

Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse(OCD)

Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)

© Sundhedsstyrelsen, år. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: *Høring*

Versionsdato: mm.dd.åååå

Format: *eksempel PDF*

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, (mm og åååå).

Elektronisk ISBN: *Indhent elektronisk ISBN nummer fra Sundhedsstyrelsens Kommunikationscenter*

HØRING

Indhold

0	Indledning	8
0.1	Formål	8
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	8
0.3	Målgruppe/brugere	9
0.4	Emneafgrænsning	9
0.5	Patientperspektivet	11
0.6	Juridiske forhold	11
1	Behandling af mild OCD	12
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	12
1.2	Anbefaling	12
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	12
1.5	Litteratur	12
1.6	Gennemgang af evidensen	12
1.7	Arbejdsgruppens overvejelser	13
1.8	Rationale for anbefaling	14
1.9	Evidensprofil	14
2	Familiebehandling til børn og unge med OCD	16
2.1	Fokuseret spørgsmål 2	16
2.2	Anbefaling	16
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	16
2.5	Litteratur	17
2.6	Gennemgang af evidensen	17
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	17
2.8	Rationale for anbefaling	18
2.9	Evidensprofil	18
3	Kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe	20
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	20
3.2	Anbefaling	20
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	20
3.5	Litteratur	20
3.6	Gennemgang af evidensen	21
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	21
3.8	Rationale for anbefaling	22
3.9	Evidensprofil	22
4	Tredjebølge Kognitiv Adfærdsterapi	24
4.1	Fokuseret spørgsmål 4.	24
4.2	Anbefaling	24
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	24
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	24
4.5	Litteratur	24
4.6	Gennemgang af evidensen	24
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	25
4.8	Rationale for anbefaling	25
4.9	Evidensprofil	25
5.	Førstevalgsbehandling af børn og unge med moderat til svær OCD	27
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	27
5.2	Anbefaling	27

5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	27
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	27
5.5	Litteratur	27
5.6	Gennemgang af evidensen	28
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	28
5.8	Rationale for anbefaling	29
5.9	Evidensprofil	29
6.	Førstevalgsbehandling af voksne med moderat til svær OCD	32
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	32
6.2	Anbefaling	32
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	32
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	32
6.5	Litteratur	32
6.6	Gennemgang af evidensen	33
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	33
6.8	Rationale for anbefaling	34
6.9	Evidensprofil	34
7	Varighed af behandling med kognitiv adfærdsterapi til børn, unge og voksne med OCD	37
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	37
7.2	Anbefaling	37
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	37
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	37
7.5	Litteratur	37
7.6	Arbejdsgruppens overvejelser	38
7.7	Rationale for anbefaling	38
8	Tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum til voksne med svær OCD	39
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	39
8.2	Anbefaling	39
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	39
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	39
8.5	Litteratur	40
8.6	Gennemgang af evidensen	40
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	40
8.8	Rationale for anbefaling	41
8.9	Evidensprofil	41
9	Seponering af antidepressiva	44
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	44
9.2	Anbefaling	44
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	44
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	44
9.5	Litteratur	44
9.6	Gennemgang af evidensen	44
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	45
9.8	Rationale for anbefaling	46
9.9	Evidensprofil	46
10	Referenceliste	50
11	Bilag	58
	Bilag 1: Baggrund	59
	Bilag 2: Implementering	60
	Bilag 3: Monitorering	61
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	63

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	64
Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	65
Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	68
Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	69
Bilag 10: Forkortelser og begreber	72

HØRNING

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se [bilag 7 \(indsæt link\)](#).

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

↑ Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi af mindst 6 sessioners varighed til børn, unge og voksne med mild OCD, da der er påvist en mulig effekt og der er ingen kendte ulemper ved behandlingen (⊕○○○).

↑ Manualiseret familiebaseret kognitiv adfærdsterapi og manualiseret kognitiv adfærdsterapi kan begge overvejes til behandling af børn og unge med OCD, idet der ikke er dokumenteret en forskel på behandlingsformernes effekt (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde voksne med OCD kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe, da der ikke er dokumenteret klinisk relevante forskelle (⊕⊕○○).

√ Det er god praksis at være tilbageholdende med at tilbyde gruppebehandling til børn og unge med OCD, da der ikke foreligger evidens og dansksprogede manualer herfor.

↓ Anvend kun tredjebølge kognitiv terapi frem for standard kognitiv adfærdsterapi efter nøje overvejelse til behandling af børn, unge og voksne med OCD, da effekten er usikker (⊕○○○).

↓↓ Anvend ikke selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet dokumenteret effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI (⊕⊕○○).

↓ Anvend kun efter nøje overvejelse selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af voksne med moderat til svær OCD, da der ikke er påvist en forskel i effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI (⊕○○○).

√ Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsbehandling.

↓ Anvend kun efter nøje overvejelse et atypisk antipsykotikum som tillægsbehandling til voksne med svær OCD, som ikke har effekt af behandling med kognitiv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI), da der ikke er påvist en klinisk relevant effekt heraf, og der er risiko for bivirkninger (⊕○○○).

↑ Overvej at seponere antidepressiv behandling 6 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet frem for efter 12 måneder hos børn, unge og voksne med OCD (⊕○○○).

0 Indledning

0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og viden-
deling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) har ved effektiv og tidlig behandling en god prognose^(1,2). Ubehandlet eller ved manglende effekt af behandlingen kan OCD påvirke funktionsevnen og forringe både patienten og de pårørendes livskvalitet. Der er brug for danske retningslinjer for at formidle den forskningsbaserede viden, der er på området og tilbyde en effektiv behandling af børn, unge og voksne i Danmark.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Retningslinjen omhandler behandling af børn, unge og voksne med OCD, også kaldet tvangslidelse (DF42). OCD er en heterogen lidelse karakteriseret ved tilbagevendende obsessioner (tvangstanker) og kompulsioner (tvangshandlinger). Obsessioner er gentagne uønskede og påtrængende tanker, billeder, voldsom trang eller fornemmelser. Obsessioner kan fx omhandle snavs og smitte, at noget frygteligt skal ske, sygdom, seksualitet, død og angst for at forvolde sig selv eller andre skade. Kompulsioner er handlinger, som den enkelte skal gentage flere gange, ofte på en ritualiseret måde. Kompulsioner kan fx være vaskeritualer, tjekkeritualer, gentagelsesritualer og symmetri tvang. Indhold af obsessioner og kompulsioner er individuelt forskellige. Den enkelte person bruger typisk meget af sin tid på at udføre kompulsioner og involvere andre i dem. Symptomerne er ofte ledsaget af angst og voldsomt ubehag, der påvirker den enkeltes livskvalitet og sociale funktionsevne.

Der er en høj komorbiditet blandt patienter med OCD, fx i form af angstlidelser, depression, anoreksi, ADHD, autisme og Tourettes Syndrom. Graden og typen af komorbiditet hos børn, unge og voksne med OCD varierer i høj grad. Det er derfor centralt at tage højde for komorbiditet i behandlingsplanlægningen. Komorbiditet komplicerer behandlingen på forskellig vis og i forskellig udstrækning, hvorfor denne retningslinje ikke indeholder anbefalinger herfor. Under punktet 'særlige patientovervejelser' er der i enkelte anbefalinger taget hensyn til patienter med komorbide lidelser. I litteratursøgningen til denne retningslinje har komorbiditet ikke været et eksklusionskriterium, så længe OCD var hoveddiagnosen. Obsessive og/eller kompulsive symptomer eller adfærd kan optræde i mange andre psykiske lidelser. En grundig udredning og differentiell diagnostisk vurdering er derfor meget vigtig.

Nogle af retningslinjens anbefalinger gælder både for børn, unge og voksne, mens andre kun gælder for voksne eller børn og unge. Det er specificeret i retningslinjen, når en anbefaling ikke er gældende for alle aldersgrupper. Denne retningslinje omhandler behandlingen af patienter med hoveddiagnosen OCD. OCD opdeles i retningslinjen i sværhedsgrader af mild, moderat, svær og meget svær OCD i tråd med Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser⁽⁵⁾, NICE guideline for OCD⁽³⁾ og den landsdækkende kliniske retningslinje vedrørende udredning og behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos børn og unge⁽⁴⁾. Sværhedsgraden bliver målt ved brug af Yale-Brown Obsession Compulsion Score (Y-BOCS) eller Children Yale-Brown Obsession Compulsion Score (CY-BOCS), der inddrager antal symptomer, tidsforbrug, graden af svækkelse af social funktionsevne, graden af ubehag relateret til symptomerne, hvor meget modstand, der kan

ydes mod tvangssymptomerne og hvor meget denne modstand lykkes. Nogle af anbefalingerne retter sig primært mod bestemte sværhedsgrader af OCD (enten mild OCD eller moderat til svær OCD), i disse tilfælde vil det fremgå af den enkelte anbefaling. Andre anbefalinger er ikke afhængig af sværhedsgraden.

0.3 Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med behandling af patienter med OCD. Dette indebærer en bred gruppe af fagfolk, såsom læger, psykologer, sygeplejersker, praktiserende læger m.fl. Derudover henvender denne retningslinje sig til beslutningstagere på området og kan tjene som information til andre involverede parter.

Sekundært henvender retningslinjen sig til personale på sygehuse og i kommunerne, som møder patienter med OCD. Viden om evidensbaseret behandling kan være med til at øge opmærksomheden på korrekt henvisning og behandlingstilbud til patienter med OCD. Patienter og pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen.

0.4 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Denne nationale kliniske retningslinje for OCD beskæftiger sig således kun med udvalgte behandlingsindsatser. Retningslinjen retter sig ikke mod den pædagogiske eller rehabiliterende indsats. Der er således ikke tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret behandling af OCD, og det er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet.

Behandling af børn, unge og voksne med OCD bør altid inddrage kombinationen af biologiske, psykologiske og sociale forhold. Endvidere bør behandling af børn, unge og voksne med OCD tage udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer og sygdommens sværhedsgrad. Arbejdsgruppen har valgt at tage udgangspunkt i en tanke om "stepped care" i formuleringen af nedslagspunkterne. Stepped care henviser til forskellige gradvise skridt i planlægningen af et individuelt behandlingsforløb, herunder førstevalg af behandlingstilbud (der altid vil udgøre den mindst indgribende behandling) og ved udeblivende ønsket effekt heraf andet valg i behandlingsforløbet.

Følgende ni fokuserede spørgsmål er undersøgt:

- Bør børn, unge og voksne med mild OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi?
- Bør børn og unge med OCD tilbydes manualiseret familiebaseret kognitiv adfærdsterapi eller manualiseret kognitiv adfærdsterapi?
- Bør børn, unge og voksne med OCD tilbydes individuel kognitiv adfærdsterapi eller kognitiv adfærdsterapi i gruppe?
- Bør børn, unge og voksne med OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi eller tredjebølge kognitiv terapi?
- Bør børn og unge med moderat til svær OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi eller en kombinationsbehandling bestående af kognitiv adfærdsterapi og selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som førstevalgsbehandling?

- Bør voksne med moderat til svær OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi eller en kombinationsbehandling bestående af kognitiv adfærdsterapi og selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som førstevalgsbehandling?
- Bør børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi tilbydes op til yderligere 5 eller 14 sessioner?
- Bør voksne, som fortsat har svær OCD efter kombinationsbehandling med kognitiv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI), tilbydes tillægsbehandling med et atypisk antipsykotikum?
- Bør seponering af antidepressiva forsøges 6 måneder eller 12 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet hos børn, unge og voksne med OCD?

I prioriteringen af relevante fokuserede spørgsmål lagde arbejdsgruppen vægt på områder, hvor evidensen har været sparsom, og den kliniske praksis kan variere meget på tværs af landet samt områder, hvor der er usikkerhed omkring evidensen for effekten af den udøvede praksis eller evidensgrundlaget formodes at have udviklet sig i løbet af de seneste år. Endvidere tog arbejdsgruppen udgangspunkt i kendt viden om, at kognitiv adfærdsterapi (KAT) er den mest effektive psykoterapeutiske behandling til børn, unge og voksne som lider af OCD^(3,5-7). Standard manualiseret kognitiv adfærdsterapi til OCD indeholder terapelementerne psykoedukation, kognitiv træning og eksponering og responshindring (ERP).

