

Citation	xxxx	Esharghi
Population / Prævalens af tilstand-sygdom	101 patienter i alderen 15-125 år i psykiatrisk ambulans regi. Prævalensen af Borderline Personlighedsforstyrrelse er i pågældende studie 20.8%.	105 patienter, elektiv kirurgi
Index test	Den diagnostiske præcision af 8 forskellige redskaber (SAPAS-SR, S-SCID-II, NEO-FFI, SCID-II-PQ og SAPAS-INF, IPDS, PAS-Q, SAP) gennemgås	3M SpotOn, Zero Heart Flux
Reference standard	SCID-II anvendes som referencestandard til alle 8 redskaber	Pulmonary artery
Diagnostisk præcision	Overordnet tegner der sig (se SoF tabel for sensitivitet, specificitet, falsk/sandt positive/negative, prævalenser) et billede af, at flere af instrumenterne (index tests) potentielt kan bruges til at udelukke tilstedeværelsen af borderline personlighedsforstyrrelse (BPF) (sandt negative), men er mindre velegnede til at udpege de personer, som har diagnosen BPF (sandt positive), når man korrigerer for prævalensen svarende til den praktiserende læge i primær sektor, hvilket er fokus for PICO. Des lavere prævalens, desto bedre er instrumenterne til at udelukke diagnosen BPF. Prævalensen af BPF hos patienter, som den	Overordnet tegner der sig et billede af en høj overensstemmelse mellem SOT og nasopharyngeal temperaturmåling (diff = -0.23 C, LoA= -0.08). Fokus for artiklen er identifikation af hypotermie patienter og prævalensen af feber dermed lav. Artiklen giver således ikke svar på SOT's egenskaber mht at identificere feber. Overordnet er evidensen moderat.

Risiko for over/under diagnosticering og konsekvenser heraf

praktiserende læge vil screene, vil alt andet lige være højere end den generelle prævalens af BPF hos de praktiserende læger. Der findes ingen data herfor, men det synes rimeligt at antage, at prævalensen af BPF i den screenede population vil være på mellem 20-50 %.

Der er en række forbehold ved de fundne estimater: Risikoen for at over eller underdiagnosticere BPF er betydelig, og ved en prævalens mellem 20-50 % ses en forekomst af falsk negative mellem 34-85 per 1000 patienter, der testes ved brug af f.eks. instrumentet SAPAS-SR. Antallet af falsk positive rangerer fra 100-160 patienter ved en estimeret prævalens på henholdsvis 20 % og 50 %. Forekomsten af de angivne falsk positive og falsk negative resultater er formentlig undervurderet, da det må antages, at de personer, som anvender redskaberne i studierne, er mere erfarne og vidende om disse instrumenter (pga. hyppigere anvendelse da det er i et andet setting med højere prævalens, oplæring osv.), end de behandlere i primær sektor, som ville komme til at anvende disse instrumenter i praksis. Det antages derfor, dels at estimaterne (sensitivitet og

	<p>specificitet) er kunstig forhøjet i de inkluderede studier, og dels at der er en betydelig risiko for henholdsvis over- og underdiagnosticering af BPF. Konsekvenser af overdiagnosticering vil være unødigt stigmatisering af patienterne og konsekvenserne af underdiagnosticering vil være forsinket behandlingstid for de patienter som har behov for behandling.</p>
--	--

Citation	xxxx	Iden, 2015
Population / Prævalens af tilstand-sygdom	101 patienter i alderen 15-125 år i psykiatrisk ambulant regi. Prævalensen af Borderline Personlighedsforstyrrelse er i pågældende studie 20.8%.	83 patienter, elektiv kirurgi
Index test	Den diagnostiske præcision af 8 forskellige redskaber (SAPAS-SR, S-SCID-II, NEO-FFI, SCID-II-PQ og SAPAS-INF, IPDS, PAS-Q, SAP) gennemgås	3M SpotOn, Zero Heart Flux
Reference standard	SCID-II anvendes som referencestandard til alle 8 redskaber	Nasopharyngeal term (invasiv)
Diagnostisk præcision	Overordnet tegner der sig (se SoF tabel for sensitivitet, specificitet, falsk/sandt positive/negative, prævalenser) et billede af, at	Overordnet tegner der sig et billede af en høj overensstemmelse mellem SOT og nasopharyngeal temperaturmåling ($r = 0.87$,

