

Høringsvar – national klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

1. Erhvervsstyrelsen
2. Dansk Socialrådgiverforening
3. Odense Universitetshospital
4. DSAM
5. DASYS
6. Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
7. Foreningen af Kliniske Diætister
8. Socialstyrelsen
9. Dansk Selskab for Distriktpsychiatri
10. Dansk Psykolog Forening
11. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
12. KL
13. Dansk Selskab for Fysioterapi og Dansk Selskab for Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi
14. Danske Regioner
15. Kildehøj Privathospital
16. Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Peer Review

- Susanne Lunn, lektor, Institut for psykologi på Københavns Universitet
- Øyvind Rø, professor på Oslo Universitet

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

Sendt: 2. marts 2015 10:00

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Cc: Mathias Føns

Emne: Erhvervsstyrelsens høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Kære Sundhedsstyrelsen

Erhvervsstyrelsen har på Høringsportalen fundet Sundhedsstyrelsens høring vedr. "National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi".

Høringen giver ikke Erhvervsstyrelsen (herunder Team Effektiv Regulering) anledning til bemærkninger, idet forslaget ikke vurderes at indeholde 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 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
www.erhvervsstyrelsen.dk

ERHVERVS- OG VÆKSTMINISTERIET

Fra: Søs Jane Ammentorp [<mailto:sa@socialraadgiverne.dk>]

Sendt: 2. marts 2015 13:08

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Emne: National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 18. marts 2015

Dansk Socialrådgiverforening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Dansk Socialrådgiverforening har ingen kommentarer.

Med venlig hilsen

Søs Ammentorp

Sekretær

D 3338 6160 · M 5168 0014

Afgrænsningen

Det er en styrke ved retningslinjerne, at det i afgrænsningen af patienter (afsnit 1.2) eksplicit er præciseret, at den *ikke* omfatter patienter, som er undervægtige, da der i ICD-10 er uklarhed omkring afgrænsningen mellem anoreksi og bulimi. Tilsvarende er det en styrke, at der eksplicit afgrænses over for patienter med overspisning uden kompensatorisk adfærd (Binge Eating Disorder).

Ernæringsintervention

I afslutningen af afsnit 8.7 anføres: *"Denne anbefaling omhandler ikke, om der bør gives en ernæringsintervention, men omhandler derimod formatet for interventionen"*. Mens svaret på det fokuserede spørgsmål er: *"Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en er-næringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret"*. Retningslinjerne tager således positiv stilling for ernæringsintervention, men ikke formatet. Den vigtigste konklusion må være, at ernæringsintervention skal være en integreret del af den samlede behandling, som eksplicit anført i afsnit 8.4.

Væske-elektrolyt forstyrrelser

Væske-elektrolyt forstyrrelser er ikke nævnt med ét eneste ord. Selvom det falder uden for de valgte fokuserede spørgsmål, så forekommer det lidt underligt, at en klinisk vejledning om svær BN, der henvender sig til sundhedsprofessionelle helt kan undlade dette. I afsnit 2.6 bekræftes, at der ikke er evidens for at BN skal behandles ved indlæggelser - hvilket jeg er meget enig i. Men her (og/eller i afsnittet om monitorering) bør tilføjes, at nogle af de sværeste tilfælde har behov for tæt monitorering med blodprøver og EKG, og atter nogle har behov for gentagne kortvarige somatiske indlæggelser til væske-elektrolyt korrektion. Den erklærede målsætning med vejledningen er, at sikre faglig kvalitet på tværs af sektorerne. Væske – elektrolytforstyrrelserne forårsager bl.a. hjerterytmeforstyrrelser, nyreproblemer og kramper. Væske – elektrolyt forstyrrelserne udgør sammen med selvmord den hyppigste årsag til død i denne patientgruppe¹. Det er derfor vigtigt, at alle, der behandler svær BN er opmærksom på risikoen for væske-elektrolyt forstyrrelserne og behovet for monitorering med blodprøver og EKG.

¹ Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, Haukka J. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1101-6. PubMed PMID: 23958333.

Fra: Dorthe Pedersen [<mailto:dp@dsam.dk>]

Sendt: 5. marts 2015 15:59

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Cc: 'Ynse Klazes de Boer'

Emne: SV: National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 18. marts 2015

Til Sundhedsstyrelsen

DSAM takker for modtagelsen af denne mail og muligheden for at blive hørt i denne forbindelse.

Vi kan dog oplyse, at vi ikke har bemærkninger til denne nationale kliniske vejledning.

Venlig hilsen

Dorthe Pedersen

Dorthe Pedersen
DSAM's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø
T: 7070 7431 • Dir: 5150 1676
dp@dsam.dk • www.dsam.dk

Sundhedsstyrelsen
Sekretariatet for nationale kliniske retningslinjer

Odense den 16. marts 2015

Høringssvar fra DASYS vedr. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

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, som har deltaget i arbejdsgruppen og fået nedenstående bemærkninger:

Det har været lærerigt for de 2 repræsentanter fra Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker at være med i denne arbejdsgruppe. Som ved flere andre psykiske lidelse har selve rammen omkring evidensvurderingen i NKR været udfordrende ift. at finde nationale retningslinjer, som kan anbefales til kollegaer i hele landet. Dette ses også tydeligt ift. den lave evidensgrad i alle anbefalinger.

Ud fra de gældende rammer i NKR oplever vi, at anbefalingerne omkring behandling af svær bulimi er retningsanvisende og brugbare både for sygeplejersker, som møder patienten i ambulant regi, samt for sygeplejersker som møder patienten under indlæggelse. Det ses som en fordel at retningslinjen på nogle områder både anbefaler hvad der ses som god praksis, og hvad man kan undlade i sin praksis.

Derudover har DASYS følgende bemærkninger:

Vi bliver præsenteret for et omfattende materiale. 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 fx helbredsrelateret livskvalitet, selvoplevet funktionsniveau.

En quickguide med reference til den nationale kliniske retningslinje og apps, som foreslået side 92, vil være en rigtig god ide både ift. klinisk praksis og uddannelsesmæssigt brug. Bl.a. må ACT teams være yderst oplagt i et sygeplejefagligt perspektiv

På side 92 i retningslinjen fremgår det, at Sundhedsstyrelsen foreslår at de faglige selskaber bl.a. lægger retningslinjen på deres hjemmeside, herunder orienterer om, hvad retningslinjen indebærer. Ideen er god, men hvordan en sådan orientering skal udformes er ikke præciseret. Det kunne have været en hjælp.

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

Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser

En forening for behandlere og forskere

Formand; Loa Clausen, Psykolog
Børne- & Ungdomspsykiatrisk Center
Skovagervej 2
8240 Risskov
E-mail: loaclaus@rm.dk

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab

16/3 2015

Høringssvar til NRK for behandling af moderat og svær bulimi

Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser takker for invitationen til at afgive høringssvar på udkast til National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

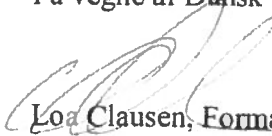
Retningslinjen er imødeset og ventet, idet der har været udtalt behov for afklaring på et område, bulimi hos børn og unge, der ikke før har været dækket af retningslinjer.

Dansk selskab for spiseforstyrrelser finder de prioriterede pico punktnedslag relevante, afklarende og brugbare i forhold til de spørgsmål de besvarer og har således ikke kommentarer til produktet på de præmisser, det er udfærdiget.

Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser finder imidlertid, at retningslinjen ikke imødekommer et stort behov hos fagprofessionelle/behandlere for et samlet overblik over best practice på området. Der savnes således en samlet retningslinje for, hvordan BN skal behandles i det danske sundhedsvæsen. I betragtning af, at behandling af BN foregår både i hovedfunktion, regionsfunktion og i højtspecialiserede funktioner savnes en samlet retningslinje, der kan guide organisation og behandlingen på de forskellige niveauer.

Endvidere finder Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, at det metodemæssigt er kritisabelt kun at inddrage RCT-studier, da dette kun giver en begrænset viden og hvor kliniske erfaringer savnes. Metoden er ikke tilpasset psykoterapiforskning og i lyset af, at psykoterapi i form af CBT anbefales som førstevalg i fht. behandling af BN, havde det været ønskværdigt, om metoderne til at vurdere kvalitet af psykoterapistudier, havde været inddraget i vurderingerne.

På vegne af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser



Loa Clausen, Formand

Formand: psykolog
Loa Clausen

Næstformand: sygeplejerske
Inger Becker

Webredaktør: klinisk diætist
Lene Kiib Hecht

Kasserer: socialrådgiver
Dorthe Graakjær

Bestyrelsesmedlem: læge
Laura Winkler

Bestyrelsesmedlem: læge
Riitta Thrane

Bestyrelsesmedlem: socialpædagog
Hannah Christiansen

Bestyrelsesmedlem: sygeplejerske
Helle Koch-Christensen

Bestyrelsesmedlem: psykolog
Anne Line Rasmussen

D. 18.3.2015

Foreningen af Kliniske Diætister's høringsvar vedrørende: "National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi"

Skt. Annæ Plads 6
1250 København K
Telefon: +45 33 32 00 39
Fax: +45 33 15 50 60
Mail: post@diaetist.dk
Web: www.diaetist.dk

Repræsentanter fra FaKD Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) har læst høringsudkastet igennem og finder overordnet, at høringen påpeger et mindre område i forhold til bulimi. Vi er særligt tilfredse med at Sundhedsstyrelsen har inddraget en klinisk diætist i arbejdsgruppen, nu vi fra foreningens side har forsøgt at deltage, men fik afslag på baggrund af, at vi er en fagforening og ikke et fagligt selskab.

De væsentligste områder som FaKD har bemærkninger til, er følgende sider:

kap. 8 side 40-41.

FaKD ønsker at bemærke at foreningens faggruppe bør angives, da vores faggruppe er dem, der tværfagligt behandler patienterne ift. ernæringsintervention, kostplaner m.m.

Eksempelvis:

Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, F.EKS VED KLINISK DIÆTIST, som kan være individualiseret eller standardiseret.

8.3

Ernæringsinterventionen kan foregå i gruppe og/eller individuelt, OG BØR F.EKS VARETAGES AF FAGGRUPPEN KLINISKE DIÆTISTER.

En ernæringsintervention VED KLINISK DIÆTIST bør/SKAL være en integreret del af den samlede behandling af patienter med bulimi.

Derudover er arbejdet med patientens forhold til og frygt for mad samt kostplaner, UDARBEJDET AF EN KLINISK DIÆTIST, en del af den ernæringsfaglige/ DIÆTETISKE behandling.

En ernæringsintervention kan dermed både være motivationsfremmende og adfærdsændrende og kan tilbydes i individualiseret eller standardiseret form, GERNE VED KLINISK DIÆTIST.

En standardiseret kostplan UDARBEJDET AF EN KLINISK DIÆTIST kan være del af vanlig behandling.

En individualiseret ernæringsintervention vil derimod bestå af dybdegående vejledning med udgangspunkt i en detaljeret undersøgelse af patientens spisning og ernæringstilstand, og en evt. kostplan, UDARBEJDET AF EN KLINISK DIÆTIST, vil være individuelt tilpasset.

Praksis mht. ernæringsinterventioner varierer i stor grad på tværs af behandlingssteder.

Andre overvejelser:

På specialiserede afsnit er der behov for tværfaglig, herunder ernæringsfaglig/ DIÆTETISK, ekspertise, EKSEMPELVIS KLINISK DIÆTIST.



8.7

Der er lagt vægt på, at den ernæringsfaglige behandling ofte kan gives i standardiseret form og som del af vanlig behandling, mens der i nogle tilfælde vil være behov for en individualiseret ernæringsintervention, GERNE VED KLINISK DIÆTIST.

Skt. Annæ Plads 6
1250 København K
Telefon: +45 33 32 00 39
Fax: +45 33 15 50 60
Mail: post@diaetist.dk
Web: www.diaetist.dk

FaKD påpejer:

Ydermere ønsker vi at uddybe høringsvaret med:

Der bør tilskrives en konklusion omkring nuværende henvisningsmuligheder, ventetider, og et oplæg om løsning for mulighed for henvisning til privat behandling ved f.eks. diætist og psykolog. Såfremt denne mulighed forelå, kan det være flere bulimikere ville opsøge hjælp, fremfor at blive henvist til den offentlige behandlingsmodel.