Til at vurdere effekten af de undersøgte behandlingsformer har arbejdsgruppen udvalgt centrale outcomes (udfald), som denne retningslinje fokuserer på. Ændringer i livskvalitet og social funktionsevne udgør kritiske outcomes i alle fokuserede spørgsmål. Derudover, indgår 30 % reduktion på OCD symptomer efter endt behandling eller ved opfølgning af patienterne efter en periode uden behandling (follow-up) et kritisk outcome i syv ud af retningslinjens ni fokuserede spørgsmål. I de to fokuserede spørgsmål, som omhandler tillægsbehandling med SSRI hos børn, unge og voksne (PICO 5 og 6) udgør frafald på grund af bivirkninger et kritisk outcome. Spørgsmålet om længde af SSRI behandling har ud over de ovennævnte kritiske outcomes også alvorlige medicinske bivirkninger, antal af patienter i remission og et mål for klinisk behandlingsrespons (CGI-I/CGI-S) som kritiske outcomes (PICO 9).

Arbejdsgruppen ønskede også at undersøge effekten af psykoterapeutisk efterbehandling og internet-/computerbaseret KAT. Under formuleringen af nedslagspunkterne blev de to områder lagt sammen til ét fokuseret spørgsmål (PICO 10): "Bør børn, unge og voksne med OCD tilbydes efterbehandling i form af selvhjælpsinterventioner med internet-/computerbaseret KAT?". Spørgsmålet er efterfølgende trukket ud af retningslinjen, da det er blevet tydeligt for arbejdsgruppen, at det ikke er hensigtsmæssigt at samle de to spørgsmål i et, og det ikke er muligt at give en anbefaling på baggrund af det stillede spørgsmål. Arbejdsgruppen vurderer dog stadig, at begge områder afspejler vigtige områder, som vil have gavn af at blive undersøgt nærmere i fremtiden.

En uddybende beskrivelse af de fokuserede spørgsmål samt de valgte outcomes findes i **bilag 6**. De udformede anbefalinger i denne retningslinje er et resultat af konsensus i arbejdsgruppen.

0.5 Patientperspektivet

Den for retningslinjen relevante patientforening, OCD-foreningen, har været repræsenteret i den nedsatte referencegruppe, og de har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i [bilag 10\(indsæt link\)](#).

0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

1 Behandling af mild OCD

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør børn, unge og voksne med mild OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi af minimum 6 sessioners varighed?

1.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi af mindst 6 sessioners varighed til børn, unge og voksne med mild OCD, da der er påvist en mulig effekt, og der er ingen kendte ulemper ved behandlingen (⊕○○○).

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Motivationen hos den enkelte patient bør overvejes og medinddrages i beslutningsprocessen om et behandlingstilbud til patienter med mild OCD. Således kan motivationen hos børn og unge ligge hos familien snarere end hos barnet selv. Dette er væsentligt at afdække, idet en manglende motivation hos patienten kan resultere i mindre behandlingseffekt og højt dropout.

Tilbud om behandling bør ligeledes overvejes under hensyntagen til, hvorvidt behandlingen kan passes ind i forhold til patientens og familiens dagligliv, som fx skole og arbejde samt præferencer for behandlingsintensitet, som modereres af bl.a. motivation for behandlingen.

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

KAT har effekt i behandling af børn, unge og voksne med moderat og svær OCD^(3,5-7). Patienter med en mild grad af OCD (defineret som en C-YBOCS/Y-BOCS score mellem 10-18 og/ eller CGI-S ≥ 2) tilbydes aktuelt ingen behandling. Der er behov for viden om, hvorvidt et behandlingstilbud med KAT af mindst 6 sessioners varighed, inklusiv eksponering og responshindring (ERP), har en gavnlig effekt på OCD symptomerne hos børn, unge og voksne med mild OCD.

1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af to randomiserede kontrollerede forsøg^(9,10) fra en opdateret litteratursøgning. Flow charts findes på sst.dk. (Indsæt link).

1.6 Gennemgang af evidensen

Der er ikke identificeret studier, som kun omhandler personer med mild OCD. De to inkluderede studier har dog ikke ekskluderet personer med mild OCD fra deres population, hvorfor studierne indgår som indirekte evidens.

Populationen var børn og unge mellem 10 og 18 år (N= 60) og voksne mellem 18 og 65 år (N=65) med OCD. I det ene studie havde populationen primært tvangstanker (obsessioner)⁽¹⁰⁾.

Interventionen i det ene studie var KAT (inklusive ERP) i 12 sessioner henover 3 måneder⁽⁹⁾. I det andet studie var interventionen individuel KAT bestående af en kort session og en efterfølgende intensiv behandlingssession over 12 timer⁽¹⁰⁾. Begge studier sammenlignede med ingen behandling (venteliste kontrol).

Der blev fundet klinisk relevant forskel på de kritiske outcomes 30 % reduktion på CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore samt livskvalitet efter endt behandling til fordel for behandling med KAT. Social funktionsevne, som ligeledes var et kritisk outcome, viste ved længste follow-up ingen klinisk relevant effekt, idet et gennemsnitligt fald på 1,27 point i de anvendte skalaer af social funktionsevne ikke blev vurderet klinisk relevant^(9,10).

Der sås tilsvarende effekt på de vigtige outcomes drop-out og ændringer af CY-BOCS/Y-BOCS til fordel for behandling med KAT⁽⁹⁾. Ændringen af CY-BOCS/Y-BOCS var 11,59 point på en skala fra 0 - 40 efter endt behandling^(9,10). Den gennemsnitlige forskel i angstscore på 1,03 point på de anvendte skalaer i studierne, var ikke klinisk relevant. De andre vigtige outcomes (antallet af personer, der ved længste follow-up havde en CY-BOCS/Y-BOCS total score reduktion på mindst 30 %, en forbedring i CGI-S-score efter endt behandling og ved tidspunkt af studiernes længste follow-up) blev ikke af rapporteret i studierne.

1.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Evidensen viser klinisk relevante effekter i form af reduktion af OCD symptomer og øget livskvalitet ved behandling med KAT. Der er ingen klinisk relevant forskel på social funktionsevne.</p> <p>Hertil kom en mulig forebyggende effekt af behandlingen, da en tidlig behandlingsindsats formodes at forebygge en forværring af OCD symptomerne.</p> <p>Der er ikke rapporteret skadelige effekter ved behandlingen.</p>
Patientpræferencer	<p>Hos børn og unge ses i nogle tilfælde, at præference/motivation for behandling kun ligger hos familien og ikke hos barnet eller den unge selv.</p> <p>Behandlingen er tidskrævende og ofte inden for normal skole- eller arbejdstid, hvilket kan være problematisk i forhold til fremmøde.</p>
Andre overvejelser	Kun personer mellem 18 og 38 år kan i dag få tilskud til behandling for en mild grad af OCD ⁽⁸⁾ .

1.8 Rationale for anbefaling

Der er i anbefalingen lagt vægt på den påviste gavnlige effekt i form af reduktion i OCD symptomer og øget livskvalitet, samt at der ikke er kendte skadevirkninger ved behandlingen. Det forventes, at de fleste personer med mild OCD vil tage imod tilbud om behandling, og at et sådant behandlingstilbud på sigt vil kunne have en forbyggende effekt på en mulig forværring af OCD symptomerne. Anbefalingen er svag, da ingen af studierne udelukkende omhandlede en population med mild OCD, hvorfor den anvendte evidens er indirekte. Endvidere er det kun et af studierne, som undersøger behandling med KAT over mindst 6 sessioner⁽¹⁰⁾.

1.9 Evidensprofil

KAT sammenlignet med ingen behandling for børn, unge og voksne med mild OCD							
Population: Børn, unge og voksne med mild OCD (CY-BOCS/Y-BOCS score mellem 10-18 eller CGI-S ≥ 3)							
Intervention: KAT							
Sammenligning: Ingen behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	KA T	Familiebase- ret KAT	For- skel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlingsafslutning)	25 per 1000	56 per 1000 (10 til 307)	69 færre per 1000 (115 færre til 183 flere)	RR 0,44 (0,08 til 2,46)	60 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Upræcist estimat: Indirekte patientgruppe
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS) (min. 30% reduction CY-BOCS symptomscore) (Ved behandlingsafslutning)	83 per 1000	611 per 1000 (157 til 2353)	528 Flere per 1000 (334 færre til 722 flere)	RR 7,33 (1,19 til 28,35)	60 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Indirekte patientgruppe
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS) (min. 30% reduction Y-BOCS/CY-BOCS symptomscore) (Længste follow-up (mindst 3 måneder))						0 studier	Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore (Ved behandlingsafslutning)			MD 11,59 (15,18 færre til 8,0 færre)		125 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Indirekte patientgruppe. Skala: CY-BOCS/Y-BOCS:0-40 (jo lavere jo bedre)

Klinisk Global Indtryk – Sværhed CGI-S (Clinical Global Impressions Severity) (Ved behandling-safslutning)			0 studier	Vigtigt outcome. Ingen dat på dette outcome
Klinisk Global Indtryk – Sværhed CGI-S (Clinical Global Impressions Severity)(længste follow-up, mindst 3 måneder)			0 studier	Vigtigt outcome. Ingen dat på dette outcome
Social funktionsevne (Social functioning) (Længste follow-up)	SMD 1,27 (2,2 færre til 0,33 færre)	125 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Studierne inkluderer også patienter med moderat til svær OCD. Skala: COISC (0-99)/SAS-SR (jo lavere jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)	Md 7,1 (3,3 flere til 10,9 flere)	60 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Studierne inkluderer også patienter med moderat til svær OCD. Skala: MANSA: 0-63 (jo lavere jo bedre)
Angst (Anxiety) (ved behandlingsafslutning)	SMD 1,03 (1,41 færre til 0,65 færre)	125 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome: Studierne inkluderer også patienter med moderat til svær OCD. Skala: BAI: 0-63/MASC (39-156) (jo lavere jo bedre)
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p> <p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>				

2 Familiebehandling til børn og unge med OCD

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør børn og unge med OCD tilbydes manualiseret familiebaseret kognitiv adfærdsterapi eller manualiseret kognitiv adfærdsterapi?

2.2 Anbefaling

↑ **Manualiseret familiebaseret kognitiv adfærdsterapi og manualiseret kognitiv adfærdsterapi kan begge overvejes til behandling af børn og unge med OCD, idet der ikke er dokumenteret en forskel på behandlingsformernes effekt (⊕○○○).**

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved behandlingen af børn og unge er det altid vigtigt at inddrage forældre og/eller omsorgspersoner med særlig tæt tilknytning til barnet eller den unge, da familien kan være en værdifuld støtte i bedringsprocessen. Hvor meget, de pårørende skal inddrages i behandlingen, vil afhænge af alder, personlige præferencer hos barnet eller den unge og forældrene, familiedynamik samt samarbejdet mellem familie og behandler. Såfremt scoringen på familietilpasning i OCD problematikken skønnes høj, er det en god idé at overveje at inddrage forældrene eller hele familien systematisk i behandlingen.

Valget af behandlingsformat bør ske på baggrund af en individuel vurdering af både patienten og patientens familie.

Familiebaseret terapi kan være designet ud fra flere forskellige terapeutisk retninger og indeholde forskellige elementer og foci for behandlingen. Der kan vælges forskellige manualer til familiebaseret KAT, da forskellige KAT manualer til OCD med et familiebaseret fokus kan have god effekt.

Familien kan være en værdifuld støtte i bedringsprocessen.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

I behandlingen af børn og unge er familien vigtig og bør altid inddrages. Undersøgelser peger på, at familiens handlemønstre er medvirkende til at fastholde OCD symptomer og OCD adfærd hos det enkelte barn eller den unge. Derfor skal familien inddrages direkte i terapien, således at barnet eller den unge ved de nære omsorgspersoners indsigt og hjælp har nemmere ved at bryde den kompulsive adfærd⁽¹¹⁾.

Der mangler viden om, hvorvidt familiebaseret KAT med ekstensiv inddragelse af familien bidrager til bedre behandlingsresultater for børn og unge med OCD end standard KAT, hvor familien indgår i mindre omfang. Ved familiebaseret KAT er hele familien i fokus for terapien, modsat standard KAT, hvor familien deltager i behandlingen, men hvor fokus for selve behandlingen er på barnet eller den unge alene.