Risiko for over/under diagnosticering og konsekvenser heraf

flere af instrumenterne (index tests) potentielt kan bruges til at udelukke tilstedeværelsen af borderline personlighedsforstyrrelse (BPF) (sandt negative), men er mindre velegnede til at udpege de personer, som har diagnosen BPF (sandt positive), når man korrigerer for prævalensen svarende til den praktiserende læge i primær sektor, hvilket er fokus for PICO. Des lavere prævalens, desto bedre er instrumenterne til at udelukke diagnosen BPF. Prævalensen af BPF hos patienter, som den praktiserende læge vil screene, vil alt andet lige være højere end den generelle prævalens af BPF hos de praktiserende læger. Der findes ingen data herfor, men det synes rimeligt at antage, at prævalensen af BPF i den screenede population vil være på mellem 20-50 %.

Der er en række forbehold ved de fundne estimater: Risikoen for at over eller underdiagnosticere BPF er betydelig, og ved en prævalens mellem 20-50 % ses en forekomst af falsk negative mellem 34-85 per 1000 patienter, der testes ved brug af f.eks. instrumentet SAPAS-SR. Antallet af falsk positive rangerer fra 100-160 patienter ved en estimeret

LoA= 0.07). Fokus for artiklen er identifikation af hypotermie patienter og prævalensen af feber dermed lav. Artiklen giver således ikke svar på SOT's egenskaber mht at identificere feber. Der finder et stort bortfald sted og overordnet er evidensen lav

prævalens på henholdsvis 20 % og 50 %. Forekomsten af de angivne falsk positive og falsk negative resultater er formentlig undervurderet, da det må antages, at de personer, som anvender redskaberne i studierne, er mere erfarne og vidende om disse instrumenter (pga. hyppigere anvendelse da det er i et andet setting med højere prævalens, oplæring osv.), end de behandlere i primær sektor, som ville komme til at anvende disse instrumenter i praksis. Det antages derfor, dels at estimerne (sensitivitet og specificitet) er kunstig forhøjet i de inkluderede studier, og dels at der er en betydelig risiko for henholdsvis over- og underdiagnosticering af BPF. Konsekvenser af overdiagnosticering vil være unødigt stigmatisering af patienterne og konsekvenserne af underdiagnosticering vil være forsinket behandlingstid for de patienter som har behov for behandling.

Observer	Citation	PICO no.	PICO name	Study design
Observer 1	Eshhraghi			Tværsnit

Description

No of pts	Duration	Country	Funding	Notes
105	1 year	USA	None	

Index test	Reference standard	Target condition incl threshold	Flowchart diagram	Patient relevant outcomes
3M SpotOn	pulmonary artery cateter	temperature minitoring in the clinical setting to with		

Res

True positive

False positive

True negative

False negative

Uncertain

ults

Sensitivity	95% CI	Specificity	95% CI	Likelihood ratio
-------------	--------	-------------	--------	------------------

Patient s

Risk of bias

95% CI	<i>Describe methods of patient selection</i>	Was a consecutive or random sample of patients enrolled?	Was a case-control design avoided?	Did the study avoid inappropriate exclusions?
	Poorly described	Unclear	Yes	Yes

selection

Concerns regarding applicability

Could the selection of patients have introduced bias?	<i>Describe included patients (prior testing, presentation, intended use of index test and setting):</i>	Is there concern that the included patients do not match the review question?	<i>Describe the index test and how it was conducted and interpreted:</i>
Unclear	patients having elective cardiac surgery		SpotOn-Zero Heat flux