Vi håber, at I vil benytte Jer konstruktivt af vores kommentarer, og endelig henvende Jer ift. uddybelse ved behov.

Med venlig hilsen

Formand Mette Pedersen
Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD)





NOTAT

Titel | Socialstyrelsens høringssvar vedr. Høring om
National klinisk retningslinje for behandling af moderat
og svær bulimi

Fra: | Socialstyrelsen

Til: | Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Dato: 18. marts 2015

Sagsnr: 15/52955

Ledelsessekretariatet

AIN

Socialstyrelsens høringssvar vedr. Høring om National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Socialstyrelsen udtrykker en klar anerkendelse over for det store arbejde, som Sundhedsstyrelsen har lavet. Socialstyrelsen takker desuden for, at Sundhedsstyrelsen henviser til Socialstyrelsens kommende nationale retningslinjer for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats for borgere med svær spiseforstyrrelse.

Generelle bemærkninger

Socialstyrelsen ser positivt på, at retningslinjen konstaterer at motivationsarbejde er en del af vanlig behandling, og at det anbefales ikke rutinemæssigt at anvende en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af patienter med moderat og svær bulimi. Det er også Socialstyrelsens opfattelse, at motivation sagtens kan indarbejdes i behandling, og at udskydelse af behandling kan medføre yderligere forværring af den enkelte ved at forhale processen og derved reducere muligheden for helbredelse.

Yderligere ser Socialstyrelsen positivt på, at retningslinjen anviser, at der er behov for efterbehandlingsforløb på minimum ca. 6 måneder. Derved sikres en trinvis udslusning af borgeren fra psykiatrisk behandlingsmiljø til egen bolig, hvilket må forventes at nedsætte risikoen for tilbagefald. Varighed og intensitet for efterbehandlingsforløbet vil skulle varieres med sværhedsgrad og alderstrin (3) Det må også forventes, at sundhedsfagfolk bør afsætte flere ressourcer til at sikre sammenhæng og kontinuitet i fortsat behandling/indsats, herunder kontakte alment praktiserende læge for at sikre eventuel fortsat behandling i primær sektor, og kontakte kommunen for at sikre, at eventuel hjælp efter serviceloven og en eventuel uddannelses- og beskæftigelsesindsats sættes i værk. Socialstyrelsen vil anbefale, at denne kontakt allerede foregår tidlig i behandlingsforløbet,



så alle parter har mulighed for at sikre en sammenhæng og kontinuitet i fortsat behandling og social rehabilitering. Det er desuden vigtigt at kunne dokumentere borgerens parathed til udslusning og kommunikere disse resultater til samarbejdspartnere.

I retningslinjens bilag 1 fremgår det, at et opfølgingsstudie (8) viser, at

- 20 – 40 % af patienter i behandling udvikler en kronisk spiseforstyrrelse
- 30 – 60 % af patienter oplever bedring efter at have gået i behandling
- 40 – 60 % af patienter kommer sig efter at have gået i behandling

Set i lyset af disse tal kan det synes ærgerligt, at der i retningslinjen ikke også fokuseres på kortsigtede og langsigtede mål for psykiatrisk behandling af borgere med moderat og svær bulimi. Endvidere ville det være relevant at se nærmere på, hvordan der følges op på disse mål, for herigennem at identificere, hvad der virker, og hvad der ikke virker i behandlingen. Med en sådan viden vil det være muligt at øge andelen af patienter, der kommer sig efter endt behandling.

I bilag 1 i retningslinjen viser et udtræk fra Landspatientregistret endvidere, at der er knap 900 borgere, heraf 100 borgere under 18 år, som er i behandling for bulimi/atypisk bulimi (sværhedsgrad 2-5) på hoved-, regionsfunktionsniveau eller i et højt specialiseret behandlingstilbud.

Sundhedsstyrelsen skriver at ovennævnte tal fra dels Landspatientregisteret og dels opfølgingsstudiet tydeliggør behovet for, at det fremover sikres at

1. så stor en andel af borgere med behandlingskrævende bulimi som muligt bliver henvist til specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling
2. behandlingen for bulimi ensrettes og højnes i Danmark

I Danmark opgør man imidlertid ikke data for gradsinddeling (sværhedsgrad) og om behandling varetages på hoved-, regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau. Det er derfor ikke muligt at lave dataudtræk, som kan bruges til at følge op på pkt. 1 og 2. Der opgøres heller ikke data for, om der ydes intensiveret ambulante behandling, dagbehandling, eller efterbehandling, da alt opgøres som ambulante behandling.

Det ville være gavnligt, hvis Sundhedsstyrelsen fremadrettet ville være primus motor i forhold til at sikre, at der ved psykiatrisk behandling for bulimi blev registreret specialisering af funktionsniveau, sværhedsgrad, grad af psykologiske og spiseforstyrrelses symptomer (før, under og efter behandling), type af indsatser, varighed og intensitet, så det ville være muligt at lave lignende opfølgingsstudier i Danmark.



Såfremt man øgede registreringen af data for bulimipatienter ville man rent faktisk kunne følge udviklingen i forhold til, om behandlingen fremadrettet bliver mere ensartet og højnet i Danmark, og om borgere med behandlings-krævende bulimi i så vid ustrækning som muligt bliver henvist til specialiseret behandling.

Konkrete bemærkninger

Evidensgrundlag

Anvisningerne i retningslinjen er kun baseret på 3 primærstudier, og bærer præg af, at evidensniveauet i de 3 studier er kategoriseret som lav.

Mange af spørgsmålene, der besvares i retningslinjen, er enten eller spørgsmål, og sammenholdt med det lave evidensniveau udgør det en uheldig kombination, da det for mange af spørgsmålene ikke ender ud i en afklaring. Desto mere, så betyder typen af spørgsmål sammenlagt med evidensniveauet for besvarelsen, at retningslinjen i mindre grad end forventet, kan være med til at sikre Sundhedsstyrelsens målsætning om at sikre, at behandlingen for bulimi ensartes og højnes i Danmark, og at borgere med behandlingskrævende bulimi bliver henvist til specialiseret behandling

Familie og netværk

Anvisningerne i retningslinjen omtaler kun inddragelse af familien, når der er fokus på familiebaseret behandling.

Det anerkendes, at retningslinjen for familiebaseret behandling til børn og unge inddrager det nærmeste netværk i behandlingen, men det er bekymrende, at der i de resterende retningslinjer - og særligt dem målrettet børn og unge - ikke inddrages forældre (1,3,7,11). En effektiv indsats i forhold til den enkelte vil ofte med fordel indbefatte en samtidig indsats i forhold til den enkelte og familien.

Medicinsk behandling

Brugen af at kombinere psykologisk og medicinsk behandling i behandling af bulimipatienter, som det undersøges i retningslinjen, er behandlet i flere internationale guidelines og behandles også i de norske guidelines, som forventes at udkomme i 2015/2016.

Det er veldokumenteret, at behandling med antidepressiva (SSRI) reducerer hyppigheden af overspisning anfald og opkastning i bulimi (2,3,4, 6,10,11). Der er bedst dokumentation for anvendelse af fluoxetin.

- Ved afslutningen af behandlingsperioden viser antidepressiva at være effektiv med hensyn til remission (begrænset dokumentation) og klinisk forbedring i fald i antallet af spiseanfald med mindst 50 % (stærk evidens) (6).



- Det er bevist i en undersøgelse, at kombinationen af kostrådgivning med antidepressiva har større effekt i forhold til at mindske spiseanfald og kompensation end opfølgning med kostvejledning alene (6)
- Det er bevist at høj dosis af fluoxetin til patienter med bulimi er klinisk effektiv til behandlingen af bulimi (3). I Tyskland er kun fluoxetin tilladt at anvende som medicin ved behandling sammen med psykoterapi af patienter med bulimi (1)
- Administrationen af SSRI kan alene anbefales som en ledsageforanstaltning i behandlingen af bulimi (1)
- Der er en fordel i at kombinere psykologisk og medicinsk behandling. Hvis borgere har begrænset respons til psykoterapi alene eller også har komorbiditet i form af depression, kan medicinsk behandling spille en rolle som supplerende behandling til psykologisk behandling (3)

Socialstyrelsen er enig i, at medicinsk behandling ikke bør ske per automatik, at der altid bør ske en individuel udredning, og at behandling bør tilpasses ift. den enkelte borger. Dette gælder også, når der skal træffes valg om kostvejledning, psykoekation, gruppe eller individuel terapi osv.

Socialstyrelsen opfordrer Sundhedsstyrelsen til et tættere samarbejde med andre lande, der udarbejder retningslinjer på spiseforstyrelsesområdet, for at sikre optimal videndeling og optimering af ressourcer ift. at sikre faglig udvikling til gavn for borgerne og samfundet.

Kognitiv adfærdsterapi

Den Norske Lægeforening (4) udgav i 2010 rammer for vurdering, diagnostik og behandlingsform for bl.a. børn, unge og voksne med bulimi. De ville ligesom Sundhedsstyrelsen også undersøge, om børn og unge ligesom voksne kunne have gavn af f.eks. kognitiv terapi. I Tyskland blev der udgivet en klinisk guideline i 2011 (1) som ligeledes også omhandler behandling af børn, unge og voksne med bulimi.

Internationale anvisninger ift. behandling af bulimi hos børn og unge bekræfter, at den bedst dokumenterede behandlingsform for børn, unge og voksne med bulimi er kognitiv terapi, der er tilpasset ift. behandling af bulimi (1,2,4,5,9).

Socialstyrelsen vil igen opfordre Sundhedsstyrelsen til tættere samarbejde med andre lande, der udarbejder retningslinjer for at sikre optimal videndeling og optimering af ressourcer.

Tværfaglig tilgang

Retningslinjen anviser ikke flersporet behandling for behandling af bulimi. Det er i modstrid med den teoretiske tværfaglige tilgang som anvendes ift. behandling af spiseforstyrrelser.



Ekspert konsensus og klinisk kohortestudier støtter en tværfaglig fremgangsmåde for at sikre, at den enkelte får adgang til kombinerede medicinske, diætiske og psykologiske interventioner, som er påkrævet for at maksimere chancerne for fuld helbredelse (3, 11)

Socialstyrelsen udtrykker bekymring for, at retningslinjen ikke anviser, at flersporet behandling er nødvendig for at komme sig fra bulimi, og at der bør være mål for det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.

Normalisering af spisemønster

Borgere med sværhedsgrad 3 -5 har alle behov for struktur og støtte ift. spisning og normalisering af spisemønsteret. Måltidstræning er nødvendig for bedringen, og det er ikke tilstrækkeligt med bare ændring af tankemønster og følelser (4, 7).

Socialstyrelsen er bekymret for, at intensiveret ambulante behandling, hvor støtten omkring måltider ikke er til stede, ikke er tilstrækkelig, da borgere med bulimi sværhedsgrad 3-5, ifølge Sundhedsstyrelsen egen beskrivelse, har behov for struktur og støtte til spisning. Det er også Socialstyrelsens opfattelse, at borgere med moderate og svære spiseforstyrrelser har behov for støtte før, under og efter måltider. Derudover er måltidsstøtte, ifølge de norske retningslinjer, en vigtig del af behandlingen, hvor regelmæssige, tilstrækkelige måltider vil normalisere kropsfunktioner og forebygge overspisningsepisoder (4, 7).

Det er helt essentielt, at borgeren opnår færdigheder i at håndtere intra- og interpersonelle konflikter i forbindelse med måltidet. Og det er helt essentielt at måltidsterapi er en del af behandlingen, jf. norske retningslinjer, for borgere med sværhedsgrad 4 og 5.

Indsatser varierer i form af intensitet og varighed ift. sværhedsgrad

I retningslinjen vedr. dagbehandling eller intensiveret ambulante behandling, er der fokus på, om patienter med moderat og svær bulimi, som ikke har opnået effekt af ambulante behandling i form af psykoterapi, skal tilbydes dagbehandling frem for intensivering af ambulante behandling. Døgnbehandling nævnes imidlertid ikke.