2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget er ét randomiseret forsøg⁽¹²⁾ fremsøgt via to systematiske review^(13,14), suppleret med ét randomiseret forsøg⁽¹⁵⁾ fra en opdateret litteratursøgning. Flow charts findes på sst.dk. [\(Indsæt link\).](#)

2.6 Gennemgang af evidensen

Populationen i de to studier var børn og unge mellem 8 og 17 år (N=70). Interventionen bestod af op til 18 sessioner KAT. I begge studier var der i interventionen fokus på en ekstensiv familieinddragelse. I det ene studie deltog familien således i alle sessioner⁽¹⁵⁾, mens forældrene kun deltog i de sidste 60 minutter af hver 90 minutters session i det andet studie⁽¹²⁾. I begge studier var der i behandlingsmanualen et fokus på at ændre uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre i familien. Kontrolarmen i studierne bestod af standard KAT, hvor familien deltog i tre sessioner (session 1, 7 og sidste session)⁽¹⁵⁾, eller i den sidste del af hver session⁽¹²⁾. Uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre i familien blev ikke adresseret i disse behandlingsmanualer.

I forhold til det kritiske outcome social funktionsevne udelukker resultatet ikke en klinisk relevant forskel efter behandling med familiebaseret KAT. Der blev ikke fundet klinisk relevant forskel på de andre kritiske outcomes, livskvalitet og antal af patienter med en mindst 30 % reduktion på CY-BOCS.

I forhold til de vigtige outcomes kan det ikke udelukkes, at familietilpasning (FAS) forbedres og flere patienter kommer i remission (≤ 9 CY-BOCS) efter endt behandling med familiebaseret KAT. Drop-out efter endt behandling var højere ved familiebaseret KAT.

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Resultaterne vedr. social funktionsevne, familietilpasning og remission udelukker ikke en klinisk relevant effekt af familiebaseret KAT i forhold til.</p> <p>Der er ingen kendte skadevirkninger ved familiebaseret KAT. Der er drop-out ved begge behandlinger, dog større patient drop out ved familiebaseret KAT.</p>
Patientpræferencer	Nogle børn og familier vil vælge behandlingen med et familiebaseret fokus, mens andre, måske i særdeleshed unge, ikke vil ønske en behandling med en speciel familiebaseret fokus. Den unges modenhed og afhængighed af familien formodes at være afgørende for præferencen

2.8 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er fundet en klinisk relevant forskel i effekten mellem familiebaseret KAT og standard KAT behandling til børn og unge med OCD. Dog kan en fordel ved behandling med et familiebaseret fokus i KAT ikke udelukkes. Der er ingen kendte skadevirkninger ved de to behandlingsmetoder. Det må formodes, at patienter kan have forskellige præferencer i forhold til familieinddragelse. Anbefalingen er meget svag, da der ud fra evidensen ikke blev fundet klinisk relevante forskelle til fordel for behandlingerne, der kun indgik to studier i evidensgrundlaget og det kritiske outcome livskvalitet ikke blev besvaret.

2.9 Evidensprofil

Familiebaseret KAT sammenlignet med KAT for børn og unge med OCD							
Population: Børn og unge med OCD							
Intervention: Familiebaseret KAT							
Sammenligning: KAT							
Outcomes (Tidspunkt for opfølgelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	KAT	Familiebaseret KAT	Forskel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlingsafslutning)	57 per 1000	114 per 1000 (22 til 567)	40 Flere per 1000 (90 færre til 160 flere)	RR 2,0 (0,4 til 9,95)	70 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Upræcist effektmål: KI udelukker ikke relevant forskel
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS) (min. 30% reduction CY-BOCS symptomscore) (Ved behandlingsafslutning)	371 per 1000	480 per 1000 (248 til 923)	109 Flere per 1000 (122 færre til 554 flere)	RR 1,29 (0,67 til 2,49)	70 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Rapporteret som 10 point fald i CY-BOCS/YBOCS
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS) (min. 30% reduction Y-BOCS/CY-BOCS symptomscore) (Længste follow-up (mindst 3 måneder))	560 per 1000	600 per 1000 (375 til 963)	40 flere per 1000 (186 færre til 402 flere)	RR 1,07 (0,67 til 1,72)	50 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Rapporteret som 10 points fald i CY-BOCS/YBOCS
Remission Symptomscore (CY-BOCS: ≤ 9) (Ved behandlingsafslutning)	200 per 1000	500 per 1000 (126 til 2000)	300 flere per 1000 (100 færre til 700 flere)	RR 2,5 (0,63 til 10,0)	20 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en klinisk relevant forskel
CY-BOCS symptomscore (Ved behandlingsafslutning)	gennemsnit	gennemsnit	MD 2,01 (6,59)		70 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome.

afslutning)			færre til 2,57 flere)			Skala: CY- BOCS: 0-40 (jo lavere jo bedre)
Family Accom- modation Scale (FAS) (Længste follow up)	gennem- snit	gennemsnit	MD 6,0 (14,19 færre til 2,19 flere)	16 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outco- me. KI udeluk- ker ikke en kli- nisk relevant forskel Skala: FAS (0- 52) (jo lavere jo bedre)
Social funktions- evne (Social func- tioning) (Længste follow- up)	gennem- snit	gennemsnit	MD 5,34 (1,46 færre til 12,14 flere)	16 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outco- me .KI udeluk- ker ikke en kli- nisk relevant forskel. Skala: CGAS 1-100 (jo høje- re jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)				0 studi- er		Kritisk outco- me. Ingen data på dette out- come.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>						
<p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>						

3 Kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør børn, unge og voksne med OCD tilbydes individuel kognitiv adfærdsterapi eller kognitiv adfærdsterapi i gruppe?

3.2 Anbefaling

↑Overvej at tilbyde voksne med OCD kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe, da der ikke er dokumenteret klinisk relevante forskelle (⊕⊕○○).

√Det er god praksis at være tilbageholdende med at tilbyde gruppebehandling til børn og unge med OCD, da der ikke foreligger evidens og dansksprogede manualer herfor.

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Typen af OCD-symptomer og eventuel komorbiditet spiller en væsentlig rolle i vurderingen af, om en patient vil kunne profitere af et gruppetilbud. Derudover, hvis andre problematikker (ofte personlige eller intime emner) dukker op i løbet af terapiforløbet, kan det være svært at håndtere disse problematikker i gruppen og et individuelt forløb foretrækkes af patienten.

De to behandlingsformer kan med fordel kombineres, hvor nogle sessioner afholdes i gruppe og andre i individuel format, da nogle symptomer eller problematikker kan være mere egnet til enten individuel eller gruppeformat.

Der er ingen kendt dansksproget behandlingsmanual for KAT i gruppeformat til børn og unge, hvorfor en kvalificeret behandlingsmanual ikke kan tilbydes.

Valget af behandlingsformat hos børn, unge og voksne med OCD bør ske på grundlag af en individuel vurdering af den enkelte patients behov og ressourcer.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Tidligere studier har vist effekt af både individuel KAT behandling og KAT behandling i gruppe⁽¹⁶⁾. Begge former for behandling tilbydes i Danmark, men er ofte afhængigt af behandlingssted. Der er behov for at afklare, om den ene behandlingsform er at foretrække frem for den anden til behandling af både børn, unge og voksne med OCD.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget er tre randomiserede kontrollerede studier⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ét studie⁽¹⁷⁾ er fra et systematisk review⁽¹⁶⁾, mens de sidste to er fra den opdateret litteratursøgning^(20,21). Flow charts findes på sst.dk ([Indsæt link](#)).

3.6 Gennemgang af evidensen

Populationen var voksne over 17 år med OCD (N=168). Interventionen i alle tre studier bestod af KAT behandling i gruppe mod individuel KAT behandling til voksne med OCD. Antallet af sessioner varierede mellem 10-20 sessioner.

Der blev fundet en klinisk relevant forskel på det kritiske outcome, andelen af patienter med en 30 % reduktion på Y-BOCS efter endt behandling, til fordel for gruppeformat^(16,17). Der sås ikke tilsvarende klinisk relevant effekt ved længste follow-up, som var et vigtigt outcome. Omvendt blev der fundet en klinisk relevant forskel på det kritiske outcome livskvalitet⁽¹⁷⁾, til fordel for individuel KAT. Der var ingen klinisk relevante forskelle i det kritiske outcome social funktionsevne⁽¹⁷⁾.

I forhold til de vigtige outcomes var der højere drop-out ved KAT behandling i individuelt format. Der var ingen klinisk relevant forskel på de andre outcomes.

Ingen studier inkluderede patienter under 18 år. Det vurderes, at evidensen på voksenalderen ikke direkte kan overføres til børn og unge, da behandling med børn og unge altid vil involvere familien, hvilket gør gruppeformatet vanskeligere. Kvaliteten af evidens blev nedgraderet som følge af indirekte evidens.

3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Der er fundet en klinisk relevant forskel efter endt behandling til fordel for gruppebehandling i form af en reduktion af OCD symptomer målt på Y-BOCS score. Ved længste follow-up var denne forskel imidlertid ikke længere klinisk relevant. Der var højere drop-out ved individuel KAT.</p> <p>Der er fundet en klinisk relevant forskel til fordel for individuel KAT på livskvalitet.</p> <p>Der er ingen kendte bivirkninger ved de to behandlingsmetoder.</p>
Patientpræferencer	Nogle patienter vil værdsætte muligheden for at tale med andre patienter med samme problemstillinger. Andre patienter foretrækker fleksibiliteten i individuel behandling, kan have svært ved at indgå konstruktivt i en gruppe eller vil foretrække et individuelt forløb grundet intime eller personlige emner som er nemmere at arbejde i et individuelt forløb.

Andre overvejelser

Gruppebehandling kan muligvis have en økonomisk fordel for behandlingsstedet, men dette bør ikke have indflydelse på valget af den rette behandling til den enkelte patient.

Drop-out har andre konsekvenser i gruppebehandling, da hele gruppeprocessen og de enkelte gruppemedlemmers forløb påvirkes.

3.8 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at begge behandlingsformer giver positive resultater og ikke bliver vurderet at have skadevirkninger. Anbefalingen er svag for begge behandlingsformer i forhold til behandling af voksne med OCD, da hverken evidensen eller patientpræferencer er entydige i forhold til den ene eller den anden behandlingsform.

I forhold til børn og unge gives en god praksis anbefaling imod gruppebehandling, da ingen af de inkluderede studier omhandler børn og unge, og der ikke er dansksprogede behandlingsmanualer for behandlingen med KAT i gruppe til børn og unge.

3.9 Evidensprofil

KAT behandling i gruppe sammenlignet med individuel KAT behandling for børn, unge og voksne med OCD							
Population: Børn, unge og voksne med OCD Intervention: gruppe KAT Sammenligning: individuelt KAT							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	individuelt KAT	gruppe KAT	Forskel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlingsafslutning)	221 per 1000	113 per 1000 (55 til 229)	108 færre per 1000 (165 færre til 9 flere)	RR 0,51 (0,25 til 1,04)	175 (3)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome.
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS) (min. 30 % reduction CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore) (Ved behandlingsafslutning)	149 per 1000	251 per 1000 (125 til 503)	102 flere per 1000 (24 færre til 355 flere)	RR 1,68 (0,84 til 3,38)	139 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Kritisk outcome.
Symptomscore (min 30 % reduktion i	169 per 1000	196 per 1000	26 flere per	RR 1,16	124 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕	Vigtigt outcome.

CY-BOCS/Y-BOCS (<i>min. 30 % reduction CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore</i>) (<i>Længste follow-up (mindst 3 mdr)</i>)	(92til 410)	1000 (76 færre til 242 flere)	(0,55 to 2,43)	HØJ	
Remission (CY-BOCS/Y-BOCS ≤9) (<i>Ved behandlingsafslutning</i>)			0 studier		Vigtigt outcome. Ingen data
Symptomscore (CY-BOCS/Y-BOCS) (<i>Ved behandlingsafslutning</i>)	gennem-snit	gennem-snit	MD 1,09 (1,37 færre til 355 flere)	168 (3) ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome. Skala: CY-BOCS/Y-BOCS (0-40) (jo lavere jo bedre)
Social funktionsevne (<i>Social functioning</i>) (<i>Længste follow-up</i>)	gennem-snit	gennem-snit	MD 5,8 (14,33 færre til 2,73 flere)	31 (1) ⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Kun 1 studie Skala: GAF (1-100) (jo højere jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (<i>Længste follow-up</i>)	gennem-snit	gennem-snit	MD 9,4 (24,11 færre til 5,31 flere)	31 (1) ⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Kun 1 studie Skala: Q-LES-Q (14-70) (jo højere jo bedre)
Angst (<i>Ved behandlingsafslutning</i>)	gennem-snit	gennem-snit	SMD 0,1 (0,24 færre til 0,45 flere)	127 (2) ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome. Skala: BAI (0-63)/HAM-A (0-56) (jo lavere jo bedre)
Depression (<i>Ved behandlingsafslutning</i>)	gennem-snit	gennem-snit	SMD 0,04 (0,26 færre til 0,35 flere)	164 (3) ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome. Skala: BDI (0-63)/HAM-D (0-54) (jo lavere jo bedre)
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>					
<p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>					

4 Tredjebølge Kognitiv Adfærdsterapi

4.1 Fokuseret spørgsmål 4.

Bør børn, unge og voksne med OCD tilbydes standard kognitiv adfærdsterapi eller tredjebølge kognitiv terapi?

