

Sundhedsstyrelsen
Axel Heidesgade 1
2300 København S

København, den 25. september 2014

Vedr. den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet

Dansk Psykolog Forening takker for den tilsendte høring og forholder sig overordnet set positivt til udkastet til den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet. Dansk Psykolog Forening finder det således positivt, at der er medtaget stærke anbefalinger af psykoterapeutisk behandling (s. 23 + 29) og psykoedukation (s. 33 + 36). Psykoterapi har vist sig effektivt over for målgruppen, både på kortere og på længere sigt, og det er derfor essentielt, at patienterne får adgang til denne behandlingsform. Det er desuden positivt, at det i retningslinjen er blevet præciseret, at psykoterapien bør udføres af sundhedsprofessionelle med tilstrækkelig psykoterapeutisk uddannelse og erfaring med patienter med generaliserede smerter (s. 28).

Dog kunne Dansk Psykolog Forening have ønsket sig, at det yderligere blev præciseret, hvilke fagpersoner, der er bedst kvalificerede til at udføre psykoterapeutisk behandling frem for blot "forskellige sundhedsprofessionelle" (s. 28). Psykologer er den bedst uddannede faggruppe til at varetage psykoterapeutisk behandling, eftersom man som psykolog gennemgår obligatoriske universitetsfag som udviklingspsykologi, personlighedspsykologi, socialpsykologi, klinisk psykologi, biologisk psykologi, kognitionspsykologi og neuropsykologi; alle fag, der lægger et solidt teoretisk fundament for en senere psykoterapeutisk efteruddannelse og erfaring med psykoterapeutisk arbejde. Psykoterapi er således en kompleks proces, hvor den optimale virkning af en relevant psykoterapeutisk metode forudsætter en holdbar samarbejdsrelation med klienten.

Det fremgår af retningslinjens indledning, at "generaliserede smerter i bevægeapparatet" er en dækkende overordnet betegnelse, men at betegnelsen er mindre egnet som egentlig diagnosebetegnelse (s. 9-10). Det virker derfor modstridende, at der som første anbefaling står, at man skal stille diagnosen generaliserede smerter i bevægeapparatet (s. 7). Hensigten og idéen med betegnelsen er relevant, men da diagnosen ikke indgår i ICD-10 diagnosesystemet, risikerer man, at den vil tilslutte sig rækken af diffuse og uafhængige betegnelser, som ikke er egentlige diagnoser. Generaliserede smerter i bevægeapparatet lægger sig således på linje med betegnelser som medicinsk uforklarede tilstande, funktionelle lidelser, bodily distress eller somatisk symptomrelateret lidelse. Det fremgår ikke af retningslinjen, hvilken status "generaliserede smerter i bevægeapparatet" har i forhold til de øvrige betegnelser, og om den ønskes alment anvendt og for-



stået i eksempelvis statusattester til de sociale myndigheder. Forholdet mellem den nye betegnelse "generaliserede smerter i bevægeapparatet", de relevante ICD-10-diagnoser og de øvrige betegnelser på området bør afklares, hvis den nye betegnelse skal kunne bidrage konstruktivt i sundhedssystemet.

Retningslinjen beskriver en "stepped care-model", hvoraf det fremgår, at behandlingen i væsentligste grad skal foregå i almen praksis, og at det kun er de mest komplicerede tilstande, som skal behandles af specialister (s. 11 + bilag 1) – og dette i samarbejde med den praktiserende læge. Det fremgår imidlertid ikke, hvilke konkrete fagpersoner, der tænkes på som specialister. Man må formode, at der tænkes på specialister tilknyttet klinikker med en multidisciplinær tilgang, frem for fx reumatologiske afdelinger eller andre specialer i den rene somatik, som kun sjældent arbejder tværdisciplinært. Det nævnes heller ikke, om der med specialistbehandling refereres til Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Århus, landets få liaisonpsykiatriske klinikker eller landets tværfaglige smertecentre. Det er kendetegnende for de tværdisciplinære specialistbehandlingsmuligheder, at de ikke findes landsdækkende, og at der flere steder er lange ventelister. Så vidt vides er der på disse klinikker ej heller systematisk prioriteret tid til samarbejdet med de praktiserende læger. Retningslinjens anbefaling af specialistbehandling bør derfor præcisere, hvilke specialister, der er tale om samt adressere de nævnte udfordringer i form af manglende national dækningsgrad og ventelister.

