

## NOTAT

Høringsnotat - national klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en national klinisk retningslinje for behandling af OCD, som led i udarbejdelsen af i alt ca. 50 nationale kliniske retningslinjer som følge af en bevilling på Finansloven 2012.

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af OCD har været i bred offentlig høring og peer review i perioden 17. november til 7. december 2015.

Sundhedsstyrelsen har modtaget ni høringssvar til retningslinjen fra nedenstående parter, listet i indkommen rækkefølge:

1. Dansk Psykiatrisk Selskab
2. Dansk Selskab for Almen Medicin
3. Social-og Indenrigsministeriet
4. KL
5. Dansk Psykolog Forening
6. Danske Regioner
7. Socialstyrelsen
8. Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
9. Dansk Sygepleje Selskab

Det er positivt, at kommuner, regioner, ministerier samt faglige selskaber og foreninger har gennemgået og prioriteret at afgive høringssvar til den nationale kliniske retningslinje.

Den nationale kliniske retningslinje er desuden blevet vurderet af to peer reviewere udpeget af Sundhedsstyrelsen:

- Bernhard Weidle, dr. med., ph.D., lektor, Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, St. Olav's University Hospital
- Lars-Göran Öst, Professor emeritus, Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet.

4. februar 2016  
Sagsnummer 4-1013-60/2  
**Sagsbehandlers** BEHJ  
NKRsekretariat@sst.dk  
Tlf: 7222 7400

Sekretariatet for Nationale  
Kliniske Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

T +45 72 22 74 00  
www.sst.dk

Dette notat sammenfatter høringssvarene og peer reviews. Notatet fremhæver primært de bemærkninger, der har indholdsmæssig karakter. Der redegøres ikke for bemærkninger af mere redaktionel karakter. Der er derudover foretaget mindre justeringer som følge af de indkomne bemærkninger. De enkelte høringssvar, peer reviews og dette sammenfattende notat er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### **Generelt om retningslinjen**

Høringsparterne hæfter sig generelt ved den manglende evidens på området. En høringsspart påpeger i den forbindelse, at de ikke finder, at al tilgængelig RCT-baseret viden er inddraget i retningslinjen. De i høringssvaret nævnte referencer er blevet tjekket, hvilket ikke har afstedkommet inddragelse af nye studier i retningslinjen.

Flere høringsspart kommenterer, at de finder det problematisk, at der i retningslinjen anbefales en psykoterapeutisk behandling frem for en anden set i lyset af den generelle manglende evidens på området. Det påpeges yderligere, at flere spørgsmål er centreret omkring kognitiv adfærdsterapi. En høringsspart efterlyser ligeledes, at retningslinjen udbygges med viden om effektive elementer ved psykoterapi. Det skal hertil bemærkes, at de nationale kliniske retningslinjer tager afsæt i 8-10 nedslagspunkter i form af 8-10 fokuserede spørgsmål (PICOs) inden for en afgrænset sundhedsfaglig problemstilling. Den nationale kliniske retningslinje kan således ikke rumme alle relevante spørgsmål. Det skal i den forbindelse nævnes, at arbejdsgruppen i formuleringen af PICOs tog udgangspunkt i kendt viden om, at kognitiv adfærdsterapi er den mest effektive psykoterapeutiske behandling til børn, unge og voksne som lider af OCD. På baggrund af indkomne kommentarer er der indledningsvis i retningslinjen blevet tilføjet en præcisering af, hvad indholdet i et standard manualiseret kognitiv adfærdsterapi til OCD er, samt tilføjet referencer på den kendte effekt af kognitiv adfærdsterapi på OCD.

Det skal jf. et af høringssvarerne præciseres, at retningslinjen omhandler OCD som hoveddiagnose. En høringsspart efterlyser at Body Dysmorphic Disorder nævnes i retningslinjen. Body Dysmorphic Disorder er ikke omtalt i retningslinjen, eftersom de ikke er en del af den inkluderede patientgruppe, da denne er afgrænset til DF42.

### **Outcome**

En peer reviewer efterlyser begrundelse/reference på, at der som et vigtigt outcome mål for remission er valgt en score på  $\leq 9$  på CY-BOCS/ Y-BOCS skalaen efter endt behandling. På baggrund her af er det i retningslinjen blevet præciseret, at ”dette afspejler en cut-off værdi, som vurderes klinisk relevant”.

Endvidere påpeger en peer reviewer, at nogle af de outcome, som der afrapporteres i evidensprofilerne, ikke er at genfinde i de studier, der refereres til. Forklaringen her på er, at nogle outcome, fx symptomscore, minimum 30 %

reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS og remission (CY-BOCS:  $\leq 9$ ), ikke direkte er blevet afrapporteret i studierne, men det har været muligt at udlede outcomes, som arbejdsgruppen finder svarer overens med det defineret outcome, fx 30 % reduktion i CY-BOCS afrapporteret som 10 points fald i CY-BOCS. Som følge af kommentaren er det i evidensprofilerne blevet præciseret hvilke specifikke mål, der er blevet brugt fra de inkluderede studier.

### **Antal sessioner**

Flere høringssvar finder det ikke hensigtsmæssigt, at der i nogle af anbefalingerne/de praktiske råd sættes specifikke antal sessioner på forløbene. Kritikken er taget til efterretning, og henvisninger til et specifikt antal sessioner er blevet slettet i PICO 1, 5 og 7.

