af evidensen", som eksplicit præsenterer fund fra en række studier, som netop vedrører den diagnostiske præcision af redskaber, hvor SCID-II anvendes som referencestandard.
- Det er uklart, hvorfor det angives, at der ikke er fundet evidens, der direkte besvarer spørgsmålet om, hvorvidt der bør anvendes et semistruktureret personlighedsinterview, når personer med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres (PIRO 2). Det angives (p. 14), at det ønskes afklaret: "i hvilket omfang mindre omfattende undersøgelsesprogrammer, som et ustruktureret klinisk interview, er valide i forhold til diagnosticering af borderline personlighedsforstyrrelse sammenlignet med et semistruktureret personlighedsinterview, der betragtes som referencestandard". For en umiddelbar betragtning synes i hvert fald studiet af Zimmerman & Mattia (1999) (der figurerer som ref. 20 i rapporten) at besvare dette spørgsmål. En hurtig søgning identificerede en yderligere artikel (Andion et al. (2008). Borderline personality disorder diagnosis: Concordance between clinical and semi-structured interview evaluation. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(3), 144-150), som adresserer spørgsmålet om konkordans mellem diagnoser stillet gennem kliniske og semi-strukturerede interview. Hvis det er vurderingen, at studier som disse ikke besvarer spørgsmålet, fremgår det ikke klart nok, hvilken type studier, der efterlyses. Hertil kommer, at der kunne have været argumenteret klarere for rimeligheden af at benytte semi-strukturerede interview som referencestandard. Westen (1997) påpeger, at et problem ved denne tilgang er, at diagnosen overvejende baseres på de informationer, der gives i det semi-strukturerede

interview på bekostning af et mere longitudinelt perspektiv, som inddrager patientens adfærd observeret i behandlingssituationen samt den information om patienten dagligliv, som tilvejebringes gennem behandlingsforløbet. Selvom Zimmerman & Mattias artikel demonstrerer, at semi-strukturerede interview tilvejebringer informationer, som rent faktisk vurderes vigtige af klinikere, bør det overvejes, om der til de praktiske råd på dette område bør tilføjes en anbefaling af, at en diagnose baseret på et semi-struktureret personlighedsinterview altid bør suppleres med og løbende vurderes i forhold til informationer om patienten, der er tilvejebragt gennem fx samtaler med pårørende og behandlingsforløbet som helhed.

- Formuleringen og besvarelsen af spørgsmålet vedr. multimodale behandlingsprogrammer (PICO 5, pp. 19ff) fremstår som tvetydig. Det fokuserede spørgsmål lyder: "Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi?". Imidlertid fremgår det af teksten længere nede på siden, at det spørgsmål, der rent faktisk besvares er: "Det ønskes afklaret, om der er forskel på effekten af henholdsvis specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, indeholdende mindst to modaliteter, hvoraf mindst én er psykoterapi, og unimodal psykoterapi". Forskellen i formulering er ikke trivial, idet der rent faktisk er evidens for effekten af specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, hvorfor den første formulering af spørgsmålet for så vidt kunne besvares med en "stærk anbefaling for" interventionen. I og med at det spørgsmål, der reelt besvares, er spørgsmålet om forskel i effekt mellem multi- og unimodale behandlingsprogrammer, ender besvarelsen af dette spørgsmål imidlertid med en "god praksis" anbefaling. På denne måde tilsløres det særdeles klinisk relevante fund, at der er moderat til stærk evidens for både multi- og unimodale behandlingsprogrammer, der indeholder psykoterapi. Selvom dette fund ikke er kontroversielt, er det dog den måske mest centrale kliniske anbefaling i forhold til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse, at behandling bør omfatte en psykoterapeutisk komponent. Der burde overvejes, om det er muligt at tilføje og besvare et ekstra spørgsmål, som kunne formuleres som "Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multi- eller unimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi?".
- Det er uklart, hvorfor det vurderes, at det ikke er muligt at vurdere langtidseffekter af nogen af behandlingerne (p. 20). For i hvert fald DAT og MBT findes studier med længere followup end 12 måneder (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(7),757-66 & Bateman & Fonagy (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry*, 165, 631-638). I betragtning af, at disse studier indgår i det Cochrane review, der udgør det primære empiriske grundlag for besvarelsen af spørgsmålet, er det overraskende, at resultaterne fra disse studier ikke omtales. Det er muligt, at studierne er ekskluderet ud fra valide kriterier, men umiddelbart er det vanskeligt at gennemskue, hvad årsagen til en sådan eksklusion skulle være.
- Tabellen i bilag 10 indeholder flere fejl, idet rækken vedr. selvmordsforsøg omtaler resultater vedr. IIP og rækken vedr. symptombelastning refererer til resultater vedr. selvmordsadfærd.