Retningslinjens evidensvurderinger baserer sig på en klassisk evidenspyramide, som oprindeligt er udviklet til vurdering af medicinske teknologier. Den medtager kun interventioner, som bakkes op af et større antal randomiserede kontrollerede studier, hvilket kan favorisere nogle forskningsdiscipliner frem for andre (s. 94). Inden for lægevidenskaben har metoden været anvendt så længe, at man systematisk implementerer et randomiseret kontrolleret (RCT) design, når man undersøger forskellige behandlingsformer. Den psykologiske behandlingsforskning har efterhånden indstillet sig på RCT-metoden som forskningsstandard, men nogle psykoterapeutiske retninger har implementeret denne standard før andre, hvilket favoriserer de retninger, som tidligt har haft fokus på RCT-design. Andre fagområder i en multidisciplinær sammenhæng – eksempelvis fysioterapi, socialpsykologi eller socialrådgivning – stilles også ringere i valget af stringent videnskabelighed efter RCT-modellen. Når den valgte metode til vurdering af, hvad der er virksomt, så entydigt fremhæver RCT-designet, opstår der en systematisk skævvridning af, hvad der fremstår som virksomt og ikke virksomt. Man tilpasser ikke metoden til forskningsgenstanden, men måler alle discipliner ud fra samme RCT-tilgang. Dette giver et skævt billede, idet man træder ind på et bestemt tidspunkt i den videnskabelige udvikling, hvor de forskellige sundhedsfaglige discipliner – og psykoterapeutiske tilgange – ikke står lige, hvad angår den anvendte evidensvurdering. Frem for dette kunne man have valgt at tage udgangspunkt i de enkelte discipliners ypperste faglighed og have sat kriterier efter, hvordan og hvor man finder den bedste faglige vurdering af interventionernes virkning inden for den enkelte disciplin. Det snævre valg af RCT-design udgør således et systematisk problem, som bør fremgå af retningslinjen. Dansk Psykolog Forening har tidligere gjort opmærksom på denne problematik ifm. hørings svar til national klinisk retningslinje for ADHD hos børn og unge.



Den nationale kliniske retningslinje giver psykoterapeutisk behandling i form af kognitiv adfærdsterapi og ACT en stærk anbefaling (s. 28), hvilket bifaldes. Det undrer dog, hvorfor andre psykoterapeutiske tilgange ikke nævnes i retningslinjen, da der findes evidens for, at flere andre psykoterapeutiske tilgange har tilsvarende god effekt over for generaliserede smerter og fibromyalgi på linje med kognitiv adfærdsterapi og ACT. Det ville også have været gavnligt med en vurdering af gruppebaseret psykoterapeutisk behandling sammenlignet med individuel behandling, da der også findes evidens på dette område. Endelig savnes anbefalinger af, hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces med afsæt i den omfangsrige forskningslitteratur i, hvad der virker i psykoterapi. Psykoterapiforskningen viser således, at en optimal psykoterapeutisk proces kræver en terapeut, som både mestrer en relevant psykoterapeutisk metode (afstemt efter symptomer og klientpræferencer), og som kan optimere de såkaldte psykoterapeutiske fællesfaktorer, bl.a. skabe en holdbar samarbejdsalliance og balancere mellem at validere og udfordre klienten. I den kliniske virkelighed er psykoterapimetoden og de terapeutiske fællesfaktorer uadskillelige, således at hvis terapeuten skal kunne anvende en relevant psykoterapeutisk metode, forudsætter dette, at der er skabt en konstruktiv samarbejdsrelation, bl.a. ud fra terapeutens mestring af de terapeutiske fællesfaktorer. Overvejelser omkring både psykoterapimetode og fællesfaktorer bør derfor indgå i en klinisk retningslinje. En sandsynlig forklaring på ovennævnte udeladelser er, at man i udarbejdelsen af retningslinjen kun tillod arbejdsgruppen at tage stilling til meget få og meget specifikke spørgsmål (s. 12 + 84). En sådan tilgang medfører et snævert fokus på ganske få interventioner og giver ikke mulighed for at anbefale, om psykoterapien bør udføres individuelt eller i gruppe, eller hvordan man sikrer en optimal psykoterapeutisk proces. I den endelige udgave af retningslinjen bør man gøre opmærksom på disse udeladelser og tydeliggøre, at der kun er søgt efter kognitiv adfærdsterapi og ACT, og at andre terapiformer derfor ikke kan udelukkes som virksomme på samme niveau. Dansk Psykolog Forening har ligeledes gjort opmærksom på problematikken omkring de få specifikke spørgsmål, som indskrænker arbejdsgruppens muligheder ifm. Foreningens høringsvar til national klinisk retningslinje for ADHD hos børn og unge.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen
Formand, Dansk Psykolog Forening