Sundhedsstyrelsen skriver i afsnit 10.4 og bilag 4 selv følgende om døgnindlæggelse:

- Afsnit 10.4 Baggrund for valg af spørgsmål: *"En stor subgruppe af patienter med bulimi profiterer ikke optimalt af førstevalget i ambulante behandling. Størrelsen på denne gruppe afhænger i stor grad af definitionen af helbredelse og antages at ligge på mellem 10 og 50 % (1,6,7). For denne gruppe patienter kan man overveje døgnindlæggelse, dagbehandling eller en intensivering af den ambulante behandling. **Patienter med bulimi døgnindlægges primært på baggrund af somatiske komplikationer, svær komorbiditet eller suicidalitet. Tidligere***



studier tyder ikke på, at døgnindlæggelse er mere effektiv end dagbehandling til patienter med moderat og svær bulimi uden ovenstående komplikationer (1)".

- Bilag 4 Opdatering og videre forskning: *"Evidensen er yderst sparsom mht. hvilken intensitet samt hvilken type behandling, som bør tilbydes den patientgruppe, som ikke har akut behov for døgnindlæggelse, men som ikke responderer optimalt på behandling".*

I retningslinjen for dagbehandling eller intensiveret ambulantly behandling har man valgt en tilgang, som vil kunne fremme et fejlagtigt billede af, at der ikke er behov for indlæggelser for borgere med svær bulimi (jf. afsnit 10.4). Socialstyrelsen opfordrer Sundhedsstyrelsen til at skrive ind i retningslinjen for dagbehandling eller intensiveret ambulantly behandling, at for patienter med somatiske komplikationer, svær komorbiditet eller suicidalitet bør man overveje døgnindlæggelse.

Målgruppen for moderat og svær bulimi kan klassificeres ift. sværhedsgrad og alderstrin. Anvisningerne i retningslinjen for moderat og svær bulimi adresserer alderstrin i 2 ud af de 10 anvisninger. Anvisningerne i retningslinjen adresserer ikke sværhedsgrad i samme grad som anvisninger for alder. Dog skrives der, at borgere med moderat eller svær bulimi tilbydes ambulantly behandling, og hvis der ikke opnås effekt, så skal der tilbydes intensivering af behandling eller dagbehandling. Dette både til borgere, der er selvhjulpne ved måltider, og borgere, der har talrige overspisninger og opkastninger hver dag, og som egentlig har behov for konstant overvågning og støtte, struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg, som de kun kan få ved døgnindlæggelse (12).

Sundhedsstyrelsen skriver i retningslinjens s. 45, at *"sociale indsatser/og eller behandling i hjemmet kan være del af den intensiverede behandling og kan hjælpe patienten med andre problemstillinger i hverdagen end ambulantly behandling alene"*. Det er Socialstyrelsen som udgangspunkt enig i. Særligt støtte i overgangen fra hospital til udslusningsboliger eller eget hjem samt støtte, når der ydes efterbehandling i psykiatrien, er vigtig. Men i forhold til borgere med sværhedsgrad 4 og 5 vil Socialstyrelsen gerne understrege, at såfremt der ikke er effekt af ambulantly behandling, må man tilbyde yderligere intensivering f.eks. i form af dagbehandling eller indlæggelse, hvor måltidstræning er en vigtig del af behandlingen (12). Dvs. måltidstøtte/træning bør være en del af den psykiatriske behandling for borgere med svære spiseforstyrrelser.

Sundhedsstyrelsen skriver i retningslinjen s. 46, at *"Dog kan dagbehandling gøre det vanskeligt for patienter at bibeholde kontakten til arbejde/skole samt patientens sociale netværk."* Det er Socialstyrelsen enig i for så vidt angår borgere med bulimisk sværhedsgrad 3 eller mindre, men for borgere med bulimisk sværhedsgrad 4-5 er



bulimien så svær, at borgeren ofte ikke kan arbejde/gå i skole eller pleje deres sociale netværk (jf. Sundhedsstyrelsens kriterier for sværhedsgrad (12)).

Komorbidity

Komorbidity kan have betydning for behandlingsniveauet og komplicerer behandlingen. Næsten alle med moderat eller svær bulimi har høj forekomst af komorbidity.

Komorbidity er ikke en del af retningslinjen. Selvom samtidige sygdomme (komorbidity) i form af f.eks. misbrug, angst, personlighedsforstyrrelser og depression

- er meget høj for borgere med bulimisk sværhedsgrad 2 og 3
- er til stede for alle borgere med bulimisk sværhedsgrad 4 og 5

så behandles komorbidity ikke i retningslinjen for moderat og svær bulimi.

I de norske retningslinjer (1) for behandling af alvorlige spiseforstyrrelser beskrives forekomsten af psykiatrisk (f.eks. angst, personlighedsforstyrrelser, depression, misbrug) og somatisk (f.eks. diabetes) komorbidity.

I de tyske retningslinjer (1) anviser de, at borgere med kompleks komorbidity har behov for et længere behandlingsforløb ift. at komme sig, og at graden af specialiseringsniveau er højere ved mere komplekse typer af komorbidity.

Et af de spørgsmål som de kommende norske retningslinjer vil behandle er, om der skal anvendes parallel eller sekventiel behandling af spiseforstyrrelse og komorbidity. Dette spørgsmål vil også være relevant i en dansk kontekst, da udskydelse af behandling af en spiseforstyrrelse kan have afgørende betydning for at komme sig.

Det er vigtigt at adressere, at ved behandling og social rehabilitering er der behov for koordination og kommunikation, og specielt er det vigtigt når borgeren både har en spiseforstyrrelse og komorbidity, da endnu flere parter er involveret. Det er vigtigt med koordination og kommunikation ift. at sikre opfølgning af gensidige indsatser ift. mål fastsat sammen med borgeren.

I retningslinjen er to studier blevet ekskluderet pga. svær komorbidity i undersøgelsen af, om psykoterapi skal gives individuelt eller i gruppe. Det ville være interessant at undersøge, om det gør en forskel for anvisningen, hvis svær komorbidity ikke blev ekskluderet, da stort set alle i praksis har komorbidity, når de har moderat og svær bulimi (sværhedsgrad 2-5).



Konklusion

Vi vil fra Socialstyrelsens side udtrykke en klar anerkendelse over for det store arbejde, som Sundhedsstyrelsen har lavet. Men det fjerner dog ikke Socialstyrelsens generelle bekymring for, at den nye retningslinje muligvis ikke kommer til

- at sikre at behandlingen for bulimi ensartes og højnes i Danmark
- at sikre en tværfaglig tilgang til behandling af bulimi
- at sikre borgere med svær sværhedsgrad bliver henvist til specialiseret behandling
- at sænke antallet af borgere med kroniske tilstande
- at hæve antallet af borgere, der ikke får tilbagefald



Litteratur

- (1) Herpertz S., Hegenah U., J. Wietersheim et. Al, Diagnostik und Therapie der Essstörungen, Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders, Dtsch Arztebl Int 2011; 108(40): 678-85
- (2) Gowers, S., Bryant-Waugh, R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004; 45: 63-83
- (3) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, Ward Phillipa Hay, David Chinn, David Forbes, Sloane Madden, Richard Newton, Lois Sugenor, Stephen Touyz and Warren, 2014
- (4) Spiseforstyrrelser, Inger Halvorsen, Tone Bergwitz, Lægeforeningen Norge, s. 1-6, [file:///C:/Users/adka.KONCERN/Downloads/Book_19872%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/adka.KONCERN/Downloads/Book_19872%20(1).pdf), 2011
- (5) Rør A. Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009
- (6) Eetstornissen, Diagnostiek en behandeling van eetstornissen, 2006
- (7) Alvorlige spiseforstyrrelser, Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten, Statens helsetilsyn, 2000
- (8) Steinhausen H-, Weber S., The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. Am J. Psychiatry 2009; 166(12):1331-1341
- (9) Fairburn CG. Cognitive behaviour therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008
- (10) Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000. (www.helsedirektoratet.no)
- (11) Storbritannia: Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: A national clinical practice guideline. National Institute of Clinical Excellence (NICE) 2004. (www.nice.org.uk)
- (12) Sundhedsstyrelsen, Spiseforstyrrelser, Anbefalinger for organisation og behandling, 2005

Fra: Kristen Kistrup [mailto:Kristen.Kistrup@regionh.dk]

Sendt: 18. marts 2015 12:14

Til: Tina Birch

Cc: Phuong Le Reisia; Preben Friis; Kim Brøndmark (kbk@mariehjem.dk); Helle Busck; Jens Egon Hansen (Jens.Egon.Hansen@rsyd.dk)

Emne: VS: National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 18. marts 2015

Kære Tina Birch.

Dansk Selskab for Distriktpsychiatri har ikke kommentarer til den nationale kliniske retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

Med venlig hilsen

Kristen Kistrup

Centerchef, formand for Dansk Selskab for Distriktpsychiatri

Direkte: 3864 3701

Mail: kristen.kistrup@regionh.dk

Region Hovedstadens Psykiatri

Psykiatrisk Center Frederiksberg

Ndr. Fasanvej 57-59

2000 Frederiksberg

Tlf: 3864 3700

Fax: 3864 3715

Web: www.psykiatri-frederiksberg.dk

Sundhedsstyrelsen
Axel Heidesgade 1
2300 København S

København 18.marts 2015

Høringssvar vedrørende den nationale kliniske retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Dansk Psykolog Forening sætter pris på at have bidraget til udpegning til arbejdsgruppen med to repræsentanter samt for muligheden for at afgive høringssvar til de kliniske retningslinjer, arbejdsgruppen er nået frem til.

Generelt om det metodiske grundlag for udarbejdelsen af retningslinjen.

Dansk Psykolog Forening forholder sig overordnet set positivt til den udarbejdede kliniske retningslinje, med udvælgelse af relevante nedslagspunkter. Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at der i litteraturstudierne er medtaget litteratur omhandlende forskellige psykoterapiformer og at der ikke udelukkende har været litteraturgennemgang af studier omhandlende kognitiv adfærdsterapi. Retningslinjen er karakteriseret ved, at evidensen ikke er særlig høj og at 4 ud af 10 anbefalinger omhandler god praksis. Dansk Psykolog Forening vurderer, at dette hænger sammen med at retningslinjen dækker over et forholdsvist lille forskningsområde og samtidig skal afdække behandlingen af moderat og svær bulimi for både børn, unge og voksne. Det kan i den anledning påpeges at det metodiske grundlag for udarbejdelse af retningslinjen, bliver for snæver ift. bulimi som forskningsfelt og derved potentielt afskærer væsentlige dele af den kliniske behandling, da det på baggrund af den foreliggende litteratur, ikke er muligt at finde evidens for denne.

Assessment af symptomer forud for behandling og vurdering af behandlingseffekt.

Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at retningslinjens anbefaling nr. 9 har fokus på en systematisk evaluering af behandlingseffekten overfor en målgruppe som er svær at behandle. Foreningen stiller sig dog kritisk over for, at der i udarbejdelsen af retningslinjen ikke er medtaget assessment af symptomer forud for behandlingen. Systematisk assessment er en forudsætning for monitorering af effekt og graden af komorbiditet kan, som det også er beskrevet i retningslinjen, komplicere behandlingen betragteligt. Det er positivt, at der har været fokus på monitorering af symptomer for at monitorere behandlingseffekten og derigennem have mulighed for at genoverveje behandlingen ved ingen eller ringe effekt. Dog finder Psykolog Foreningen det væsentligt, at der som led i planlægning af god behandling for denne patientgruppe, har fokus på systematisk assessment både under og inden behandlingen går i gang. Dette med særlig henblik på at vurdere evt. komorbid personlighedspatologi og somatiske forhold.

Dansk Psykolog Forening er opmærksom på, at Socialstyrelsen i efteråret 2015 udkommer med en national retningslinje for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats for svær spiseforstyrrelse, og vil på baggrund af ovenstående opfordre til at både visitation og assessment forud for behandling af mennesker med spiseforstyrrelser, indgår som en del af denne.

Monitorering af somatiske forhold.