4.2 anbefaling

↓ **Anvend kun tredjebølge kognitiv terapi frem for standard kognitiv adfærdsterapi efter nøje overvejelse til behandling af børn, unge og voksne med OCD, da effekten er usikker (⊕○○○).**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Hvis der er et stærkt patientønske, og der indgår ERP, kan tredjebølge overvejes (evt. under nøje opfølgning i forhold til effekt)

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

KAT er førstevalg som psykoterapi retning til personer med OCD. De senere år er der kommet flere nye psykoterapeutiske behandlingstilbud. Metakognitiv terapi (herfra MCT), mindfulness baseret kognitiv terapi og 'acceptance and commitment terapi' (herfra ACT) repræsenterer nogle af de behandlingsformer, som under en samlebetegnelse kaldes tredjebølge KAT. Tredjebølge KAT tilbydes i primærsektoren bl.a. til behandling af voksne med andre angstlidelser end OCD og til behandling af depression.

Behandling med ACT og MCT har vist sig at være effektiv til behandlingen af voksne med OCD sammenlignet med ingen behandling^(22,23). Det fokuserede spørgsmål skal afklare, om tredjebølge KAT er ligeså effektiv til behandling af børn, unge og voksne som standard KAT.

4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget udgøres af ét randomiseret forsøg⁽²⁴⁾ fra den opdaterende litteratursøgning. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

4.6 Gennemgang af evidensen

Populationen var børn og unge mellem 8 og 17 år (N=10). Interventionen var op til 20 ugentlige sessioner med enten manualiseret metakognitiv terapi eller ERP. Da ERP er en vigtig komponent i standard KAT til patienter med OCD, men ikke er identisk med KAT, indgår dette studie som indirekte evidens.

Ved endt behandling oplevede alle patienter i begge grupper en 30 % reduktion i CY-BOCS score, hvilket var et kritisk outcome. Disse fund blev bibeholdt ved follow-up efter to år. Der blev ikke fundet evidens for de to kritiske outcomes social funktionsevne og livskvalitet.

I forhold til de vigtige outcomes 'ændring på CY-BOCS/ Y-BOCS', 'en 30 % reduktion på CY-BOCS/Y-BOCS' og 'forbedring af depression' kan en klinisk relevant forskel til fordel for ERP ikke udelukkes.

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Det er vanskeligt ud fra det lille evidensgrundlag (N=10) at sige noget definitivt om effekten af tredjebølge behandlingen, da der ses en reduktion i OCD symptomer både ved behandling med ERP og ved behandling med metakognitiv terapi.</p> <p>Der er ingen kendte skadevirkninger ved begge behandlingsformer.</p>
Patientpræferencer	Der kan, hos den enkelte patient, være individuelle præferencer for et andet terapeutisk behandlingstilbud end KAT.

4.8 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er forskel i effekten mellem de to terapiretninger. Anbefalingen er svag imod tredjebølge KAT, da der kun indgår 10 patienter i evidensgrundlaget, og kvaliteten af evidensen for tredjebølge behandlingen er svag.

4.9 Evidensprofil

KAT sammenlignet med tredjebølge KAT for børn, unge og voksne med OCD, som har indikation for KAT							
Population: Børn, unge og voksne med OCD							
Intervention: KAT							
Sammenligning: Tredjebølge KAT							
Outcomes (Tids- punkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Rela- tiv ef- fekt 95 % CI	Antal deltage- re (studi- er)	Kvalite- ten af eviden- sen (GRA- DE)	Kommenta- rer
	Tredje- bølge te- rapi	KAT	Forskel				
Symptomscore (min 30 % reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS) (min. 30 % reduction CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore) (Ved behandlingsafslutning)	1000 per 1000	1000 per 1000 (710 to 1410)	0 færre per 1000 (289 færre til 407 flere)	RR 1,0 (0,71 til 1,41)	10 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. KI udelukker ikke en relevant forskel. Kun et studie. Ingen studier med voksne.
Symptomscore min 30 % reduktion i CY-BOCS/Y-BOCS (min. 30 % reduction CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore) (Længste follow-up (mindst 3 mdr))	1000 per 1000	1000 per 1000 (680 til 1460)	0 færre per 1000 (315 færre til 461 flere)	RR 1,0 (0,68 til 1,46)	9 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en relevant forskel. Kun et studie. Ingen studier med

						voksne.
Symptomscore (CY-BOCS/Y-BOCS) (Ved behandlingsafslutning)	gennemsnit	gennemsnit	MD 5,0 (12,53 færre til 2,53 flere)	10 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en relevant forskel. Kun et studie. Ingen studier med voksne.
Social funktionsevne (Social functioning) (Længste follow-up)				0 studier		Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)				0 studier		Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Angst (Ved behandlingsafslutning)				0 studier		Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Depression (Ved behandlingsafslutning)	gennemsnit	gennemsnit	MD 3,0 (62,23 færre til 56,23 flere)	10 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en relevant forskel. Kun et studie. Ingen studier med voksne. Skala: BDI-II (0-63)(jo lavere jo bedre)
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>						
<p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>						

5. Førstevalgsbehandling af børn og unge med moderat til svær OCD

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør børn og unge med moderat til svær OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi eller en kombinationsbehandling bestående af kognitiv adfærdsterapi og selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som førstevalgsbehandling?

5.2 Anbefaling

↓↓ **Anvend ikke selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet dokumenteret effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI (⊕⊕○○).**

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med SSRI som tillæg til KAT kan overvejes, hvis KAT ikke har effekt efter minimum 24 sessioner

Børn og unge med moderat til svær OCD, som sættes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tæt, da denne behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Dette spørgsmål retter sig mod førstevalget til behandling af børn og unge med moderat til svær OCD. Eksisterende guidelines anbefaler KAT som førstevalgsbehandling til børn og unge med OCD frem for antidepressiva^(3,25), men ofte kombineres disse som førstevalg. Ved ringe behandlingsresultater anbefaler disse guidelines at behandle med et antidepressiva som tillæg til KAT^(3,4,25).

Der er behov for et overblik over evidensen på området, således at brugen af SSRI-præparater kan tilpasses den foreliggende viden på området.

Fokus er på behandlingsforløbet, der strækker sig ud over psykoedukation. Således skal KAT forløbet være på mindst 10 sessioner. Der medtages udelukkende studier, som har anvendt SSRI præparater, der er de mest anvendte til medikamentel behandling af børn og unge med OCD i Danmark. Tricykliske antidepressiva vurderes ikke anvendt til behandling af børn og unge med OCD i Danmark, grundet øget risiko for bivirkninger, hvorfor dette fokuserede spørgsmål alene fokuserer på kombinationsbehandlingen med SSRI.

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét randomiseret forsøg⁽²⁶⁾, som indgår i tre systematiske reviews^(6,27,28), suppleret med ét randomiseret forsøg fra den opdaterede søgning⁽²⁹⁾. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

5.6 Gennemgang af evidensen

Populationen i de to studier var børn og unge mellem 7 og 17 år (N= 86). Interventionen i studierne var manualiseret KAT (inklusive sessioner med ERP) på 14 sessioner (fordelt over enten 12 eller 14 uger) med eller uden tillæg af sertralin på maks. 200 mg/dag i henholdsvis 12⁽²⁶⁾ og 18⁽²⁹⁾ uger.

Den lille population bidrog til en lav kvalitet af evidensen. Ud fra de fundne studier er det ikke muligt at undersøge effekten af andre doser og andre SSRI-præparater. På baggrund af evidensen vides det ikke, om længerevarende medicinsk behandling vil resultere i andre effektstørrelser eller skadevirkninger.

I forhold til de kritiske outcomes, var der ingen klinisk relevant forskel i effekt på social funktionsevne⁽²⁹⁾ og ingen forskel på frafald på grund af bivirkninger, mens effekten vedrørende det kritiske outcome livskvalitet ikke blev belyst i studierne.

I forhold til det vigtige outcome remission (≤ 9 CY-BOCS), kunne en klinisk relevant forskel til fordel for kombinationsbehandlingen ikke udelukkes. Den gennemsnitlige reduktion på 1,78 point forskel i CY-BOCS til fordel for kombinationsbehandling blev ikke vurderet at være klinisk relevant. Der sås ingen klinisk relevant forskel i de vigtige outcomes graden af angst, dropout, rapporteret selvmordstanker/-adfærd og alvorlige bivirkninger (SAE) efter endt behandling.

Populationen i de inkluderede randomiserede kontrollerede studier af børn og unge med OCD er for lille til at danne grundlag for vurdering af den sjældne hændelse selvmordstanker/-adfærd efter behandling med SSRI. Til belysning af bivirkningerne af SSRI-behandling er der derfor inddraget tre andre metaanalyser. En metaanalyse af 27 randomiserede kontrollerede studier af børn og unge behandlet med antidepressiva (hvoraf 6 studier omhandlede OCD) undersøgte sammenhængen mellem forekomsten af selvmordstanker/-adfærd efter antidepressiv behandling⁽³⁰⁾. Metaanalysen viste en klinisk relevant øgning af selvmordstanker/-adfærd og antidepressiv behandling. To nyere metaanalyser, som undersøgte forekomsten af selvmordstanker-og adfærd efter behandling med antidepressiva i en population med psykiatriske lidelser, som har indikation for antidepressiv medicin kommer frem til samme resultat^(31,32). Den ene metaanalyse er baseret på 5 observationelle studier med børn og unge med depression, mens den anden er baseret på 372 randomiserede kontrollerede studier med børn, unge og voksne (27,6 % havde en anden psykiatrisk diagnose end depression, herunder OCD). Resultatet af analyserne viste en klinisk relevant øget forekomst af selvmordstanker-og adfærd efter behandling med antidepressiva hos børn og unge, som var yngre end 25 år^(31,32).

5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Studierne viser, at der ikke er en klinisk relevant effekt af behandlingen af OCD symptomer ved kombinationsbehandling. Der er ingen forskel i rapporterede bivirkninger og selvmordstanker/-adfærd.</p> <p>Selvom alvorlige bivirkninger af SSRI er sjældne, har studier dog vist, at bru-</p>

	<p>gen af SSRI kan give bivirkninger såvel som føre til selvmordstanker eller selvmordsrelateret adfærd.</p> <p>Det vurderes desuden, at de mulige gavnlige effekter ikke opvejer de mulige skadelige effekter af behandlingen med SSRI.</p>
Patientpræferencer	<p>Det blev skønnet, at de fleste patienter vil ønske en non-farmakologisk behandling, da farmakologisk behandling kan være forbundet med bivirkninger.</p>

5.8 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er en klinisk relevant forskel i effekt, men at farmakologisk behandling er blevet forbundet med flere bivirkninger, herunder risiko for selvmordstanker og adfærd. Anbefalingen er stærk på trods af den lave kvalitet af evidensen, idet der ikke er nok viden om den gavnlige effekt, samt at der er frygt for potentielt alvorlige bivirkninger hos børn og unge.