Index test(s)

Risk of bias

Concerns regarding applicability

Were the index test results interpreted without knowledge of the results of the reference standard?	If a threshold was used, was it pre-specified?	Could the conduct or interpretation of the index test have introduced bias?	Is there concern that the index test, its conduct, or interpretation differ from the review question?
Unclear	Yes	Unclear	High concern

Reference standard

Risk of bias

<i>Describe the reference standard and how it was conducted and interpreted:</i>	Is the reference standard likely to correctly classify the target condition?	Were the reference standard results interpreted without knowledge of the results of the index test?	Could the reference standard, its conduct, or its interpretation have introduced bias?
Pulmonary artery	Yes	Unclear	Low risk

Concerns regarding applicability

Is there concern that the target condition as defined by the reference standard does not match the review question?	<i>Describe any patients who did not receive the index test(s) and/or reference standard or who were excluded from the 2x2 table (refer to flow diagram):</i>	<i>Describe the time interval and any interventions between index test(s) and reference standard:</i>
High concern	2	No Interval

Flow and timing

Risk of bias

Was there an appropriate interval between index test(s) and reference standard?

Did all patients receive a reference standard?

Were all patients included in the analysis?

Could the patient flow have introduced bias?

Yes

Yes

No

Low risk

Description

Observer	Citation	PICO no.	PICO name	Study design	No of pts	Duration	Country
Observer 1	Iden			Tværsnit	83	1 year	Germany

Funding	Notes	Index test	Reference standard	Target condition incl threshold	Flowchart diagram	Patient relevant outcomes	True positive
Spot On sensors sponsored by company		3M SpotOn	Nasopharyngeal sensor	temperature minitoring in the clinical setting to with			

Results

False positive	True negative	False negative	Uncertain	Sensitivity	95% CI	Specificity	95% CI
----------------	---------------	----------------	-----------	-------------	--------	-------------	--------

Patient selection

Risk of bias

Likelihood ratio	95% CI	<i>Describe methods of patient selection</i>	Was a consecutive or random sample of patients enrolled?	Was a case-control design avoided?	Did the study avoid inappropriate exclusions?	Could the selection of patients have introduced bias?	<i>Describe included patients (prior testing, presentation, intended use of index test and setting):</i>
		Poorly described	Unclear	Yes	Yes	Unclear	Men and women undi

Index test(s)

Concerns regarding applicability

Risk of bias

Concerns regarding applicability

Is there concern that the included patients do not match the review question?	<i>Describe the index test and how it was conducted and interpreted:</i>	Were the index test results interpreted without knowledge of the results of the reference standard?	If a threshold was used, was it pre-specified?	Could the conduct or interpretation of the index test have introduced bias?	Is there concern that the index test, its conduct, or interpretation differ from the review question?
--	--	---	--	--	--

High concern

Reference standard

	Risk of bias		Concerns regarding applicability		
<i>Describe the reference standard and how it was conducted and interpreted:</i>	Is the reference standard likely to correctly classify the target condition?	Were the reference standard results interpreted without knowledge of the results of the index test?	Could the reference standard, its conduct, or its interpretation have introduced bias?	Is there concern that the target condition as defined by the reference standard does not match the review question?	<i>Describe any patients who did not receive the index test(s) and/or reference standard or who were excluded from the 2x2 table (refer to flow diagram):</i>
Nasopharyngeal porbe	Yes	Unclear	Low risk	Low concern	n= 12 (surgery time < 60 min, n=4 SpotOn err

Flow and timing

Risk of bias

<i>Describe the time interval and any interventions between index test(s) and reference standard:</i>	Was there an appropriate interval between index test(s) and reference standard?	Did all patients receive a reference standard?	Were all patients included in the analysis?	Could the patient flow have introduced bias?
No interven	Yes	Yes	No	High risk