Selvom somatiske komplikationer generelt er medtaget i udarbejdelsen af retningslinjen som kritiske outcome mål, er det Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at det er nødvendigt specifikt at have fokus på monitorering af somatiske forhold idet sådanne, herunder forskydninger i elektrolytbalancen, er farlige og ofte forekommende komplikationer til moderat og svær bulimi. Dertil kommer at diabetes er en ofte forekommende komorbid lidelse, hvilket understøtter det væsentlige i, specifikt at monitorere somatiske forhold hos patienten. Dansk Psykolog Forening stiller sig derfor kritisk til at den somatiske monitorering ikke er medtaget som selvstændigt spørgsmål.

Familiebaseret behandling og individuel psykoterapi til børn og unge.

Dansk Psykolog Forening forholder sig positivt til den kliniske retningslinjes anbefaling 4 om at tilbyde familiebaseret behandling til børn og unge. Som det også er anført i høringsudkastet er det altid vigtigt at inddrage forældrene ved behandling af børn og unge – dette gælder også for den individuelle behandling. I høringsversionen nævnes, at børn og unge som udgangspunkt formodes at foretrække familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling, men at der for nogle unge, kan være en præference for ikke at inddrage familien. Argumentet omkring patientpræference er ligeledes anvendt i anbefaling 3 omkring psykoterapi individuelt eller i gruppe. Der gives her en svag anbefaling, idet nogle patienter kan have svært ved at indgå i gruppebehandling, hvorfor behandlingsformatet er præferencefølsomt. Dansk Psykolog Forening skal på den baggrund påpege, at kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med moderat til svær bulimi meget sjældent kan gennemføres uden inddragelse af familien, da denne lidelse netop er karakteriseret ved i høj grad at påvirke familiesamspillet og omvendt.

Afslutningsvist finder Dansk Psykolog Forening det positivt, at der gives en svag anbefaling imod rutinemæssig anvendelse af SSRI behandling til moderat til svær bulimi og at evidensen indenfor denne behandling er medtaget og vurderet.

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

Sendt: 18. marts 2015 13:56

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Cc: Tina Birch

Emne: Sv: National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 18. marts 2015 (SBIM Id nr.: 685721)

Til: Sundhedsstyrelsen

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold bemærker, at når viden på børne- og ungeområdet er underbelyst ift. bulim, jf. anbefaling 4.2 og 5.2, og at kvaliteten af evidensen for de tilgængelige metoder er lav, er det særlig vigtigt, at de metoder, der tages i brug, tager afsæt i det enkelte barns behov og udgangspunkt. Som det påpeges i den nationale retningslinje, så vil behandlingsformen for en ældre teenager ikke nødvendigvis have samme effekt hos børn. I forlængelse heraf hvad angår anbefaling 4.2 el. 5.2 om inddragelse af forældre, kan dette også være en anden stedfortræder med en tættere relation til barnet, og som barnet ønsker at inddrage i behandlingsforløbet i stedet for forældrene.

I øvrigt henviser vi til svaret fra Socialstyrelsen.

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

-

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



KL's hørings svar vedr. NKR for behandling af moderat og svær bulimi

KL har med mail af 26. februar 2015 modtaget høringsmateriale vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

Det har ikke været muligt at få KL's hørings svar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt hørings svar og vil fremsende evt. supplerende bemærkninger når sagen har været politisk behandlet.

KL finder overordnet, at evidensbaserede kliniske retningslinjer er et meget vigtigt redskab til beslutningsstøtte for relevante fagpersoner. Derfor hilser KL også kliniske retningslinjer vedrørende behandling af personer med moderat eller svær bulimi velkommen. KL's vision for det nære sundhedsvæsen er netop, at kommunerne arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret, og her er kliniske retningslinjer et godt værktøj.

KL skal for god ordens skyld bemærke, at det havde været ønskeligt såfremt man i højere grad havde medtænkt den socialpsykiatriske indsats ind i retningslinjen.

KL har derudover følgende bemærkninger til National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi:

Størstedelen af forskningen inden for behandling af bulimi har fokuseret på voksne. Det påpeges i retningslinjen, at evidensbaserede behandlingsformer til voksne ikke umiddelbart kan overføres til børn og unge. Derfor bliver anbefalingerne inden for børne- og ungeområdet svage. Det bør på denne baggrund overvejes, hvordan anbefalingerne for børn- og ungeområdet kan kvalificeres yderligere bl.a. gennem opdatering og videre forskning.

Den 17. marts 2015

Sags ID: SAG-2015-01481
Dok.ID: 1989657

MSH@kl.dk
Direkte 3370 3291
Mobil 2361 6137

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Telefon 3370 3291

www.kl.dk
Side 1/2

Det ville være en fordel, hvis der i retningslinjen skrives en tydeligere definition af de forskellige grader af bulimi og hvilke symptomer, der skal være opmærksomhed på. Det vil styrke medarbejdere i primærsektor mulighed for opsporing og henvisning af patienterne til relevant indsats.

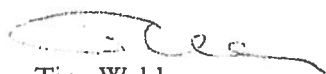
Der er i retningslinjen ikke beskrevet en indsats til mild grad af bulimi (grad 1). Det står i forslaget, at den bør foregå i primærsektoren. Af hensyn til den tidlige og forebyggende indsats havde det været ønskeligt om den anbefalede indsats blev beskrevet for grad 1. KL er dog opmærksom på, at retningslinjen forholder til mellem og svær grad.

KL finder, at der i høringsmaterialet mangler fokus på de mange potentielle somatiske komplikationer, der kan opstå i forbindelse med bulimi, fx de hyppigere tandlægebesøg pga. syreskader på tænderne, og påpeger, at forebyggelse for de somatiske følgeskader er nødvendig især for risikogrupperne, således at en tidlig indsats kan bidrage til at sikre et bedre behandlingsresultat.

Endelig er det vigtigt at påpege, at de praktiserende læger har en væsentlig opgave både i forhold til opsporing og efterfølgende i forhold til at videreføre behandling. Det er vigtigt, at der er tydelighed om de praktiserende lægers rolle, herunder hvorledes almen praksis understøttes af den regionale behandlingspsykiatri.

KL har noteret, at retningslinjen ikke retter sig mod den forebyggende, pædagogiske eller rehabiliterende indsats. KL ser derfor frem til at modtage Socialstyrelsens kommende retningslinje for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats for svær spiseforstyrrelse forventeligt november 2015.

Med venlig hilsen



Tina Wahl

Høring: Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har læst Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi. 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.

Vi henleder opmærksomheden til DSPPF's høringssvar og 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 moderat og svær bulimi.

Bulimi 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 moderat og svær bulimi. 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 underen, idet der foreligger evidens på virkninger af fysioterapeutiske behandlingsindsats på mange psykiske sygdomme og dertil beslægtede komorbiditet.

Vi noterer os deslige, at et fysioterapeutisk arbejdsgruppemedlem valgte at fratræde som arbejdsgruppemedlem på denne NKR som følge af, at bl.a. kropsterapi som non-farmakologisk behandlingsindsats blev nedprioriteret, og relevansen er fysioterapeutisk input i arbejdsgruppen heraf markant decimeret.

Denne NKR målretter sig efter DSF opfattelse ikke i tilstrækkelig grad bredt og tværfagligt som ellers er kendetegnet ved behandling af moderat og svær bulimi.

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 eller anført 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 og præferencefølsomt, hvilket er tilfældet i den aktuelle NKR.

Med venlig hilsen

Martin B. Josefsen, Formand, Dansk Selskab for Fysioterapi

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

kontakt@dsfys.dk

Tel.: +45 3341 4612

Web: www.danskselskabfysioterapi.dk & www.maaleredskaber.dk



Dansk Selskab for Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi

Hørings svar

National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Til Sundhedsstyrelsen

Vi har med stor interesse læst den nationale kliniske retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

Dansk Selskab for Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi (DSPPF) afgiver høringssvar, da vi er gjort opmærksom på den kommende NKR af Dansk Selskab for Fysioterapi og da vores fysioterapeutiske speciale behandler patienter med moderat og svær bulimi.

Vi håber at Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen finder kommentarerne anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

DSPPF anerkender, at arbejdsgruppen i sit arbejde med den Nationale Kliniske Retningslinje tager forbehold for, at det ikke er en udtømmende beskrivelse af behandling af bulimi, og at det ikke er en klinisk standard for hele behandlingsforløbet.

Alligevel undrer det DSPPF, at der i den Nationale Kliniske Retningslinje for moderat og svær bulimi overvejende er fokuseret på farmakologiske og psykologiske behandlingstiltag, og at der ikke er medtaget fysioterapi, herunder især superviseret fysisk aktivitet eller kropsterapi som supplement til den øvrige behandling.

DSPPF anerkender, at der endnu ikke findes megen evidens på området angående superviseret fysisk aktivitet eller kropsterapi til patienter med moderat og svær bulimi. Et studie¹ har dog vist, at superviseret fysisk aktivitet har en gavnlig effekt, bl.a. ses ændring i kropsopfattelse, positiv ændring i bulimisk adfærd (overspisning/opkastninger) samt mindsket trang til at tabe sig. Komorbiditet, især depression og angst er velkendt til denne patientgruppe. Disse tiltag har superviseret fysisk aktivitet en anderkendt forebyggende effekt på.²

DSPPF er et fysioterapeutisk speciale og vi har god erfaring med at benytte superviseret fysisk aktivitet og kropsterapi som supplerende behandling til børn og voksne diagnosticeret med moderat til svær bulimi. Disse patienter har ofte høj grad af motorisk uro, affektpræget adfærd samt et forvrænget forhold til egen krop og fysisk aktivitet.

¹ Sundgot-Borgen J et.al. (2002) The effect of exercise, cognitive therapy and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. Med.Sci.Sports.Exerc.2002 Feb;34(2):190-5.

² Pedersen BK, "Fysisk Aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling", Sundhedsstyrelsen 2011, version 3.0

DSPPF vil derfor anbefale, at superviseret fysisk aktivitet og kropsterapi bliver nævnt som et nonfarmakologisk bidrag i den samlede behandling i National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

DSPPF anderkender, at arbejdsgruppen har været bredt tværgående repræsenteret og en fysioterapeut har været udpeget til arbejdet. DSPPF er derfor ærgerlige over, at der ikke er blevet plads til et pico-spørgsmål som omhandler det kropslige behandlingsaspekt i National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen for Dansk Selskab For Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi



Dansk Selskab for Psykiatrisk
og Psykosomatisk Fysioterapi

NOTAT

DANSKE
REGIONER



18-03-2015

Sag nr. 15/693

Dokumentnr. 14509/15

Jannie Bruun Andersen

Tel. 40 22 30 86

E-mail: jba@regioner.dk

Høringsvar National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Danske Regioner fremsender hermed bemærkninger og kommentarer fra regionerne til udkast til National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi. Vi har modtaget høringsvar fra Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland. Region Nordjylland har ingen bemærkninger til udkastet.

Generelt

Retningslinjen bliver generelt positivt modtaget.

Region Hovedstaden påpeger, at Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe har præsteret en grundig og systematisk litteraturgennemgang af vigtige delelementer i behandlingen af bulimipatienter. Dertil må dog tilføjes, at idet der netop primært er tale om en litteraturgang af udvalgte fokuserede spørgsmål, gives der ikke en samlet beskrivelse af de muligheder som kommer i spil i patientforløbet, vedr. behandling af bulimi. Det er dette niveau, der vil efterspørges i behandlingsmiljøerne af en national klinisk retningslinje.

I øvrigt skal det bemærkes, at retningslinjen omhandler behandling af børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi. Disse anbefales behandlet i hospitalsregi.

Retningslinjen omfatter ikke mild grad af bulimi, som bør forsøges behandlet i primærsektoren.

Det er således kun sekundært, at retningslinjen henvender sig til almen læger, som møder patienterne med moderat og svær bulimi, nemlig med henblik på korrekt henvisning til behandling. Regionernes praksiskonsulenter er således relevante i at medvirke til en særlig indsats overfor almen praksis, således at informationen om mulige behandlingsinterventioner og vide-

re henvisning af den patientgruppe retningslinjen omfatter, kan blive optimal. Og det skal sikres, at informationen til praktiserende læger er i overensstemmelse med den nye retningslinje.

Endelig skal Region Hovedstaden tage forbehold for eventuelle ressourcemæssige konsekvenser der måtte følge af implementeringen af denne kliniske retningslinje.