5.9 Evidensprofil

KAT sammenlignet med KAT+SSRI for børn og unge (<18 år) med moderat til svær OCD (CY-BOCS >18). Ingen behandling indenfor de sidste 6 mdr. for OCD.							
Population: Børn og unge (<18 år) med moderat til svær OCD (CY-BOCS >18). Ingen behandling indenfor de sidste 6 mdr. for OCD.							
Intervention: KAT							
Sammenligning: KAT+SSRI							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	KAT+SSRI	KAT	Forskel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlingsafslutning)	214 per 1000	128 per 1000 (51 to 325)	86 færre per 1000 (164 færre til 112 flere)	RR 0,6 (0,24 to 1,52)	86 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en klinisk relevant forskel
CY-BOCS symptomscore (Ved behandlingsafslutning)	gennemsnit	gennemsnit	MD 1,78 (1,95 færre til 5,51 flere)		86 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en klinisk relevant forskel.
Skala: CY-BOCS (0-40) (jo la							

Skala: CY-BOCS (0-40) (jo la-

							vere jo bedre)
Remission Symptomscore (≤9 CY-BOCS) (Ved behandlingsafslutning)	500 per 1000	332 per 1000 (200 to 560)	168 færre per 1000 (302 færre til 58 flere)	RR 0,66 (0,4 til 1,12)	86 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE-RAT	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke ingen forskel
Symptomscore min 30 % reduktion i CY-BOCS (min. 30 % reduction CY-BOCS symptomscore) (Længste follow-up)	571 per 1000	625 per 1000 (348 to 1130)	54 flere per 1000 (225 færre til 558 flere)	RR 1,09 (0,61 to 1,98)	30 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Kun 1 studie, KI udelukker ikke relevant forskel
Social funktionsevne (Social functioning) (Længste follow-up)	gennemsnit	gennemsnit	MD 3,43 (3,02 færre til 9,88 flere)		30 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Kun 1 studie; KI udelukker ikke en relevant forskel. Skala: COIS-C (0-99) (jo lavere jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)					0 studier		Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
Angst (Anxiety) (Ved behandlingsafslutning)	gennemsnit	gennemsnit	MD 3,5 (18,4 færre til 11,4 flere)		30 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Kun 1 studie; KI udelukker ikke en relevant forskel. Skala: MASC (39-156) (jo lavere jo bedre)
Selvmodstanker/Selvmondsadfærd (Suicidal thoughts and behaviours) (Ved behandlingsafslutning)	34 per 1000	99 per 1000 (18 til 532)	20 More per 1000 (70 færre til 110 flere)	RR 2,91 (0,54 til 15,66)	103 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke en klinisk relevant forskel
Frafald på grund af bivirkninger (dropout due to adverse events) (Ved behandlingsafslutning)	48 per 1000	15 per 1000 (1 til 138)	33 færre per 1000 (46 færre	RR 0,31 (0,03 til 2,88)	86 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. KI udelukker ikke en klinisk relevant for-

			til 90 flere)				skel
Alvorlige bivirkninger (SAE) (serious adverse events) (Ved behandlingsafslutning)	24 per 1000	21 per 1000 (1 til 305)	0 fær- re per 1000 (60 færre til 60 flere)	RR 0,88 (0,06 til 12,73)	86 (2)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. KI udeluk- ker ikke en klinisk re- levant for- skel
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							

6. Førstevalgsbehandling af voksne med moderat til svær OCD

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør voksne med moderat til svær OCD tilbydes kognitiv adfærdsterapi eller en kombinationsbehandling bestående af kognitiv adfærdsterapi og selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som førstevalgsbehandling?

6.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun efter nøje overvejelse selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af voksne med moderat til svær OCD, da der ikke er påvist en forskel i effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI (⊕○○○).**

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med SSRI som tillæg til KAT kan overvejes, hvis KAT alene ikke har effekt.

Hos patienter med meget svær OCD og/eller komorbiditet med moderat til svær depression kan kombinationsbehandlingen med SSRI og KAT overvejes som førstevalgsbehandling.

Patienter, som sættes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tæt, da denne type behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Dette spørgsmål retter sig mod førstevalget til behandling af voksne med moderat til svær OCD. Eksisterende guidelines anbefaler KAT som førstevalgsbehandling til voksne med OCD frem for antidepressiva^(3,25), men ofte kombineres disse som førstevalg. Ved ringe behandlingsresultater anbefaler disse guidelines at behandle med antidepressiva som tillæg til KAT^(3,4,25).

Der er behov for et overblik over evidensen på området, således at brugen af SSRI-præparater kan tilpasses den foreliggende viden på området.

Fokus er på et behandlingsforløb, der strækker sig ud over psykoedukation. Således skal KAT forløbet være på mindst 10 sessioner. Der medtages udelukkende studier, som har anvendt SSRI-præparater, da disse primært bruges som førstevalg i medikamentel behandling af voksne med OCD i Danmark.

6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget er ét systematisk review⁽²⁷⁾ hvorfra der blev inkluderet tre randomiserede studier⁽³³⁻³⁵⁾. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

6.6 Gennemgang af evidensen

Populationen i de tre studier var voksne over 17 år (N= 103). I to af de tre studier var der tale om voksne med svær OCD, som enten var indlagt⁽³⁵⁾ eller blev betegnet som kroniske patienter⁽³⁴⁾.

Interventionen var manualiseret KAT på 8-25 ugentlige sessioner (to studier inkluderede ERP sessioner^(34,35)) med eller uden tillæg af en maksimum dosis på 300 mg fluvoxamin per dag i 8 til 24 uger⁽³³⁻³⁵⁾. Det er ikke muligt ud fra de fundne studier at undersøge effekten af andre doser og andre SSRI-præparater. På baggrund af evidensen vides det ikke, om længerevarende medicinsk behandling vil resultere i andre effektstørrelser eller skadevirkninger. Et studie var ikke placebokontrolleret⁽³³⁾.

Der blev fundet en klinisk relevant forskel i det kritiske outcome 'frafald på grund af bivirkninger' til fordel for KAT^(33,34). I forhold til det kritiske outcome 'antallet af patienter med en reduktion på mindst 30 % på Y-BOCS skalaen' kan der ikke udelukkes at være en klinisk relevant forskel til fordel for kombinationsbehandlingen. Der var ingen klinisk relevant forskel på social funktionsevne⁽³⁵⁾. Det kritiske outcome livskvalitet blev ikke af-rapporteret i de tre studier.

I forhold til de vigtige outcomes kunne en klinisk relevant forskel til fordel for KAT i antal at frafald ikke udelukkes^(33,34).

Der var ingen klinisk relevant forskel i de vigtige outcomes: Antal af selvmordstanker/-adfærd, depression, ændring på Y-BOCS og alvorlige bivirkninger (SAE) efter endt behandling i de inkluderede studier.

De i PICO 5 anvendte studier til vurdering af selvmordstanker/- adfærd efter behandling med SSRI er alle udelukkende baseret på studier af børn og unge med OCD, og kan derfor ikke anvendes ved besvarelsen af dette PICO. Til belysning af bivirkningerne af SSRI-behandling er der derfor inddraget evidensen fra to andre metaanalyser^(31,32). Den ene metaanalyse er baseret på 9 observationelle studier af voksne over 18 år, som har indikation for behandling med antidepressiva, og som er i behandling for en psykiatrisk lidelse⁽³¹⁾. Den anden metaanalyse er baseret på 372 randomiserede kontrollerede studier med børn, unge og voksne, med en psykiatrisk eller adfærdsdiagnose, som havde indikation for behandling med antidepressiva (27,6 % af populationen havde en anden psykiatrisk lidelse end depression og adfærdsproblemer herunder OCD)⁽³²⁾. Begge metaanalyserne viste, at der ikke var en øget klinisk relevant risiko for selvmordstanker/-adfærd i en voksenpopulation (over henholdsvis 18 år⁽³¹⁾ og 25 år⁽³²⁾) efter behandling med antidepressiva (herunder SSRI). Risikoen for selvmordstanker hos unge/voksne under 25 år er imidlertid forøget i den ene metaanalyse⁽³²⁾.

6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er efter endt behandling ingen klinisk relevant forskel på Y-BOCS score og social funktionsevne mellem interventionerne. En klinisk relevant forskel kan ikke udelukkes i forhold til antal patienter med en 30 % reduktion på Y-

	<p>BOCS ved follow-up til fordel for kombinationsbehandlingen.</p> <p>Tre studier viser et højere frafald på grund af bivirkninger og dropout i kombinationsbehandlingen. Der kan derfor ikke konkluderes på forekomsten af skadelige virkninger grundet det meget lille evidensgrundlag.</p> <p>Der vurderes, at de mulige gavnlige effekter ikke opvejer de mulige skadelige effekter af behandlingen med SSRI</p>
Patientpræferencer	Der forventes at være en præferencefølsomhed hos den enkelte patient overfor enten farmakologisk eller ikke-farmakologisk behandling.

6.8 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er en klinisk relevant forskel på Y-BOCS score og social funktionsevne til fordel for behandling med eller uden tillæg af SSRI. Ligeledes er der lagt vægt på, at evidensgrundlaget for alle outcomes, inklusive skadevirkninger er på et meget lille evidensgrundlag. Arbejdsgruppen lagde derfor i anbefalingen vægt på det højere antal af rapporterede bivirkninger og drop-out forbundet med kombinationsbehandling.

Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen er meget lav, og der ikke er relevant forskel til fordel for kombinationsbehandlingen. Desuden viser de inkluderede studier en risiko for bivirkninger ved kombinationsbehandling, dog ikke en øget risiko for selvmordstanker/-adfærd.

6.9 Evidensprofil

KAT sammenlignet med KAT+ SSRI for voksne (>18) med moderat til svær OCD (Y-BOCS > 18). Ingen behandling for OCD indenfor de sidste 6 mdr.

Population: Voksne (>18) med moderat til svær OCD (Y-BOCS > 18). Ingen behandling for OCD indenfor de sidste 6 mdr.

Intervention: KAT

Sammenligning: KAT+SSRI

Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	CBT + SSRI	CBT	Forskel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlingsafslutning)	318 per 1000	243 per 1000 (117 til 502)	75 færre per 1000 (201 færre til	RR 0,76 (0,37 til 1,58)	89 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. KI udelukker ikke relevant forskel

			185 flere)				
Symptomscore min 30 % reduktion i Y-BOCS (min. 30 % reduction Y-BOCS symptomscore) (Længste follow-up)	875 per 1000	600 per 1000 (420 toil857)	275 færre per 1000 (454 færre til 20 færre)	RR 0,69 (0,48 til 0,98)	49 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk out- come. Høj risiko for bi- as. Kun 1 studie.
Remission Symptomsco- re (≤ 9 Y-BOCS) (Ved behandlingsafslut- ning)					0 stu- dier		Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome.
Symptomscore (Y-BOCS) (Ved behandlingsafslut- ning)	gen- nemsnit	gen- nemsnit	MD 0,93 (4,54 færre til 6,4 flere)		82 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt out- come. Høj risiko for Bi- as. Skala: Y- BOCS (0-40) (jo lavere jo bedre)
Social funktionsevne (So- cial functioning) (Længste follow-up)	gen- nemsnit	gen- nemsnit	MD 3,3 (11,9 9 fær- re til 5,39 flere)		49 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk out- come .KI udelukker ikke en mu- lig forskel. Skala: GAS (1-90) (jo højere jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)					0 stu- dier		Kritisk out- come. Ingen data på dette outcome
Depression (Ved behandlingsafslut- ning)	gen- nemsnit	gen- nemsnit	SMD 0,28 (0,18 færre til 0,73 flere)		113 (3)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt out- come. Høj risiko for bi- as.
Selvmodstank- er/Selvmodsfærd (Sui- cidal thoughts and behav- iours) (Ved behandlingsafslut- ning)	28 per 1000	41 per 1000 (5 til 288)	13 flere per 1000 (22 færre til 258 flere)	RR 1,46 (0,21 til 10,3)	139 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT	Vigtigt out- come. KI udelukker ikke relevant forskell
Frafald på grund af bi- virkninger (dropout due to adverse events) (Ved behandlingsafslut- ning)	167 per 1000	60 per 1000 (3 til 1239)	90 færre per 1000 (300 færre til 130 flere)	RR 0,36 (0,02 til 7,42)	139 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk out- come. Høj inkonsistens blandt stu- dieresulta- terne
Alvorlige bivirkninger (SAE) (serious adverse events)					0 stu- dier		Kritisk out- come. Ingen data på dette

(Ved behandlingsafslutning)	outcome
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>	
<p>GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>	

HØRNING

7 Varighed af behandling med kognitiv adfærdsterapi til børn, unge og voksne med OCD

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi tilbydes op til yderligere 5 eller op til yderligere 6-14 sessioner?