- Formuleringen vedrørende kvaliteten af evidensen vedr. multimodal terapi (p. 20) synes ikke helt retvisende. Formuleringen burde måske snarere have været: "...hvorfor anbefalingen er baseret på baggrundsmateriale understøttet af konsensus i arbejdsgruppen".
- Af afsnit 6.6 "Genemgang af baggrundsmateriale" fremgår det, at grundlaget for besvarelsen af spørgsmål 6 (PICO 6) vedr. langvarig versus kortvarig psykoterapi er studier med en opfølgningstid på op til 18 måneder. Igen er det overraskende, at studier som de ovenfor omtalte af Linehan et al. (2006) og Bateman & Fonagy (2008) er blevet ekskluderede (eller overset).
- Tabellen i bilag 11 indeholder de samme fejl som tabel 10, idet rækken vedr. selvmordsforsøg omtaler resultater vedr. IIP, og rækken vedr. symptombelastning refererer til resultater vedr. selvmordsadfærd.
- På linje med bemærkningen ovenfor burde formuleringen vedrørende kvaliteten af evidensen for hhv. kortere- og længerevarende psykoterapi (p. 23) måske have været: "...hvorfor anbefalingen er baseret på baggrundsmateriale understøttet af konsensus i arbejdsgruppen".
- I behandlingen af spørgsmålet vedr. monitorering af psykoterapi (PICO 7) savnes der en skelnen mellem monitorering med og uden feedback til patienterne. Anbefalingen omtaler monitorering uden at nævne feedback, men formuleringerne i "Baggrund for valg af spørgsmål" og "Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter" indikerer, at det, der søges undersøgt, er systematisk feedback til patienten. Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem disse to tilgange til monitorering, da de har meget forskellige implikationer for den psykoterapeutiske proces.
- Det fremstår som uheldigt, at der i afsnit 10.6, "Gennemgang af evidensen" præsenteres non-signifikante fund. Problemet bliver særligt stort, fordi disse non-signifikante fund i afsnit 10.8, "Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter" præsenteres som egentlige fund, uden at det nævnes, at der ikke var tale om en statistisk signifikant øgning i forekomsten af de omtalte bivirkninger.
- Tabel 11.7, rækken om Borderline sværhedsgrad, indeholder en fejl i teksten vedr. interventionsgruppen.
- Det fremstår som diskutabelt, at det i afsnit 11.9, "Rationale for anbefaling" anføres, at der "kun ses små effekter af behandlingen på enkelte udvalgte effektmål". Dette stemmer ikke overens med det specifikke fund af, at forekomsten af selvmordsadfærd mere end halveres efter psykofarmakologisk behandling.

Udover disse mere substantielle kommentarer kan følgende ændringer / tilføjelser overvejes:

- Det bør overvejes at supplere indledningskapitlet (pp. 8ff.) med en kort læsevejledning, herunder en definition af centrale begreber som PICO og PIRO samt en redegørelse for hvor man finder en liste over de kritiske outcomes. Dette vil gøre retningslinjen mere umiddelbart tilgængelig for en bredere målgruppe.

- Man kunne for at øge læsevenligheden overveje at henvise til bilag 6 første gang, der refereres til "kritiske effektmål" (p. 16).
- Rækkefølgen af spørgsmål i selve gennemgangen af spørgsmålene (PIRO-spm. kommer først, derefter PICO-spørgsmål vedr. psykoterapi) afviger fra rækkefølgen i bilag 8 (PICO-spm. kommer først, derefter PICO-spørgsmål vedr. farmakologisk behandling).
- Man kunne evt. tilføje PICO-/PIRO-nummereringen af spørgsmålene i en parentes (PICO # / PIRO #) efter de fokuserede spørgsmål i selve gennemgangen for at øge læsevenligheden.
- Formuleringen af afsnit 4, p. 22 er sprogligt uklart.
- Det bør overvejes, om termen "Individuelle" bør slettes fra tabel 8.7, da der kun i det ene af de studier, der omtales i tabellen, var tale om individuelle kriseplaner.
- På indeværende tidspunkt savnes listen over forkortelser og begreber, som har stor betydning for læsevenligheden af retningslinjen.

AGREE II vurdering af retningslinjen foreligger i et selvstændigt dokument.



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

København, d. 25. marts 2015