Region Midtjylland påpeger at Titlen ”National Klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi” samt de indledende beskrivelser af formålet giver et indtryk af, at der er tale om en helhedsorienteret gennemgang, hvor f.eks. udredning og betydningen af komorbiditet også indgår. Retningslinjen omhandler imidlertid kun en række delaspekter af behandlingen af bulimi. Region Midtjylland vil derfor foreslå, at titlen ændres, så dette fremstår tydeligere.

Region Midtjylland påpeger at det endvidere bør fremgå, at forskningen på området generelt er meget sparsom. Selve termen ”evidensbaseret” kan være misvisende, fordi den – også for veluddannede klinikere – implicerer, at der er en solid forskningsmæssig basis bag fund og anbefalinger. Selv på de to felter, hvor forskningen er mest udbygget (brug af SSRI og psykoterapi i form af CBT), er der kun få studier, hvoraf de fleste er af ældre dato og med små populationsstørrelser. Dette bør fremgå af de indledende afsnit.

Det vil også være ønskværdigt, at det nævntes, at RCT-studier bruges med god validitet i medicinsk/somatisk forskning, men at man skal være forsigtig med at overføre dette design til psykiatrien, hvor diagnostikken er langt mindre valid og tilstandene mere komplekse.

På de sidste fire områder er der ikke forskningsmæssig dokumentation for anbefalingerne. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis der i retningslinjen kan peges på forskningsbehovet på disse felter. Særligt i forhold til tilbagefaldsforebyggelse er der brug for forskning, der kan vise effekt af en behandlingsmæssig indsats efter en vellykket symptomreducerende behandling. Som ved andre spiseforstyrrelser er tilbagefaldsraten ved bulimi høj, og der er ikke i de nuværende formuleringer af behandlingspakkerne inddraget tilbagefaldsforebyggelse.

Centrale budskaber

Region Hovedstaden påpeger at rapporten for de fleste læsere (også indenfor den primære målgruppe) vil være svært tilgængelig. Det må derfor for-

ventes, at mange læsere primært vil fokusere på de centrale budskaber (side 7), og det i givet fald er afgørende, at disse kan stå alene. Her er der dog flere væsentlige problemer: Der er i selve evidensgennemgangen ved flere af de fokuserede spørgsmål angivet, at valg af behandlingsmetoden (og forventet virkning af denne) i høj grad vil afhænge af individuelle forhold og patientens egen præference - og at anbefalingen derfor er "præferencefølsom". Dette fremgår derimod ikke af de centrale budskaber, hvilket kan betyde direkte forkerte behandlingsvalg for den enkelte patient.

Endvidere bliver anbefalingerne for børn og unge uklare, - og igen præferencefølsomme (både hvad angår den enkelte patient/familie og den enkelte behandler). I det hele taget anbefales der en specificering i "børn og unge" eller "voksne" (eller begge) for alle spørgsmål, så det tydeligt fremgår, hvilken gruppe anbefalingen gælder for. Man kunne ønske, at det tydeligt fremgik af rapportens konklusion, at der på børne- og ungeområdet er et massivt behov for systematiske/randomiserede behandlingsstudier mhp. at afdække evidensen.

Region Syddanmark påpeger i forhold til anbefalingen vedrørende kognitiv terapi at Psykiatrisygehuset sætter opmærksomhed på, om det er hensigtsmæssigt at favorisere kognitiv terapi i forhold til andre terapiformer, som eksempelvis IPT og MBT, idet netop evidensen vurderes meget lav. Det begrænser mulighederne for behandleren at anvende den terapiform, som vurderes mest klinisk relevant

Afsnit 1 – Indledning

Region Syddanmark understreger at det er en styrke ved retningslinjen, at det i afgrænsningen af patienter (afsnit 1.2) eksplicit er præciseret, at den ikke omfatter patienter, som er undervægtige, da der i ICD-10 er uklarhed omkring afgrænsningen mellem anoreksi og bulimi. Tilsvarende er det en styrke, at der eksplicit afgrænses over for patienter med overspisning uden kompensatorisk adfærd (Binge Eating Disorder).

Region Hovedstaden påpeger at emneafgrænsningen bør uddybes mht. de refleksioner, som ligger bagved de fokuserede spørgsmål, som arbejdsgruppen kom frem til. Den kliniske baggrund for relevansen af de spørgsmål, der stilles, (udover at evidensen har ændret sig de sidste år), bør fremsættes.

Afsnit 2 - Psykoterapi med eller uden fokus på kernesymptomer

Region Syddanmark understreger vedrørende afsnit 2.6 om væske-elektrolyt forstyrrelser at det er problematisk at ikke er nævnt. Selvom det falder uden

for de valgte fokuserede spørgsmål, så forekommer det lidt underligt, at en klinisk vejledning om svær BN, der henvender sig til sundhedsprofessionelle helt kan undlade dette. I afsnit 2.6 bekræftes, at der ikke er evidens for at BN skal behandles ved indlæggelser - hvilket der er enighed om. Men her (og/eller i afsnittet om monitorering) bør tilføjes, at nogle af de sværeste tilfælde har behov for tæt monitorering med blodprøver og EKG, og atter nogle har behov for gentagne kortvarige somatiske indlæggelser til væske-elektrolyt korrektion. Den erklærede målsætning med vejledningen er, at sikre faglig kvalitet på tværs af sektorerne. Væske – elektrolytforstyrrelserne forårsager bl.a. hjerterytmeforstyrrelser, nyreproblemer og kramper. Væske – elektrolyt forstyrrelserne udgør sammen med selvmord den hyppigste årsag til død i denne patientgruppe¹. Det er derfor vigtigt, at alle, der behandler svær BN er opmærksom på risikoen for væske-elektrolyt forstyrrelserne og behovet for monitorering med blodprøver og EK.

Afsnit 6 - Motivationsfremmende intervention

I forhold til fokuseret spørgsmål 6 påpeger Region Hovedstaden at følgende definition af interventionen *"Psykoterapeutisk forløb i kombination med SSRI/SNRI. Varighed af behandling med SSRI/SNRI-præparat er minimum 12 uger, og det psykoterapeutiske forløb er af minimum 16 sessioner."* er tvivlsom, idet SSRI behandling bør fortsætte minimum 6 mdr., efter opstart. Derudover følger man ikke definitionen i selektionen af studier, idet man til beregning af evidensgrundlaget medtager studier, hvor "psykoterapien" består af selvhjælpsprogrammer og ernæringsvejledning, hvilket ikke er vist at virke som selvstændig intervention. Disse tre studier bør udgå af beregningen. Der resterer således to studier uden placebokontrol og et med.

Endelig står anbefalingen på dette punkt i stærk kontrast til den litteratur som citeres i punkt 9.4 (ref.) 7), som netop anfører, at tidligt ophør af spiseforstyrrelsesadfærd under behandlingsforløbet er prædiktiv for en god prognose. Netop denne tidlige forbedring af spiseforstyrrelsesadfærd opnår man ofte med SSRI, som det også fremgår af evidensgennemgangen (hvis dette også holder, når det genberegnes med kun tre studier).

Slutteligt bør nævnes, at komorbiditeten med depression blandt de svære bulimitilfælde er meget høj, således at depressionsdiagnosen alene indikerer

¹ Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, Haukka J. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1101-6. PubMed PMID: 23958333.

brug af antidepressiva. Dette nævnes, men det er værd at understrege, fordi medicinsk underbehandlet depression nok forekommer hyppigere ved disse tilstande end medicinsk overbehandlet spiseforstyrrelse. Her kunne der bruges mere viden om effekten af andre antidepressiva netop til komorbide tilfælde, da fluoxetin kan være vanskelig at bruge pga. mange interaktioner.

Samlet set er bekymringen, at NKR anbefalingen, *"Undlad rutinemæssigt at anvende selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) til behandling af patienter med moderat og svær bulimi"*, selvom denne er svag, vil medføre underbehandling af patienterne og fratage dem deres mulighed for hurtigt at komme ud af deres livstruende opkastninger/laksansmisbrug. Patienterne skal ofte motiveres grundigt for medicinsk behandling og med en sådan udmelding i NKR vil det blive endnu sværere.

Afsnit 8 - Individualiseret eller standardiseret ernæringsintervention

I afslutningen af afsnit 8.7 anføres: *"Denne anbefaling omhandler ikke, om der bør gives en ernæringsintervention, men omhandler derimod formatet for interventionen"*. Mens svaret på det fokuserede spørgsmål er: *"Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret"*. Retningslinjerne tager således positiv stilling for ernæringsintervention, men ikke formatet. Den vigtigste konklusion må være, at ernæringsintervention skal være en integreret del af den samlede behandling, som eksplícit anført i afsnit 8.4.

Afsnit 10 - Dagbehandling eller intensiveret ambulant behandling

Gennemgangen af dette spørgsmål bliver uklar fordi interventionen *"regelmæssig psykoterapi i minimum seks måneder efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt"* i teksten benævnes *"efterbehandling"*.

Spørgsmålet er, om ikke dette i vanlige behandlingsforløb kaldes stabilisering, og altså er den periode i behandlingsforløbet, hvor der arbejdes med den spiseforstyrrede tænkning. I behandling af svær bulimi arbejder man først med symptomerne, dernæst med tænkningen – og dette indgår i behandlingen – også i den kognitive terapi som NKR anbefaler.

Pga. anbefalingens udformning, *"det er god praksis, at patienter tilbydes et efterbehandlingsforløb med henblik på stabilisering og/eller tilbagefaldsforebyggelse efter spiseforstyrrelses-adfærden er ophørt"* og den tilhørende tekst, bliver det uklart, om man her anbefaler, at alle tilbydes tilbagefaldsforebyggelse efter afsluttet behandling.

Der kan ikke være tvivl om, at patienter med moderat-svær bulimi skal være stabiliserede, før de afsluttes i behandling – dvs. at der også skal være en reduktion af den spiseforstyrrede tænkning. Men skal alle derefter tilbydes tilbagefalds forebyggelse og hvilket omfang skal denne tilbagefaldsforebyggelse have?

Den citerede reference er ikke informativ, og det ser ud til at anbefalingen bygger på formodninger. Man kunne også formode, at dem der har tilbagefald, skal over en vis lidelsesintensitet, før de kommer igen til behandling og dem der ikke har tilbagefald har begrænset interesse i at stadig se sig som patienter.

Det kunne ønskes, at man i stedet havde undersøgt effekten af en rehabiliterende indsats under og efter behandlingsforløbet. I det kliniske arbejde med svær bulimi viser regionens opgørelser at det sociale funktionsniveau er meget lavt, og 50% er langtidssygemeldte.

Fra: Kildehøj Privathospital [<mailto:san@c.dk>]

Sendt: 18. marts 2015 15:11

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Emne: Kildehøj Privathospitals kommentarer til høringsversionen for National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Prioritet: Høj

Til Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

I anledning af at Sundhedsstyrelsen har bedt om bemærkninger og kommentarer til høringsversionen for National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi, fremsender Kildehøj Privathospital følgende bemærkninger og kommentarer. Nedenfor er et udpluk af citater fra Sundhedsstyrelsens høringsversion kommenteret:

1)

Sekundært henvender retningslinjen sig til alment praktiserende læger samt personale på sygehuse og i kommunerne, som møder personer med moderat og svær bulimi. Derudover henvender retningslinjen sig til beslutningstagere indenfor området (kommuner, regioner).

Kommentar:

Hvad forventes alment praktiserende læger samt personale på sygehuse og i kommunerne at gøre? Retningslinjerne er diffuse og ikke velargumenterede. Derfor kan praktiserende læger, sygehuse og kommuner misforstå/misfortolke til at give patienterne for lidt eller forkert behandling og for tidlig rehabilitering. Der mangler klare bio- psykosociale effektmål, som kan hjælpe personale til vurdering af patient- og klientbehov. Dette er ligeledes nødvendigt for at kunne evaluere og sikre behandlingseffektivitet.

2)

Retningslinjen er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen bestående af repræsentanter fra de involverede faglige selskaber og interesseorganisationer. Ligeledes har en referencegruppe bestående af faglige og administrative repræsentanter været inddraget og hørt undervejs i arbejdet.