7.2 anbefaling

✓ **Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsbehandling.**

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Tilbuddet om længerevarende behandling med KAT skal altid ske på baggrund af en individuel vurdering. Den individuelle vurdering skal inkludere overvejelser om, hvorvidt et andet terapiformat for den enkelte patient (gruppe, familie, parbehandling), behandler-skift og/eller om et andet tidspunkt for behandling kan bidrage til en bedre respons på KAT behandlingen. Derudover skal patientens motivation for behandling med KAT indtages i overvejelserne. Endelig bør en diagnostisk revurdering overvejes.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Børn, unge og voksne med OCD er en gruppe, hvor et standard behandlingsforløb i nogle tilfælde ikke har den ønskede effekt i form af reduktion i OCD symptomer, forbedring af livskvalitet og social funktionsevne. Der er behov for viden om, hvor længe KAT behandlingen til børn, unge og voksne, som efter 10 sessioner KAT fortsat har moderat til svær OCD, skal forlænges.

7.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

Tre studier^(14,36,37) har undersøgt effekten af KAT behandling hos behandlingsresistente børn, unge og voksne med moderat til svær OCD, hvor behandlingsresistente er defineret som < 30 % reduktion på CY-BOCS/Y-BOCS. Studierne fandt en positiv effekt af yderligere behandling med KAT. Ingen af de tre studier sammenlignede længerevarende med korterevarende behandling med KAT.

I to randomiserede studier blev yderligere behandling med KAT (10-12 sessioner) sammenlignet med behandling med SSRI (i 12-16 uger) hos behandlingsresistente børn, unge og voksne^(14,36,37). Et andet studie undersøgte effekten af yderligere behandling med KAT (mellem 8-37 sessioner) hos behandlingsresistente børn og unge, som tidligere havde modtaget KAT behandling⁽³⁶⁾.

Studierne fandt en klinisk relevant reduktion i CY-BOCS score ved yderligere behandling^(14,36,37). Forskellen i antal børn og unge i remission og med en reduktion på over 30 %

på CY-BOCS efter behandling med KAT var ligeledes klinisk relevant. Der var ingen klinisk relevant forskel på Y-BOCS score efter endt behandling med KAT⁽³⁷⁾. Et studie afrapporterede en klinisk relevant forskel på social funktionsevne til fordel for yderligere behandling med KAT⁽³⁶⁾, mens et andet studie ikke fandt en klinisk relevant forskel på dette outcome⁽¹⁴⁾.

Da ingen af de tre studier sammenlignede længevarende med korterevarende behandling med KAT, indgik de ikke i evidensgrundlaget for anbefalingen, men er i stedet blevet brugt som baggrund for overvejelserne til en god praksis anbefaling.

7.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Tilbud om en længerevarende KAT behandling til børn, unge og voksne med moderat til svær OCD, der i første omgang ikke responderer på KAT behandlingen, kan muligvis give en effekt, hvis patienten er motiveret for behandlingen, behandlingsformatet er det rette, timingen er god, og der er god alliance mellem patient og behandler.</p> <p>Der vurderes ikke at være skadevirkninger ved en forlængelse af KAT behandlingen.</p>
Patientpræferencer	Behandlingen vurderes at være præferencefølsom, da det for nogle patienter vil være for ressourcekrævende at deltage i ekstra behandling, mens andre patienter gerne vil tage imod tilbuddet.
Andre overvejelser	Ved udeblivende respons bør det overvejes at revurdere diagnosen OCD som hoveddiagnose.

7.7 Rationale for anbefaling

Der er i anbefalingen lagt vægt på, at behandlingsresistente patienter vil kunne have gavn af tilbud om yderligere behandling, og at der ikke er kendte skadevirkninger ved en længerevarende behandling med KAT.

8 Tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum til voksne med svær OCD

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør voksne, som fortsat har svær OCD efter kombinationsbehandling med kognitiv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI), tilbydes tillægsbehandling med et atypisk antipsykotikum?

8.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun efter nøje overvejelse et atypisk antipsykotikum som tillægsbehandling til voksne med svær OCD, som ikke har effekt af behandling med kognitiv adfærdsterapi og antidepressiva (SSRI), da der ikke er påvist en klinisk relevant effekt heraf, og der er risiko for bivirkninger (⊕○○○).**

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Diagnosen OCD skal genovervejes før opstart af antipsykotika.

For patienter med en særlig svær grad af OCD, vil behandling med atypisk antipsykotikum være en mulighed. Ved behandling af OCD med antipsykotika skal der i udgangspunktet anvendes en lav dosis, der optrappes langsomt og aldrig til doser som ved psykosebehandling. Opstart af kombinationsbehandlingen bør kun udføres af en fagperson med psykiatrisk specialviden.

Behandling med antipsykotika til OCD er off-label, der er derfor øget krav til information og dokumentation af brug.

Ved manglende effekt efter en måned bør den antipsykotiske tillægsbehandling seponeres. Dette gælder også ved vedvarende bivirkninger.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Behandlingen med KAT alene og i kombination med antidepressiva (SSRI) er henholdsvis første- og andetvalg i behandlingen af voksne med svær OCD. Patienter, der ikke responderer på disse behandlinger, bliver i nogle tilfælde tilbudt augmentationsbehandling med et atypisk antipsykotikum.

Der er ingen antipsykotika, som har indikation for behandling af OCD i Danmark. Da de atypiske antipsykotika er associeret med færre bivirkninger end de typiske, og primært bliver brugt som førstevalg til behandling med antipsykotika i Danmark, undersøges effekten af et tillæg af lav dosis af atypiske antipsykotika til voksne, som fortsat har svær OCD, og som ikke har haft effekt af en forudgående behandling med en kombinationsbehandling af KAT og antidepressiva (SSRI).

Der er en mangel på viden omkring effekter og bivirkninger af tillægsbehandlingen med atypisk antipsykotika hos voksne med OCD, som ikke har responderet på en kombination af KAT og antidepressiva (SSRI).

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget er to systematiske reviews^(38,39), hvorfra der blev udvalgt 9 randomiserede forsøg⁽⁴⁰⁻⁴⁸⁾. Disse blev suppleret med fem randomiserede forsøg⁽⁴⁹⁻⁵³⁾ fra den opdaterende søgning. Evidensgrundlaget udgøres således af 14 randomiserede forsøg. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

8.6 Gennemgang af evidensen

Populationen i de 14 inkluderede studier var voksne over 17 år (N= 477). I alle studier var der tale om patienter med svær OCD, som blev beskrevet som behandlingsresistente efter en foregående behandling med antidepressiva.

Interventionen i de inkluderede studier svarede ikke fuldt til det fokuserede spørgsmål, idet KAT komponenten ikke indgik efter randomisering. Behandling med antidepressiva udgjorde den ene intervention, mens den anden intervention i studierne bestod af antidepressiva og tillægsbehandling med atypisk antipsykotika. I fire studier fik patienterne risperidone (dosis 0,5 til højst 4 mg/dag)^(42,43,45,54), i to studier olanzapine (dosis 5 til højst 20 mg /dag)^(46,48), i fem studier quetiapine (dosis 25 til højst 400 mg/dag)^(44,47,55-57), i to studier aripiprazole (dosis 10 til højst 15 mg/dag)^(58,59) og i ét studie paliperidone (dosis op til 9 mg/dag)⁽⁶⁰⁾. I alle studier modtog patienterne i kontrolgruppen placebotabletter. Evidensgrundlaget til besvarelse af det fokuserede spørgsmål i denne anbefaling betragtes som indirekte evidens, da ingen af studierne inkluderede KAT.

Syv ud af de 14 studier angiver at være sponsoreret af industrien^(40-43,47-49), hvorfor en evt. industribias ikke kan udelukkes.

Der blev ikke fundet klinisk relevant forskel i de kritiske outcomes, social funktionsevne^(47,54,55,57) og livskvalitet^(44,54). Ingen af studierne rapporterede en 30 % reduktion på Y-BOCS efter endt behandling, men der blev rapporteret en klinisk relevant forskel til fordel for tillægsbehandlingen på antallet af patienter med enten 25 % eller 35 % reduktion på Y-BOCS efter endt behandling^(42,43,45,46,48,54).

I forhold til de vigtige outcomes, var den gennemsnitlige forskel på den samlede Y-BOCS score efter endt behandling 2,5 point, hvilket ikke vurderedes som værende en klinisk relevant ændring^(42,43,45,46,48,54). Der var en forskel til fordel for tillægsbehandlingen i antallet af patienter i remission (Y-BOCS på ≤ 9). Der var ingen relevant forskel i drop-out⁽¹⁷⁻³⁵⁾ og CGI-S ≤ 2 ^(44,45,56,57) efter endt behandling ved tillægsbehandling med atypisk antipsykotika.

Forskellen i frafald grundet bivirkninger^(42,43,46,48,54,56) og vægtøgning^(46,54,56,57,59) viste en klinisk relevant forskel til fordel for ikke-tillægsbehandlingen. Der var ingen forskel i alvorlige bivirkninger mellem de to interventioner^(44,47,54,55,57).

Det vigtige outcome, 30 % reduktion på YBOCS ved mindst 3 måneders follow up, blev ikke af rapporteret i studierne.

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Den samlede kvalitet af evidensen er meget lav.

Balancen mellem gavnlige og skade-

Der ses en effekt ved behandling med

lige effekter

atypisk antipsykotikum i form af et fald på 2,5 point på YBOCS, som dog ikke er klinisk relevant.

Der er skadevirkninger ved behandling med atypisk antipsykotikum i form af vægtøgning, samt et øget frafald som følge af bivirkninger. Forskellen på rapporterede alvorlige bivirkninger er i evidensgrundlaget ikke klinisk relevant.

Patientpræferencer

De færreste patienter vil i udgangspunktet ønske at blive behandlet med atypisk antipsykotikum grundet de omtalte bivirkninger.

8.8 Rationale for anbefaling

I formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at der vurderes at være en klinisk relevant forbedring i forhold til de kritiske outcomes af tillægsbehandlingen, og at den samlede evidens af kvaliteten er meget lav, da der ikke kan udelukkes industribias og publikationsbias. Derudover er der lagt vægt på, at tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum vurderes at være præferencefølsomt grundet øgede bivirkningerne og vægtøgningen. Anbefalingen er en svag anbefaling imod, da en gavnlig effekt af tillægsbehandlingen ikke kan udelukkes, men denne vurderes ikke at opveje de associerede bivirkninger og mulig vægtøgning, som gør behandlingen særlig præferencefølsom.

8.9 Evidensprofil

SSRI + antipsykotikum sammenlignet med SSRI for voksne (>18 år) som fortsat har svær OCD (Y-BOCS > 24 eller CGI-S ≥ 4), efter kombination af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og antidepressiva.

Population: Voksne (>18 år) som fortsat har svær OCD (Y-BOCS > 24 eller CGI-S ≥ 4), efter kombination af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og antidepressiva.