### **PICO 1 – Behandling af mild OCD**

En høringsspart undrer sig over, hvorfor at retningslinjen ikke kommer til samme konklusion som et af de inkluderede studier. Forklaringen herpå er, at retningslinjen sammenfatter evidensen fra to studier.

En peer reviewer stiller spørgsmål til, hvorvidt de to inkluderede studier kan benyttes til at besvare PICO 1. Arbejdsgruppen har på baggrund her af, vurderet de to inkluderede studier. Studierne ekskluderer ikke mild OCD fra deres population, men da de ikke specifikt undersøger effekten af behandlingen med kognitiv adfærdsterapi hos børn, unge og voksne med mild OCD, vurderer arbejdsgruppen, at studierne ikke kan inddrages i evidensgrundlaget for anbefalingen, hvorfor anbefalingen er blevet ændret til en god praksis anbefaling. Studierne anvendes i stedet som baggrund for anbefalingen.

Under praktiske råd er det endvidere blevet tilføjet, at afhængigt af patientens præferencer og ressourcer kan der tilbydes selvhjælpsbehandlinger i form af fx biblioterapi, selvhjælpsgrupper og internetbaseret eller behandlerbaseret kognitiv adfærdsterapi for OCD.

En høringsspart udtrykker bekymring for, at man kan komme til at overbehandle milde tilfælde af OCD, da man kan forestille sig, at der også for nogle tilfælde kan være en spontan helbredelse. Høringssparten foreslår derfor, at man fremadrettet undersøger, om en tidlig indsats kan forhindre udvikling af svær sygdom. Som følge her af er der i Bilag 4 omhandlende videre forskning blevet tilføjet, at der mangler viden om, hvorvidt en tidlig indsats kan forhindre udvikling af svær sygdom.

### **PICO 2 - Familiebehandling til børn og unge med OCD**

På baggrund af kommentar fra peer reviewer, der viser at sætningen skaber mere forvirring end afklaring slettes følgende sætning under de praktiske råd: ”Familiebaseret terapi kan være designet ud fra flere forskellige terapeutisk retninger og indeholde forskellige elementer og foci for behandlingen. Der kan vælges forskellige manualer til familiebaseret kognitiv adfærdsterapi, da

forskellige kognitiv adfærdsterapi manualer til OCD med et familiebaseret fokus kan have god effekt”.

4. februar 2016  
Side 4 af 5

### **PICO 3 – Kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe**

Den ene peer reviewer efterlyser inddragelse af yderligere mindst tre andre studier til besvarelse af spørgsmålet. Arbejdsgruppen finder ikke, at alle de nævnte studier er relevante, da de ikke indeholder den rigtige sammenligning. De to nævnte studier Fals-Stewart et al (1993) og O’Connor et al (2005) er imidlertid meget relevante, og er derfor efterfølgende blevet inddraget i evidensgrundlaget. Kvaliteten af evidensen ændres som følge heraf fra lav til moderat, men inklusionen af de to studier giver ikke grund til ændring af anbefalingen. Begge studier er oprindeligt ikke blevet inkluderet, grundet at de ikke er identificeret i det inkluderet systematiske review.

En høringspart nævner, at der ikke synes at være grundlag for en anbefaling hverken for eller imod gruppebehandling til børn og unge med OCD. Arbejdsgruppen fastholder imidlertid en god praksis anbefaling imod gruppebehandling, da ingen af de inkluderede studier omhandler børn og unge, og der ikke er dansksprogede behandlingsmanualer for behandlingen med kognitiv adfærdsterapi i gruppe til børn og unge.

### **PICO 4 - Tredjebølge Kognitiv Adfærdsterapi**

En høringspart efterlyser med henvisning til 2. referencegruppemøde inddragelse af to RCT studier i evidensgrundlaget. De to studier er imidlertid efterfølgende valgt fra, da de ikke indeholder den rigtige sammenligning. Under gennemgangen af evidensen er der tilføjet en kort henvisning til det ene studie og herunder begrundelse for, hvorfor det ikke indgår i evidensgrundlaget.

En høringspart foreslår at anbefalingen vendes om fra en svag anbefaling imod tredjebølge kognitiv terapi til en svag anbefaling for kognitiv adfærdsterapi. Arbejdsgruppen fastholder imidlertid anbefalingens ordlyd ud fra en begrundelse om, at der kun indgår 10 patienter i evidensgrundlaget, og kvaliteten af evidensen for tredjebølge behandlingen er svag.

### **PICO 5 - Førstevalgsbehandling af børn og unge med moderat til svær OCD**

En høringspart foreslår, at anbefalingen ændres fra en stærk anbefaling imod til en svag anbefaling imod, med begrundelse i den sparsomme evidens på området (to studier med lav evidens). I og med at der er tale om SSRI, som førstevalgsbehandling fastholder arbejdsgruppen den stærke anbefaling imod.

### **PICO 8 – Tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum til voksne med svær OCD**

En peer reviewer efterlyser at spørgsmålet udvides til også at omhandle børn og unge. På baggrund heraf, er der i baggrunden for valg af spørgsmål tilføjet

følgende: ”Da der ikke foreligger tilstrækkelig evidensgrundlag fra den pædiatriske litteratur om tillægsbehandling med antipsykotika er spørgsmålet alene rettet mod voksne”.

4. februar 2016  
Side 5 af 5