Kommentar:

Ingen erfaringsekspert, dvs. patientgruppe har været inddraget. Det er uforståeligt, hvordan det kan undgås at inddrage erfaringsekspertene selv, dvs. den eneste patientforening for spiseforstyrrede: Patientforeningen Spis for Livet.

Retningslinjerne bærer præg af, at der i arbejdsgruppen er uhyre begrænset specialisterfaring indenfor området bulimi. En nærmere undersøgelse af de personer, der er udpeget af de nævnte faglige selskaber og interesseorganisationer tydeliggør, at specialviden hvad angår bulimia nervosa er overvejende ikke tilstede. De personer der inddrages i arbejdsgruppen og referencegruppen bør kunne dokumentere special viden, uddannelse og erfaring netop indenfor området bulimi. Dette er ikke sket.

Ingen med succeserfaringer hvad angår behandlingserfaring og resultater har været hørt. Da der indenfor det offentlige har været behandlingstilbud til patienter med anoreksi, men angiveligt ikke

har eksisteret nævneværdige behandlingstilbud til patienter med bulimi hvad angår dagbehandling og døgnbehandling, har den fornødne ekspertise ikke været til stede. Blandt andet af den grund blev der først for 2 år siden indgået aftale om bulimibehandling i dagsregi med det offentlige.

3)

↑↑ Anvend kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi (□○○○).

Kommentar:

Foreslås ændret til: Anvend kognitiv adfærdsterapi + tværfaglig intervention (bl.a. måltidstræning, ernæring, education og provokation) i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi. Dvs. anvend det fagligt udarbejdede tilbud med behandlingskode PV35C-RF, så patienterne får et vist minimum af garanti for faglighed.

Formuleringen med alene kognitiv adfærdsterapi er ikke optimal. Der bør hvad angår middelsvær og svær bulimi **altid** tilbydes dagbehandling (eventuel døgnbehandling ved somatisk svære problemer).

Der er ingen evidens for at tilbyde ambulant behandling – tværtimod, hvilket videnskaben jo netop underbygger. Sundhedsstyrelsen misforstår/fejltolker det yderst beskedne kildemateriale anbefalingen bygger på. Og konkluderer det modsatte af hvad der er videnskabelig evidens for.

Der har aldrig været evidens for andet end kognitiv terapi – og denne evidens har eksisteret i over 10 år. Dvs. intet nyt her. Blandt andet Christopher G. Fairburn har siden 1993(!) og op til midt i 2010 leveret solid evidensbaseret forskning, som også de 4 seneste år er blevet gen- og genbekræftet uden nævneværdige nye supplementer.

4)

↑ Individuel psykoterapi samt psykoterapi i gruppe kan begge overvejes i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi, idet der ikke kan dokumenteres forskel på behandlingsformernes effekt (□○○○).

Kommentar:

Denne formulering kan forvirre eller misbruges til at forsøge enkeltstående psykoterapi uden den nødvendige tværfaglige indsats. Der mangler anførelse af, hvilke refleksioner der bør medinddrages, når man kan "overveje" 2 muligheder. Det vil være relevant at medinddrage patientønsker og patientbehov. Patienter med comorbiditet og/eller traumer, fx incest kan nødvendiggøre initial enkeltstående terapi. Der vil her være stor forskel i behandlingseffekt.

5)

↓ Undlad rutinemæssigt at anvende en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af patienter med moderat og svær bulimi (□○○○).

Kommentar:

Såfremt der er behandlingssteder, der rutinemæssigt har anvendt en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af patienter med moderat og svær bulimi, bør det klargøres, hvilke steder dette, som er helt uden evidens, er foregået. Det bør være i

Sundhedsstyrelsens interesse af hensyn til patientsikkerhed og kvalitet. Der er evidens for, at motivation kan udvikles i den rette behandling.

6)

↓ Undlad rutinemæssigt at anvende selektive serotoningoptagshæmmere (SSRI) til behandling af patienter med moderat og svær bulimi (□○○○).

Kommentar:

Såfremt der er behandlingssteder, der rutinemæssigt har anvendt selektive serotoningoptagshæmmere (SSRI) til behandling af patienter med moderat og svær bulimi, bør der på den kraftigste advares herimod. Hvilket fagligt regi er dette sket i? Her bør Sundhedsstyrelsen ligeledes undersøge dette af hensyn til patientsikkerheden. Allerede i 2010 blev man klar over såvel psykologiske som somatiske problemer ved denne anvendelse i form af fx abdominal fedme, hypercholesterolemia bidragende til metabolic syndrom og øget risiko for hjerteproblemer (fx clinical psychiatry, 71:10 etc. 2010). Eksempelvis ødelægges serotoninsyntesen delvist, da SSRI dræner B-vitaminsniveauet og dermed reducerer serotoninproduktionen på længere sigt, hvilket øger selvmordsrisiko! Derudover ved vi, at der er flere andre vigtige neurotransmitter involveret i spiseforstyrrelsen, hvor SSRI i bedste fald er virkningsløs. SSRI har således haft overfladisk **kortsigtet** effekt (på overspisning og opkast) og fungerer som lappeløsning i forhold til optimal tværfaglig funderet behandling relateret til sygdomssværhedsgrad.

7)

√ Det er god praksis at genoverveje behandlingsform og -intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt hos patienter med moderat og svær bulimi.

Kommentar:

Formuleringen er for lidt bindende for behandlingsstederne og hvad skjuler der sig under "utilstrækkelig behandlingseffekt"? Formuleringen kan benyttes til fortsat at underbehandle patienter med moderat og svær bulimi. Blandt andet succesraten på kun mellem 10 % og 50 % tydeliggør dette.

Ingen middelsvær og svær grad bør fejlbehandles med ambulante behandling – og begrundelse herfor er uvidenskabelig. Det er endvidere i direkte modstrid med de kriterier, som så udmærket blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2005 på grundlag af international evidensbaseret forskning. Der er ingen evidens for at starte på det forkerte/ambulant. Succesrater for dette har allerede i årevis vist sig at være langt under 50 %. En begrundelse med at svært syge patienter kan tabe motivationen på grund af studie eller arbejdstilknytning er ufaglig, uvidenskabelig og virkelighedsfjern, og må formodes at relatere sig til pædagogisk fejlfortolkning af den biosociale og psykosociale virkelighed for bulimipatienter. Det er en uvidenskabelig, men økonomisk bekvem, argumentation, som er irrelevant i en retningslinje, der prøver at basere sig på et vist minimum af evidens. Ville man argumentere på samme niveau til svært syge kræftpatienter?

Afslutningsvis kan nævnes, at der i høringsversionen er meget lidt nytænkning - nærmest total afskrivning af amerikanske retningslinjer, der er økonomisk baseret udviklet af en sundhedssektor, hvor der fortsat i overvejende grad kun er mulighed for optimal behandling, når borgerne har dyre sundhedsforsikringer eller er velhavende og kan betale for privat behandling. Succesraten på de ambulante behandlinger er kendetegnende ved en helbredelsesprocent på under 50 %. Hvis høringsversionen derimod havde inddraget blandt andet nyere amerikansk neurobiologisk addictiv

forskning, kunne kvaliteten – til gavn for de danske patienter med moderat og svær bulimi – være højnet, således at helbredelsesmulighederne blev bedre og recidivrisikoen mindre. Selvmordsforsøgsraten ville ligeledes kunne reduceres – også dette er der evidens for.

Venlig hilsen

**Rachel Santini, hospitalsdirektør
Kildehøj Privathospital**



17.03.2015

Høringssvar fra Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) vedr. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

Til Enhedschef Søren Brostrøm

DSKE takker for muligheden for at give høringssvar til National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi (NKR Bulimi) og også for at have haft mulighed for at have en repræsentant fra DSKE i arbejdsgruppen.

Generelt er det et stort og flot arbejde Sundhedsstyrelsen gennemfører med udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer inden for en række forskellige og vigtige områder. Og specielt er det prisværdigt med den meget metodiske tilgang til arbejdet, herunder brug af GRADE m.v. til kvalitetsvurdering af evidensen.

DSKE bidrager gerne med udbredelsen af den aktuelle retningslinje. Vi har dog forskellige bemærkninger til den fremsendte høringssversion, som fremgår af nedenstående

Generelle kommentarer til NKR Bulimi

Det anføres indledningsvis (s. 8) at retningslinjen skal medvirke til at fremme hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper. Det er et fint formål som dog ikke umiddelbart afspejler sig i retningslinjen. Der er eksempelvis valgt at fokusere på patienter i sekundærsektoren (selvom der indimellem er medtaget studier med patienter i primærsektoren), hvor det måske kunne have været relevant at kigge på problemstillinger hos patienter der starter det ene sted og fortsætter behandlingen det andet. Ingen af de undersøgte fokuserede spørgsmål har fokus på det tværfaglige aspekt.

Og det undrer at der ikke er et fokuseret spørgsmål med om betydningen af fysisk træning. Men det afspejler måske at der ikke har været fysioterapeuter i arbejdsgruppen.

Det ville øge læsevenligheden hvis der under alle fokuserede spørgsmål blev henvist til bilag 6, hvor der findes en liste over hvilke outcome der er klassificeret som vigtige og kritiske under de enkelte spørgsmål,

fx ved gennemgangen af evidensen. Desuden kunne der være en markering af, hvilke outcome der er hvad, i de forskellige tabeller med oversigt over evidensen.

Det undrer at det trækker ned i forhold til evidensens styrke når et kritisk outcome IKKE er undersøgt – det gælder stort set jo hele vejen igennem mht. somatiske komplikationer og gør at ellers ret overbevisende interventioner graderes lavt.

En del fokuserede spørgsmål har ikke specifikt nævnt hvilken aldersgruppe der er tale om - selvom det fremgår når man læser hvem Populationen omfatter – det kunne være en fordel at tydeliggøre det – eksempelvis i forhold til spørgsmålet i kapitel 2 for at skille det fra spørgsmålet i kapitel 5.

Den manglende mulighed for blinding nævnes kun et enkelt sted (fokuseret spørgsmål i kapitel 2) men er vel et generelt problem i de fleste fokuserede spørgsmål

Specifikke kommentarer til de enkelte fokuserede spørgsmål

I kapitel 4 fremgår det af baggrunden for valg af spørgsmål at forældre også er involveret i de interventioner som familiebaseret behandling sammenlignes med – det er derfor vanskeligt at forstå hvad det fokuserede spørgsmål så egentlig undersøger?

Umiddelbart baserer svarede på de fokuserede spørgsmål i kapitel 4 og 5 til at basere sig på noget af den samme evidens – derfor virker de to anbefalinger lidt modsatrettede – i kapitel 4 skal familiebaseret behandling overvejes og i et af studierne er det sammenlignet med CBT (reference 21) så derfor er det vel fremfor CBT? I kapitel 5 er det igen reference 21 der danner baggrunden for anbefalingen - denne gang af CBT.

Med hensyn til det fokuserede spørgsmål i kapitel 6 så er det uklart fra teksten hvorfor det ender med en anbefaling IMOD rutinemæssig motivationsfremmende intervention. Der er ikke forskel på mange af de valgte outcome – dvs. det er ikke vist at der kan være en skadelig effekt af at udsætte adfærdsændringerne; ikke alle deltagerne i de medtagne studier har bulimi og et studie har været gennemført i primærsektoren

Med hensyn til det fokuserede spørgsmål i kapitel 8, så figurere der en del om kostplaner i baggrunden for valg af spørgsmål. Specifikt virker sætningen om at der er arbejdet med patienten i forhold til kostplaner underlig (afsnit 1). Desuden er kostplaner langt fra altid en del af en vanlig behandling (afsnit 2).

Det virker umiddelbart underligt at der slet ikke er identificeret nogen studier – afspejler det et for snævert fokuseret spørgsmål – for, hvorfor er reference 32 fx ikke med her. I nogle af de andre kapitler er der medtaget studier der er gennemført i primærsektoren – det kunne man også have valgt at gøre her.

I forlængelse heraf kunne der i bilag 4 peges på behovet for yderligere forskning inden for dette område i stedet for blot at påpege at evidensen er meget begrænset – det kunne både være i forhold til individuel ernæringsbehandling men også i forhold til betydningen af kostsammensætningen, madlavningskurser osv.