Intervention: SSRI + antipsykotikum

Sammenligning: SSRI

Outcomes (Tidspunkt for op- gørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % CI)			Rela- tiv effekt 95 % CI	Antal delta- gere (studi- er)	Kvalite- ten af eviden- sen (GRA- DE)	Kommenta- rer
	SSRI	SSRI + anti- psykotikum	For- skel				
Frafald (Dropout) (Ved behandlings- afslutning)	156 per 1000	176 per 1000 (117 til 263)	20 fle- re per 1000 (39 færre til 108 flere)	RR 1,13 (0,75 til 1,69)	489 (14)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Spon- soreren fra medicinal industrien, KI udelukker ikke en rele- vant forskel
Symptomscore (min 30% redukti- on i Y-BOCS) (min. 30 % reducti- on Y-BOCS symp-	204 per 1000	335 per 1000 (214 til 522)	131 flere per 1000 (11	RR 1,64 (1,05 til	448 (13)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk out- come. Spon- soreren fra medicinal industrien,

tomscore) (Ved behandlings- afslutning)			flere til 318 flere)	2,56)			KI udelukker ikke en rele- vant forskel
Remission Symp- tomscore (Y- BOCS: ≤ 9) (Ved behandlings- afslutning)	25 per 1000	66 per 1000 (11 til 374)	41 fle- re per 1000 (13 færre til 349 flere)	RR 2,64 (0,47 til 14,96)	100 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Spon- soringen fra medicinal industrien
Symptomscore (min 30 % reduk- tion i Y-BOCS) (min. 30 % reduc- tion Y-BOCS symp- tomscore) (Længste follow-up (min 3 mdr))					0 studi- er		Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome.
Symptomscore (Y- BOCS) (Ved behandlings- afslutning)	gennem- snit	gennemsnit	MD 2,51 (4,82 færre til 0,21 Fe- wer)		477 (14)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Spon- soringen fra medicinal industrien, høj hetero- genitet Skala: Y- BOCS (0-40) (jo lavere jo bedre)
Klinisk Global Indtryk – Sværhed ≤2 (CGI-S) (Clini- cal Global Impres- sions-Severity ≤2) (Ved behandlings- afslutning)	226 per 1000	353 per 1000 (160 til 777)	127 flere per 1000 (65 færre til 551 flere)	RR 1,56 (0,71 til 3,44)	186 (5)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Spon- soringen fra medicinal industrien, KI udelukker ikke en rele- vant forskel Skala: CGI-S (1-7) (jo la- vere jo bed- re)
Social funktionse- vne (Social func- tioning) (Længste follow-up)	gennem- snit	gennemsnit	SMD 0,04 (0,39 færre til 0,32 More)		151 (4)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk out- come. Spon- soringen fra medicinal industrien, KI udelukker ikke en rele- vant forskel. Skala: SDS (0-30)/ SAS- SR (jo lavere jo bedre)
Livskvalitet: (Quality of Life) (Længste follow-up)	gennem- snit	gennemsnit	SMD 0,43 (0,87 færre til 0,01 flere)		87 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk out- come. Spon- soringen fra medicinal industrien. Skala: Skala: SF-36 (0- 100) / Q- LES-Q (14- 70) (jo høje-

							re jo bedre)
Vægtøgning/BMI (weight gain/BMI) (Ved behandlings- afslutning)	17 per 1000	65 per 1000 (23 til 181)	48 fle- re per 1000 (6 fle- re til 165 flere)	RR 3,83 (1,37 til 10,68)	250 (6)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt out- come. Spon- soreringen fra medicinal industrien.
Frafald på grund af bivirkninger (dropout due to ad- verse events) (Ved behandlings- afslutning)	25 per 1000	64 per 1000 (27 til 143)	38 fle- re per 1000 (3 fle- re til 119 flere)	RR 2,52 (1,11 til 5,72)	416 (12)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtige out- come. Spon- soreringen fra medicinal industrien.
Alvorlige bivirk- ninger (SAE) (se- rious adverse events) (Ved behandlings- afslutning)	28 per 1000	8 per 1000 (1 til 86)	10 færre per 1000 (50 færre til 40 flere)	RR 0,35 (0,04 til 3,09)	231 (6)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtige out- come. Spon- soreringen fra medicinal industrien, KI udelukker ikke en rele- vant forskel
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.</p> <p>CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p>GRADE evidensniveauer:</p> <p>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</p> <p>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</p> <p>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt</p> <p>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							

9 Seponering af antidepressiva

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør seponering af antidepressiva forsøges 6 måneder eller 12 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet hos børn, unge og voksne med OCD?

9.2 Anbefaling

↑ **Overvej at seponere antidepressiv behandling 6 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet frem for efter 12 måneder hos børn, unge og voksne med OCD (⊕○○○).**

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Seponering skal ske i samråd med patientens præferencer, da nogle patienter vil ønske en tidlig seponering af antidepressiva, mens andre vil føle tryghed i behandlingen med antidepressiva.

Det er vigtigt, at seponering sker ved langsom nedtrapning. Varigheden af nedtrapningen afhænger af bl.a. dosisstørrelse og patients præference for hurtig/langsom udtrapning, men bør som tommelfingerregel forløbe over minimum to måneder. Seponeringssymptomer omfatter svimmelhed, ataksi, gastro-intestinale symptomer, influenzalignende symptomer, insomni, mareridt, angst, agitation, grådlabilitet, irritabilitet, overaktivitet, koncentrations- og hukommelsesproblemer, nedsat stemningsleje, konfusion, depersonalisationssymptomer og muskeltrækninger⁽⁶¹⁾.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der findes ingen retningslinje for seponering af antidepressiva, og der er generel mangel på viden omkring tidspunkt for seponering efter stabilisering af sygdomsbilledet hos den enkelte patient.

Blandt patienter og behandlere er der en efterspørgsel på viden om, hvornår børn, unge og voksne med et stabilt sygdomsbillede kan starte på seponering af antidepressiv medicin. Det er i dag udbredt i Danmark at starte seponering 12 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet.

9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét systematisk review⁽⁶²⁾, hvorfra der er brugt seks randomiserede kontrollerede forsøg⁽⁶³⁻⁶⁸⁾, hvoraf et forsøg ikke er blevet publiceret⁽⁶³⁾. En opdaterende litteratursøgning fandt ingen andre randomiserede kontrollerede studier. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

9.6 Gennemgang af evidensen

Populationen var børn og unge mellem 8 og 17 år (N = 193)⁽⁶⁷⁾ og voksne over 17 år (N = 761)^(63-66,68). Ikke alle patienterne i studierne havde en Y-BOCS/CY-BOCS på ≤ 9 på starttidspunktet for seponering, hvorfor studierne kun indirekte svarer på det fokuserede spørgsmål.

I forhold til interventionen var der ingen af studierne, der sammenlignede seponering efter 6 måneder med seponering efter 12 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet. Alle studier sammenlignede seponering med fortsat behandling hos patienter, som inden randomisering havde haft effekt af undersøgte antidepressiva. I henhold til det fokuserede spørgsmål var populationen ikke i remission, da populationen havde en mean score på omkring 11 på Y-BOCS/CY-BOCS, hvorfor der er tale om indirekte evidens. Seponeringen skete efter henholdsvis 16 ugers behandling^(66,67), 20-26 ugers behandling⁽⁶³⁻⁶⁵⁾ og 52 ugers behandling⁽⁶⁸⁾. Da ingen af studierne havde den ønskede sammenligning, indgår studierne kun indirekte. For at undersøge effekten af tidspunktet for seponeringsstart blev studierne grupperet i henhold til deres starttidspunkt for seponering (16, 20-26 og 52 uger). Forskellen på effekten af seponering blev vurderet ved at kigge på om der var forskel mellem de forskellige seponeringstidspunktsgupper, se bilag 9 for metaanalyserne herpå.

Selve seponeringen foregik over enten 3 uger⁽⁶⁸⁾, 1 uge⁽⁶⁶⁾, ingen nedtrapning⁽⁶⁵⁾ (abrupt seponering) eller var ikke beskrevet^(63,64,67). Det vurderes, at nedtrapning i studierne skete over så kort tid, at både tilbagefald (relapse), frafald på grund af bivirkninger og alvorlige bivirkninger i praksis er svære at skelne fra seponeringsbivirkninger. Det kan således ikke udelukkes, at en langsom nedtrapning ville føre til færre bivirkninger.

I forhold til de kritiske outcomes var der ingen klinisk relevant forskel på social funktionsevne mellem de forskellige seponeringsgrupper ($P = 0,23$). Det kritiske outcome, alvorlige bivirkninger, blev kun rapporteret i 16 ugers og 20-26 ugers studierne, og der var ingen klinisk relevant forskel mellem tidspunkterne for seponering sammenlignet mellem seponeringsgrupperne ($P=0,15$)^(65,66). Kun et studieafrapporterede det kritiske outcome livskvalitet, hvorfor der ikke kan laves en sammenligning mellem seponeringstidspunktsgupperne⁽⁶⁸⁾. De kritiske outcomes, antal af patienter i remission (symptomscore på ≤ 9 på Y-BOCS/CY-BOCS) og antal af patienter med CGI-I >4 eller CGI-S på ≤ 2 blev ikke afrapporteret i studierne.

I forhold til de vigtige outcome, var der ingen klinisk relevant forskel på antal frafald grundet bivirkninger mellem de forskellige seponeringsgrupperne ($P=0,71$). Antal genhenvisninger, som er et vigtigt outcome, blev ikke afrapporteret i studierne. Der var ingen klinisk relevant forskel på antal af tilbagefald mellem de forskellige seponeringstidspunktsgupper ($P=1,00$) eller på drop-out efter nedtrapning ($P=0,90$). Der var således ikke færre, der droppede ud af studiet med seponering efter 52-ugers behandling fremfor studier med seponering efter 16-ugers behandling. Kun et studie afrapporterede det vigtige outcome angst, hvorved ingen sammenligning mellem grupperne kunne laves⁽⁶⁶⁾.

9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Grundet den korte nedtrapningstid, kan det ikke vurderes om andelen af tilbagefald hos børn, unge og voksne med OCD er lavere ved seponering efter 12 måneder end efter 6 måneder efter en stabili-

sering af symptombilledet.

Der er ikke færre bivirkninger ved nedtrapning efter længere behandling med SSRI. Bivirkningerne kan grundet den hurtige foretagne nedtrapning i studierne ikke skelnes fra seponeringsbivirkninger.

Patientpræferencer

Der kan være individuelle præferencer, som afgør tidspunktet for seponering. Nogle patienter ønsker at blive fri af antidepressiva så tidligt som muligt, mens andre finder en tryghed i fortsat at være i farmakologisk behandling længere tid efter symptombilledet er stabiliseret.

Specielt hos børn og unge kan der være en særlig præference til at seponere så hurtigt som muligt.

9.8 Rationale for anbefaling

Der er i anbefalingen lagt vægt på, at der grundet den hurtige seponering ikke kan vurderes at være en relevant klinisk forskel i øget antal bivirkninger. Herudover er der lagt vægt på, at der ikke ses forskel i frafald grundet bivirkninger til fordel for en nedtrapning efter 12 måneder, og der vil være samme seponeringsbivirkninger forbundet med en nedtrapning efter 6 eller efter 12 måneder. Der vurderes ikke at være forskel mellem seponeringstidspunkterne, men da den samlede evidens kun indirekte besvarer det fokuserede spørgsmål med hensyn til population og intervention, gives der en svag anbefaling.

9.9 Evidensprofil

SSRI sammenlignet med udtrapning for børn, unge og voksne med OCD, der er i antidepressiv behandling for OCD. OCD skal være i remission (Y-BOCS/CY-BOCS score ≤ 9)

Population: Børn, unge og voksne med OCD, der er i antidepressiv behandling for OCD. OCD skal være i remission (Y-BOCS/CY-BOCS score ≤ 9)

Intervention: SSRI

Sammenligning: Udtrapning

Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)			Relativ effekt 95 % CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Udtrapning	SSRI	Forskel				
<i>(Tidspunkt for opfølgelse af absolut effekt)</i>							
Frafald (Dropout) <i>(Ved behandlingsafslutning)</i>	617 per 1000	392 per 1000 (327 til 468)	225 færre per 1000 (290 færre til 148 færre)	RR 0,64 (0,53 til 0,76)	954 (6)	⊕ ⊖ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Manglende overførbare: utrapning sker over kort tid, patienter er ikke i remission

							efter udtrapning, ingen studier omhandler børn
Symptomscore (CY-BOCS/Y-BOCS: ≤ 9) (Efter udtrapning indenfor 6 mdr.)					0 studier		Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
Klinisk Global Indtryk – Sværhed ≤ 2 (CGI-S) / Klinisk Global Indtryk – Forbedring >4 (CGI-I) (Clinical Global Impressions-Severity ≤ 2 / Clinical Global Impression-Improvement >4) (Efter udtrapning indenfor 6 mdr.)					0 studier		Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
Antal genhenvisninger (~relapse) (Referral) (Efter udtrapning indenfor 6 mdr.)	325 per 1000	194 per 1000 (149 to 253)	131 færre per 1000 (177 færre til 70 færre)	RR 0,6 (0,46 til 0,78)	911 (5)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Manglende overførbarehed: Udtrapning af SSRI sker over for kort tid; patienterne er ikke i remission ved udtrapning; ingen studier omhandler børn
Social funktionsevne (Social functioning) (Efter udtrapning indenfor 6 mdr.)	gennemsnit	gennemsnit	MD 1,78 (1,51 færre til 5,07 flere)		259 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Manglende overførbarehed: udtrapning sker over kort tid, patienter er ikke i remission efter udtrapning, ingen studier omhandler børn Skala: SF-36 (0-100) (jo højere jo bedre)
Livskvalitet (Quality of Life) (Efter udtrapning indenfor 6 mdr.)	gennemsnit	gennemsnit	SMD 0.07 (0.25 færre til 0.39 flere)		215 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritisk outcome. Manglende overførbarehed: udtrapning sker over kort tid, patienter er ikke i remission efter udtrapning, ingen studier om-

							handler børn Skala: Q- LES-Q (14– 70) (jo høje- re jo bedre)
Angst (Anxiety) (End of treatment)	gennem- snit	gennem- snit	MD 1,3 (2,84 færre til 0,24 flere)		190 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Mang- lende over- førbarehed: udtrapning sker over kort tid, pati- enter er ikke i remission efter udtrap- ning, ingen studier om- handler børn
Frafald på grund af bivirkninger <i>(Dropout due to ad- verse events)</i> (Ved behandlingsaf- slutning)	103 per 1000	49 per 1000 (23 to 100)	54 færre per 1000 (79 færre til 2 færre)	RR 0,48 (0,23 ti 0,98)	912 (6)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt out- come. Mang- lende over- førbarehed: udtrapning sker over kort tid, pati- enter er ikke i remission efter udtrap- ning, ingen studier om- handler børn
Alvorlige bivirk- ninger (SAE) (Se- rious adverse events) (Ved behandlingsaf- slutning)	15 per 1000	18 per 1000 (4 to 73)	3 flere per 1000 (11 færre til 59 flere)	RR 1,18 (0,28 to 4,91)	662 (6)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV	Kritiske out- come. Mang- lende over- førbarehed: udtrapning sker over kort tid, pati- enter er ikke i remission efter udtrap- ning, ingen studier om- handler børn
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.</p> <p>CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p>GRADE evidensniveauer:</p> <p>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</p> <p>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</p> <p>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt</p> <p>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							