Det er tankevækkende at der ikke er identificeret studier der kan besvare de fokuserede spørgsmål i kapitel 9. og bl.a. i forhold til det fokuserede spørgsmål i kapitel 8 – idet en individuel ernæringsindsats jo netop ville omfatte en systematisk monitorering. Og "underligt" i forhold til det fokuserede spørgsmål i kapitel 10 – for hvordan kan man ændre behandlingsmetode hvis man ikke foretager en systematisk monitorering?

Både i forhold til fokuseret spørgsmål i kapitel 10 og kapitel 11 er der heller ikke identificeret studier. Som med det fokuserede spørgsmål i kapitel 9 er det meget tankevækkende ikke mindst set i lyset af at disse patienter er i behandlingssystemet i årevis.

Venlig hilsen

Jens Kondrup

Formand for DSKE

Bedømmelse, National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

v/ Susanne Lunn, lektor, cand. psych.

Overordnet set vidner den beskrevne retningslinje om et omfattende, grundigt, relevant og nuanceret arbejde. De udvalgte ti fokuserede spørgsmål er med enkelte undtagelser velvalgte og præcist formulerede, og besvarelsen af dem hviler på et velbeskrevet og solidt grundlag. De centrale budskaber / anbefalinger, placeret først i dokumentet (s. 7), er klare og let tilgængelige og vil med enkelte undtagelser kunne omsættes til klinisk praksis i den primære såvel som sekundære sundhedssektor. Patientgruppen er velafgrænset og inklusions- og eksklusionskriterierne er præcist definerede. Det skal især fremhæves, at en subgruppe af patienter, som ikke opfylder alle de diagnostiske kriterier, er omfattet af retningslinjen. Dette vurderes som en stor fordel, da denne patientgruppe kan være svært plaget af bulimiske symptomer og tillige rent kvantitativt ofte udgør en større gruppe end de, der opfylder kriterierne. Den overordnede vurdering af retningslinjen er således som helhed positiv.

Selvom den overordnede vurdering af retningslinjen er positiv, rummer den imidlertid også nogle væsentlige begrænsninger og uklarheder, som bør adresseres inden den endelige udgivelse:

- 1) Retningslinjens første fokuserede spørgsmål lyder således: "Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes kognitiv terapi (CBT) frem for en psykoterapeutisk intervention, som ikke direkte fokuserer på kernesymptomer ved bulimi?" Dette spørgsmål tilgodeser ikke bredden af anvendte terapiformer for bulimi. Da psykoterapi er den primære behandlingsform ved bulimi, er et spørgsmål, der direkte vedrører hvilken behandlingsform, der bør anbefales, af særlig vigtighed. Spørgsmålets form udelukker på forhånd inddragelse af andre metoder end CBT, der også fokuserer direkte på kernesymptomer og indsnævrer dermed feltet.
- 2) Konklusionen på undersøgelsen af det første spørgsmål lyder: Anvend kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi. Det

fremgår ikke af undersøgelsen, der ligger til grund for anbefalingen, at interpersonel terapi (IPT), der er en terapiform, som ikke direkte fokuserer på symptomerne, klarede sig ligeså godt som CBT i den tilgrundliggende undersøgelse ved 1 års follow-up (Agras et al., 2000). Tværtimod står der i rationalet for anbefalingen (nederst s. 16), at ”Ved alle andre ... kritiske outcomes var der signifikant forskel i interventionernes effekt til fordel for CBT ... og derfor giver Sundhedsstyrelsen en stærk anbefaling for brugen af CBT”. (s. 16). Det forekommer særlig værd at understrege, at der ikke var forskel ved follow-up i Agras et al.’s undersøgelse i lyset af den vægt, der i retningslinjen lægges på follow-up data (se s. 39).

- 3) Blandt den litteratur, der ligger til grund for undersøgelsen af det første spørgsmål, indgår en undersøgelse fra 2014 af Poulsen et al. Af denne undersøgelse fremgår det, at CBT og psykoanalytisk psykoterapi opnåede samme resultater, når det gjaldt nedbringelsen af global spiseforstyrrelsespatologi. Det ligger således implicit i retningslinjen, at det er de specifikke adfærdsmæssige spiseforstyrrelsessymptomer, der fokuseres på, selvom psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer også indgår i de valgte outcomes. Dette bør præciseres.
- 4) Konklusionen på det første spørgsmål forekommer vidtrækkende i lyset af, at en meget stor andel af bulimipatienter ikke profiterer af CBT, og at nogle bulimipatienter foretrækker andre former for behandling, der ikke fokuserer direkte på symptomerne, hvilket også nævnes i retningslinjen. En mere inkluderende anbefaling ville derfor være at foretrække. Jeg vil foreslå, at anbefalingen inddrager ”step-wise behandling”, således at CBT anbefales i første omgang, men at det eksplicit nævnes, at profiterer patienten ikke af denne terapiform efter fire til ti uger, anbefales ikke alene en mere intensiv terapi af samme slags eller dagbehandling, men også andre terapiformer, fx IPT, psykodynamisk psykoterapi eller narrativ terapi.
- 5) Der er en uklarhed i gennemgangen af evidensen for sammenligningen mellem gruppeterapi og individuel terapi (s. 17). I det refererede studie af Nevonen og Broberg fremgår effekten af forholdet mellem individuel og gruppeterapi kun for CBT, men ikke for IPT.
- 6) I undersøgelsen af spørgsmålet vedrørende familiebehandling til børn og unge refereres til to

undersøgelser (21 og 22 i referencelisten). Nr 21 forekommer at blive diskvalificeret af forfatterne til retningslinjen grundet manglende mulighed for at få de præcise tal om spiseforstyrrelsesadfærden fra førsteforfatteren. Ikke desto mindre lægges denne undersøgelse til grund for den næste anbefaling, der vedrører kognitiv adfærdsterapi til børn og unge (s. 26).

- 7) Det fremstår ikke ganske klart, hvordan argumentet, at en given intervention er ”præferencefølsom”, anvendes (fx s. 34).
- 8) Retningslinjen anbefaler, at der foretages systematisk monitorering af spiseforstyrrelsessymptomer undervejs i behandlingen. Systematisk inkluderer ifølge retningslinjen en dybdegående undersøgelse. Selvom det umiddelbart lyder som god praksis, er der intet i beskrivelsen og undersøgelsen af denne anbefaling, der understøtter en sådan konklusion. Det spørgsmål man lades tilbage med er, om systematisk og dybdegående monitorering nødvendigvis er det samme, og om ikke systematisk monitorering alene kunne tjene som god praksis.
- 9) Det sidste fokuserede spørgsmål vedrører alternativer til ambulante behandling, som ikke har haft den ønskede effekt. Behandlingen af dette spørgsmål begrænser anden behandling til dagbehandling eller intensiveret behandling. Denne indsnævring af feltet tager ikke højde for, at patienter, der ikke har opnået effekt af en given behandling kunne profitere af en anden form for terapi (fx kognitiv terapi frem for psykodynamisk terapi eller visa versa), hvad enten denne tilbydes som ambulante behandling, intensiveret behandling eller som del af en dagbehandling.
- 10) Som det nævnes i retningslinjen er evidensen for behandling af bulimi sparsom. Der nævnes flere relevante områder, hvor der er behov for yderligere forskning. Hvad der ikke nævnes, er behovet for forskning i andre terapiformer end CBT. Der er ikke tvivl om, at CBT er den terapiform, der er blevet forsket mest i, og som også har vist god effekt. Men størstedelen af bulimipatienter har stadig bulimiske symptomer efter endt CBT behandling (se Wilson et al., 2007 og Poulsen et al., 2014). I sidstnævnte studie havde 56 % stadig bulimiske symptomer ved 2-års follow-up. Hertil kommer, som det også nævnes i retningslinjen, at

der er patienter, som ikke er motiverede for kognitiv terapi. Der er således af flere grunde behov for forskning i andre terapiformer end CBT og ikke mindst terapiformer, som integrerer elementer fra forskellige former, fx kognitive og adfærdsmæssige elementer integreret med psykodynamisk terapi.

Udover ovenstående essentielle indvendinger anbefales følgende ændringer:

- 1) Det kunne overvejes at starte retningslinjen med indledningen, som kunne munde ud i en læsevejledning, hvor der redegøres for retningslinjens struktur, herunder hvad der kan findes i de centrale bilag. Det ville gøre retningslinjen mere umiddelbart tilgængelig.
- 2) I indledningen nævnes, at problemstillingerne ved bulimi på flere punkter adskiller sig fra andre spiseforstyrrelser (s. 8), men der redegøres ikke for, på hvilken måde. Ligeledes henvises beskrivelsen af de bulimiske symptomer til et bilag (bilag 1). Det anbefales at integrere centrale karakteristika ved bulimi i indledningen og i øvrigt udelade bilag 1.
- 3) Beskrivelsen af arbejdsgruppens sammensætning er klar med angivelse af medlemmernes profession og uddannelse. Dette er imidlertid ikke tilfældet med referencegruppen (s. 85). Det anbefales at følge samme principper for beskrivelsen af referencegruppens medlemmer som for arbejdsgruppens.
- 4) I dokumentet ses en del overlap med dokumenterne "Beskrivelse af en klinisk retningslinje" og "Metodehåndbog til udarbejdelse af kliniske retningslinjer". Det gælder fx afsnittet "Juridiske forhold" (s. 10). Det foreslås at overveje undladelse af overlap.
- 5) På s. 26, tredjesidste og næstsidste afsnit skal der stå spørgsmål 4 i stedet for spørgsmål 3.

AGREE II vurdering af retningslinjen foreligger i et selvstændigt dokument.

Susanne Lunn, lektor, cand. psych.

København, d. 30. marts 2015

Bedømmelse av høringsversjonen av ”National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi” som er sendt ut på høring utgitt av Sundhedsstyrelsen februar 2015.

Retningslinjene omfatter behandling av moderat og alvorlig bulimi hos barn, unge og voksne i spesialisthelsetjenesten. Den omtaler ikke behandling av milde former for bulimi som primært skal behandles i primærhelsetjenesten.

Retningslinjene konkluderer med en ”sterk anbefaling”, 3 ”svake anbefalinger”, 2 ”svake anbefalinger mot” og 4 ”anbefalinger for god praksis”. Anbefalingene er et resultat av 10 fokuserte spørsmål om ulike sider ved behandling av moderat og alvorlig bulimi. Man har brukt GRADE systemet for å vurdere den vitenskaplige evidensen for de ulike spørsmålene. De 4 anbefalingene for god praksis bygger på klinisk konsensus da det ikke finnes noe vitenskaplig evidensgrunnlag å bygge på.

Undertegnede har ikke gjennomgått strategien for søk etter litteratur på området da det forventes å ha blitt gjort på korrekt måte.

1. Manuskriptets styrker

Retningslinjene følger en klar og oversiktlig struktur. Den omtaler først hvordan man har vurdert evidensens kvalitet for de ulike spørsmålene, før en kort oppsummering av de 10 anbefalingene. Etter dette følger en innledning og siste del av retningslinjene er en mer detaljert gjennomgang av de ulike fokuserte spørsmålene.

Det er 10 klinisk relevante spørsmål ved behandling av bulimi som det fokuseres på og leseren kan se grunnlaget for de ulike anbefalingene som arbeidsgruppen har kommet fram til. Man har, på en kortfattet måte, klart å oppsummere den vitenskaplige evidensen uten å gå for mye i detalj. Retningslinjene består av totalt ca. 50 sider før referanser og appendiks. Omfanget er slik at en kliniker relativt raskt kan få en oversikt over hva anbefalingene bygger på.

Appendiks gir nyttig bakgrunnsinformasjon for grunnlaget for retningslinjene.

2. Manuskriptets svakheter

Det framkommer ikke hvordan prosessen har vært for å komme fram til de 10 spesifiserte spørsmålene som anbefalingen bygger på. Andre klinisk viktige spørsmål er for eksempel behandlingsvarighet, behandlingsintensitet og hvilken behandling skal de få som ikke responderer på evidensbasert behandling.

Pasienter med bulimi har hyppig ulike tilleggslidelser som personlighetsforstyrrelser, depresjon, angstlidelse, PTSD og ruslidelser. Slike tilleggslidelser kan få betydning for hvordan man legger opp behandlingen i klinisk praksis. Kompleksiteten ved bulimilidelsen burde kommet litt tydeligere fram i innledningen av retningslinjene selv om det foreligger svært lite vitenskapelig evidens for hvilke behandlingsmessige konsekvenser komorbide lidelser bør ha. Vil anbefalingene i retningslinjene gjelde uavhengig av komorbide lidelser?

Innledningsvis fastslåes det at retningslinjene omhandler bulimia nervosa F50.2 og atypisk bulimia nervosa F50.3 med alvorlighetsgrad moderat eller alvorlig (grad 2-5). Den

vitenskaplige evidensen i retningslinjene bygger i stor grad på bulimi slik det er definert i DSM III R og DSM IV og det er uklart om anbefalingene uten videre kan overføres til de med atypisk bulimi. I tillegg burde det i starten av retningslinjene komme en beskrivelse av de ulike alvorlighetsgradene fra 1 til 5, slik at leseren forstår hvordan moderat og alvorlig bulimi er definert. Nå må leseren selv finne dette ut ved å lese litteratur som det refereres til. Retningslinjene omhandler ingen refleksjon rundt hvorvidt anbefalingene gjelder helt uavhengig av alvorlighetsgraden av bulimien. I mye av litteraturen virker det som om de mest alvorlig syke kan være ekskludert i studiene.

Retningslinjene bygger på ICD 10 kriterier. Det burde komme fram hvordan man skal forholde seg til retningslinjene når nye ICD 11 bulimikriterier kommer om få år.

En årsak til at evidensen generelt vurderes til å være meget lav skyldes bl.a. at det kritiske "outcome" målet "somatiske komplikasjoner" ikke er oppgitt i litteraturen. Dette "outcome" målet har fått for stor vektning i vurderingen av evidensgrunnet. Alvorlige elektrolyttforstyrrelser sees oftest hos de mest alvorlig rammede personer med bulimi som sannsynlig i liten grad har vært med i behandlingsstudier. I klinisk praksis er de somatiske komplikasjonene ofte ikke noe som påvirker valg av psykoterapeutisk behandling.

Kvaliteten på evidensen blir generelt ratet som lav men det er store forskjeller mellom kvalitetskravene i ulike spørsmål. For eksempel når CBT sammenlignes med "ikke symptomfokuset behandling" for "outcome for overspisinger ved intervensjonsavslutning" blir evidensen ratet som lav, selv om den bygger på 4 studier med 285 deltakere som samlet gir klare holdepunkter til fordel for CBT (2,73 standardavvikelser lavere). Spørsmålet om FBT-BN sammenlignet med "behandling uten familiedeltakelse" bygger på kun en studie med 80 deltakere og på "outcome for overspisinger ved intervensjonsavslutning" viser FBT-BN økt antall overspisinger (0,9 standardavvikelser høyere).. Likevel konkluderes med samme lave kvalitet på evidensen som ved CBT mot ikke symptomfokuset behandling. Det burde komme frem at flere studier med samme resultat skulle heve kvaliteten på evidensen sammenlignet med kun en studie..

Det er ikke redegjort for om det har vært enstemmighet eller uenighet i arbeidsgruppen i forhold til anbefalingene.

3. Forslag til endringer

Foreslår at de ulike alvorlighetsgrader ved bulimi beskrives i innledningen. Tidspunkt for siste søket bør tidfestes allerede i innledningen, slik at leser vet når siste søk er gjort.

Referanse 1 og 5 er samme referanse.

Bør ta med om det var enighet/uenighet i gruppen i forhold til anbefalingene.

Gjennomgang av de fokuserte spørsmålene:

Psykoterapi med eller uten fokus på kjernesymptomer

Dette er en relevant og viktig problemstilling og det konkluderes med en sterk anbefaling av kognitiv atferdsterapi. Denne anbefalingen støttes av undertegnede.

En ny RCT publisert i 2014 er ikke kommet med i søket der CBT-E sammenlignes med ICAT (Wonderlich et al. 2014). ICAT er primært fokusert på emosjonsregulering men har også

mange elementer av CBT-E som del av behandlingen. Forfatterne fant lik effekt av behandlingen. Denne studien burde ha vært omtalt.

Kun to av de vurderte "outcome" målene vurderes å ha moderat evidens kvalitet, resten kun lav evidens. Samlet sett vurderes kvaliteten som samlet sett meget lav. Det er vanskelig å i detalj å etterprøve kvalitetsvurderingen som er gjort av arbeidsgruppen i forhold til alle de ulike "outcome" målene. Flere velrenommerte studier viser klinisk betydningsfulle forskjeller i favør av kognitiv atferdsterapi sammenlignet med terapiformer uten fokus på kjernesymptomer. Det vurderes totalt sett at kvalitetsvurdering er for streng når man konkluderer med "meget lav kvalitet". Det legges for mye vekt på at "outcome" målet somatiske komplikasjoner ikke redegjøres i litteraturen. Denne vurderingen bør også sees i sammenheng med hvordan kvaliteten er vurdert på de andre fokuserte spørsmålene der det vitenskapelige underlaget faktisk er mye mindre men omtales på samme måte, som "meget lav kvalitet".

Psykoterapi individuelt eller i gruppe

Konklusjonen er en svak anbefaling av at både psykoterapi individuelt og i gruppe kan overveies ved bulimi. Denne konklusjonen støttes av undertegnede ut fra evidensgrunnet som det redegjøres for.

Det burde komme tydeligere fram at studiene bygger på psykoterapiformer, som CBT og IPT, med dokumentert virkning på bulimi. Slik det nå står i anbefalingene er det ikke presisert at psykoterapien enten individuelt eller i gruppe bygger på veldokumenterte terapiformer ved bulimi, som CBT eller IPT.

Familiebasert behandling til barn og unge

Konklusjonen er en svak anbefaling av at man kan overveie familiebasert behandling av barn og unge med bulimi. Denne konklusjonen støttes av undertegnede ut fra evidensgrunnet som det redegjøres for. Det er kun funnet to studier som omhandler dette.

Det bør presiseres at det er en familiebasert behandling med fokus på spiseforstyrrelser som anbefales og ikke en ufokusert familiebasert behandling.

Kognitiv adferdsterapi til barn og unge

Konklusjonen er en svak anbefaling av at man kan overveie individuell kognitiv adferdsterapi ved behandling av barn og unge med bulimi.

Evidensen bygger kun på en studie med 85 deltakere der det ikke ble funnet forskjeller mellom antall pasienter i remisjon sammenlignet med FBT-BN, men signifikant høyere frekvens av overspisinger for CBT gruppen ved behandlingsavslutning. Gjennomsnittsalderen var 17,5 år hvilket betyr at mange av deltakerne er over 18 år. Ut fra dette er undertegnede ikke enig konklusjonen at det finnes tilstrekkelig evidens for å gi en svak anbefaling for kognitiv adferdsterapi ved behandling av barn og unge med bulimi. Denne konklusjonen burde endres til "god praksis" og ikke presenteres som en anbefaling siden den vitenskapelige dokumentasjonen er mangelfull.

Motivasjonsfremmende intervensjoner

Konklusjonen er en svak anbefaling mot å rutinemessig å bruke motivasjonsfremmende intervensjon forut for oppstart av psykoterapeutisk behandling av pasienter med bulimi.

Det er verdt å bemerke at anbefalingen er annerledes enn det opprinnelige fokuserte spørsmålet som ikke presiserer at det er snakk om motivasjonsfremmende intervensjoner forut for behandlingsoppstart.

Evidensen bygger på tre studier der ca 1/3 av pasientene har bulimi. Det ble i to av studiene funnet signifikant lavere antall oppkastepisoder hos de som hadde fått motivasjonsfremmende behandling. For de øvrige "outcome" målene fant man ingen forskjell mellom gruppene.

Ut fra evidensen er det ikke grunnlag for å trekke noen konklusjon om motivasjonsfremmende intervensjoner bør benyttes eller ikke.

Arbeidsgruppen konkluderer ut fra et klinisk argument om at det kan ta lengre tid før pasientene mottar symptomreducerende, ved først å tilby motivasjonsfremmende, behandling konkluderes det med en svak anbefaling mot tiltaket.

På denne bakgrunnen er undertegnede ikke enig konklusjonen at det finnes tilstrekkelig evidens for å gi en svak anbefaling mot rutinemessig å tilby motivasjonsfremmende behandling før oppstart av psykoterapeutisk behandling. Denne konklusjonen burde endres til "god praksis" og ikke presenteres som en "anbefaling".

Behandling av SSRI som supplement til psykoterapeutisk behandling

Konklusjonen er en svak anbefaling mot å rutinemessig å bruke SSRI ved psykoterapeutisk behandling av pasienter med bulimi.

Anbefalingen understreker rutinemessig bruk som ikke presiseres i det opprinnelige fokuserte spørsmålet. Undertegnede mener at all psykofarmakologisk behandling av pasienter med mentale lidelser må gjøres ut fra en individuell vurdering og ikke ut fra fastlagte rutiner.

Flere studier finner signifikant positiv effekt av SSRI ved behandlingsslutt (Aigner et al, 2011). Et problem ved bruk av SSRI er at mange av studiedeltakerne avslutter bruk av SSRI i løpet av studiene og det er rapportert om bivirkninger. Arbeidsgruppen har vektlagt at flere som ikke har brukt SSRI er i remisjon ved oppfølging et år etter behandlingsslutt i en studie (Jacobi et al, 2002) (større grad av tilbakefall i SSRI gruppen) selv om det ble funnet lavere frekvens av bulimiske symptomer ved behandlingsavslutning. Denne studien har kun omtrent 10 deltakere ved oppfølgingstidspunktet i hver behandlingsarm. På bakgrunn av at flere studier viser positiv effekt av SSRI ved behandlingsslutt så vurderer undertegnede at arbeidsgruppen i for stor grad har vektlagt en liten studie som viser tendens til tilbakefall for SSRI gruppen og støtter derved ikke anbefaling mot rutinemessig bruk av SSRI. Det vurderes at det bør være en svak anbefaling for bruk av SSRI med reservasjoner for drop out og eventuelt bivirkninger.

Individualisert eller standardisert ernæringsintervensjon

Det foreligger ingen dokumentasjon på området og ulike former for ernæringsrådgiving ved behandling av bulimi anses som god klinisk praksis. Arbeidsgruppens råd støttes.

Systematisk monitorering av behandlingseffekt

Det foreligger ingen dokumentasjon på området og en systematisk monitorering av behandlingseffekt anses som god klinisk praksis. Retningslinjene vektlegger bruk av

standardiserte spørreskjemaer men terapeuten kan ved regelmessig strukturerte spørsmål om symptomatferd få samme type informasjon. Arbeidsgruppens råd om "god praksis" støttes.

Dagbehandling eller intensivert poliklinisk behandling

Arbeidsgruppens råd om "god praksis" støttes.

Etterbehandling

Arbeidsgruppens råd om "god praksis" støttes. Mye klinisk erfaring tilsier at mange pasienter opplever tiden etter endt behandling som svært krevende. Omfanget av denne etterbehandling må individuelt vurderes og det er også viktig av at pasientene ikke tilbys unødig lang oppfølging. I retningslinjene fokuseres det primært på å motvirke tilbakefall av bulimien. Vel så viktig er det i samråd med pasient å vurdere behov for eventuelt videre behandling for underliggende vansker eller komorbide lidelser.

Oslo 17/3 2015

Øyvind Rø
Forskningsleder
Regional seksjon spiseforstyrrelser
Oslo Universitetssykehus

Professor i psykiatri
Det medisinske fakultet
Universitet i Oslo

Referanser:

Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, Crow SJ. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 2014. 44(3): p. 543-53.

Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World federation of societies of bio-logical psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry* 2011;12(6):400-443.

Jacobi C, Dahme B, Dittmann R. Cognitive-behavioural, fluoxetine and com-bined treatment for bulimia nervosa: Short- and long-term results. *European Eating Disorders Review* 2002;10(3):179-198.

Vedlegg: AGREE vurdering av retningslinjene