HØRNING

10 Referenceliste

- (1) Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(1):4-13.
- (2) Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71(8):1033-1039.
- (3) NICE guideline for OCD and BDD. *MENT HEALTH OCCUP THER* 2006;11(1):23-23.
- (4) Nissen JB, Hybel K, Moltke B, Ribberholt B. Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende udredning og behandling af Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos børn og unge. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab. : Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, [2010]. 18 s.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer - SfR. : Sundhedsstyrelsen, 2007. 166 s.
- (6) O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(4)-2006.
- (7) Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(2)-2007.
- (8) Henvisning til psykologhjælp. Hendvisningsvejledning. Sundhed.dk. 03.04.12Link:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/patientforloeb/visitation/henvisning-til-psykolog/>
Senest hentet: .
- (9) Bolton D, Williams T, Perrin S, Atkinson L, Gallop C, Waite P, et al. Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2011;52(12):1269-1278.
- (10) Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behaviour Research & Therapy* 2010;48(4):295-303.

- (11) Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2012;12(2):229-238.
- (12) Peris TS, Piacentini J. Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2013;42(1):1-8.
- (13) ThompsonHollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology* Jun 2014;28(3):287-298.
- (14) Skarphedinsson G, Hanssen-Bauer K, Kornor H, Heiervang ER, Landro NI, Axelsdottir B, et al. Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review of effect estimates across comparisons. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015;69(2):81-92.
- (15) Reynolds SA, Clark S, Smith H, Langdon PE, Payne R, Bowers G, et al. Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(6):1021-1026.
- (16) Jonsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(2):98-106.
- (17) Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research & Therapy* 2007;45(1):123-137.
- (18) Jonsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(5):387-397.
- (19) Jaurrieta N, Jimenez-Murcia S, Menchon JM, Del Pino Alonso M, Segalas C, Alvarez-Moya EM, et al. Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research* 2008;18(5):604-614.
- (20) Jaurrieta N, Jimenez-Murcia S, Alonso P, Granero R, Segalas C, Labad J, et al. Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: follow up. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2008;62(6):697-704.
- (21) Jonsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for ob-

sessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(5):387-397.

(22) Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, Eftekhar M. Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4(2):17-25.

(23) Twohig MP, Crosby JM. Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy* 2010;41(3):285-295.

(24) Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2006;75(4):257-264.

(25) New AACAP practice parameter for OCD offers 11 recommendations. *BROWN UNIV PSYCHOPHARMACOL UPDATE* 2012;23(3):1-7.

(26) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(16):1969-1976.

(27) Romanelli RJ, Wu FM, Gamba R, Mojtabai R, Segal JB. Behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitor pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of head-to-head randomized controlled trials. *Depression & Anxiety* 2014;31(8):641-652.

(28) Ivarsson T, Skarphedinsson G, Kornor H, Axelsdottir B, Biedilae S, Heyman I, et al. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2015;227(1):93-103.

(29) Storch EA, Bussing R, Small BJ, Geffken GR, McNamara JP, Rahman O, et al. Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy* 2013;51(12):823-829.

(30) Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-

analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-1696.

(31) Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ 2009;180(3):291-297.

(32) Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ 2009;339:b2880.

(33) van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1998;186(8):492-499.

(34) Cottraux J, Bouvard MA, Millierey M. Combining Pharmacotherapy with cognitive-behavioral interventions for obsessive-compulsive disorder. Cognitive Behaviour Therapy 2005;34(3):185-192.

(35) Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, Hand I, Konig A, Munchau N, et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multi-centre study. Br J Psychiatry Suppl 1998;(35)(35):71-78.

(36) Krebs G, Isomura K, Lang K, Jassi A, Heyman I, Diamond H, et al. How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth? Br J Clin Psychol 2015;54(1):63-75.

(37) van Balkom AJ, Emmelkamp PM, Eikelenboom M, Hoogendoorn AW, Smit JH, van Oppen P. Cognitive therapy versus fluvoxamine as a second-step treatment in obsessive-compulsive disorder nonresponsive to first-step behavior therapy. Psychotherapy & Psychosomatics 2012;81(6):366-374.

(38) Komossa K, Depping AM, Meyer M, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2010;12:008141.

(39) Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S. Antipsychotic Augmentation of Serotonin Reuptake Inhibitors in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: An Update Meta-Analysis of Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trials. International Journal of Neuropsychopharmacology 2015;18(9).

(40) Carey PD, Lochner C, Kidd M, Van Ameringen M, Stein DJ, Denys D. Quetiapine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treat-

ment-refractory obsessive-compulsive disorder: is response to treatment predictable?. *Int Clin Psychopharmacol* 2012;27(6):321-325.

(41) Denys D, van Megen HJ, van der Wee N, Westenberg HG. A double-blind switch study of paroxetine and venlafaxine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):37-43.

(42) Erzegovesi S, Guglielmo E, Siliprandi F, Bellodi L. Low-dose risperidone augmentation of fluvoxamine treatment in obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15(1):69-74.

(43) Hollander E, Baldini Rossi N, Sood E, Pallanti S. Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6(4):397-401.

(44) Kordon A, Wahl K, Koch N, Zurowski B, Anlauf M, Vielhaber K, et al. Quetiapine addition to serotonin reuptake inhibitors in patients with severe obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(5):550-554.

(45) McDougale CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasylink S, Price LH. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(8):794-801.

(46) Shapira NA, Ward HE, Mandoki M, Murphy TK, Yang MC, Blier P, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine addition in fluoxetine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2004;55(5):553-555.

(47) Fineberg NA, Sivakumaran T, Roberts A, Gale T. Adding quetiapine to SRI in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled treatment study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20(4):223-226.

(48) Bystritsky A, Ackerman DL, Rosen RM, Vapnik T, Gorbis E, Maidment KM, et al. Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65(4):565-568.

(49) Diniz JB, Shavitt RG, Fossaluza V, Koran L, Pereira CA, Miguel EC. A double-blind, randomized, controlled trial of fluoxetine plus quetiapine or clomipramine versus fluoxetine plus placebo for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2011 Dec;31(6):763-768.

- (50) Muscatello MR, Bruno A, Pandolfo G, Mico U, Scimeca G, Romeo VM, et al. Effect of aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2011 Apr;31(2):174-179.
- (51) Sayyah M, Sayyah M, Boostani H, Ghaffari SM, Hoseini A. Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (a double blind clinical trial). *Depression & Anxiety* 2012;29(10):850-854.
- (52) Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70(11):1190-1199.
- (53) Storch EA, Goddard AW, Grant JE, De Nadai AS, Goodman WK, Mutch PJ, et al. Double-blind, placebo-controlled, pilot trial of paliperidone augmentation in serotonin reuptake inhibitor-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2013;74(6):e527-32.
- (54) Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70(11):1190-1199.
- (55) Diniz JB, Shavitt RG, Fossaluza V, Koran L, Pereira CA, Miguel EC. A double-blind, randomized, controlled trial of fluoxetine plus quetiapine or clomipramine versus fluoxetine plus placebo for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2011 Dec;31(6):763-768.
- (56) Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine addition in patients with obsessive-compulsive disorder refractory to serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 2004;65(8):1040-1048.
- (57) Carey PD, Lochner C, Kidd M, Van Ameringen M, Stein DJ, Denys D. Quetiapine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: is response to treatment predictable?. *Int Clin Psychopharmacol* 2012 Nov;27(6):321-325.
- (58) Muscatello MR, Bruno A, Pandolfo G, Mico U, Scimeca G, Romeo VM, et al. Effect of aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(2):174-179.
- (59) Sayyah M, Sayyah M, Boostani H, Ghaffari SM, Hoseini A. Effects of aripiprazole augmentation in treatment-resistant obsessive-

compulsive disorder (a double blind clinical trial). *Depress Anxiety* 2012 Oct;29(10):850-854.

(60) Storch EA, Goddard AW, Grant JE, De Nadai AS, Goodman WK, Mutch PJ, et al. Double-blind, placebo-controlled, pilot trial of paliperidone augmentation in serotonin reuptake inhibitor-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2013 Jun;74(6):e527-32.

(61) SSRI - N06AB (antidepressiva. pro.medicin.dk. 16.12.2014Link: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/patientforloeb/visitation/henvisning-til-psykolog/> Senest hentet: .

(62) Donovan MR, Glue P, Kolluri S, Emir B. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders: a meta-analysis (Structured abstract). 2009. 9-16 (123).

(63) Long-term treatment with paroxetine of outpatients with obsessive-compulsive disorder: An extension of the companion study (Study No: MY-1053/BRL-029060/CPMS-127). GlaxoSmithKline. 2005Link: <http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files2/2072.pdf> Senest hentet: .

(64) Romano S, Goodman W, Tamura R, Gonzales J. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(1):46-52.

(65) Hollander E, Allen A, Steiner M, Wheadon DE, Oakes R, Burnham DB, et al. Acute and long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. *J Clin Psychiatry* 2003;64(9):1113-1121.

(66) Fineberg NA, Tonnoir B, Lemming O, Stein DJ. Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17(6-7):430-439.

(67) Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Farrell C, Wagner KD, et al. Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13 Suppl 1:S19-29.

(68) Koran LM, Hackett E, Rubin A, Wolkow R, Robinson D. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):88-95.

(69) Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(1):53-63.

(70) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):617-627.

HOPRNG

11 Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelser og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

OCD symptomer er karakteriseret ved tilbagevendende tvangstanker og/eller gentagende tvangshandlinger. Lidelsen er ofte ledsaget af angst og ubehagelige følelser, der typisk er mest fremtrædende, hvis de tvangsprægede impulser ikke efterkommes eller prøves undertrykt af patienten.

Befolkningsstudier har vist, at 2,3 % af befolkningen har eller har haft OCD i løbet af deres liv^(6,7). Studierne peger endvidere på, at tidligt debuterende OCD (i barndommen), hvis ubehandlet eller ved udeblivende effekt af behandlingen, ofte vil fortsætte i ungdoms- og voksenalderen og kan udvikle sig til en kronisk lidelse^(6,7). De fleste debuterer før 35 års alderen og ca. 25 % vil debutere i barndommen (før 14 årsalderen)^(69,70). Denne retningslinje fokuserer på behandlingen af børn, unge og voksne.

For at opfylde diagnosen OCD ifølge ICD-10 er det et krav, at symptomerne påvirker den enkeltes funktionsevne eller medfører lidelse og opleves som ubehagelige. På baggrund af en vurdering af, at OCD symptomerne medfører en svær funktionspåvirkning og nedsat livskvalitet er OCD på plads 10 på WHO's liste over de mest belastende lidelser verden over. Ofte er det primære og sekundære outcome i studier dog ikke dette patientrelaterede outcome. Symptomerne og deres påvirkning af social funktionsevne medfører, at personer med OCD kan have svært ved at gennemføre en uddannelse eller fungere på en arbejdsplads. Desuden vil der ofte være en stor belastning for pårørende hos patienter med OCD.

Behandlingen af OCD har tidligere varieret mellem regionerne, men indførelsen af de fællesregionale pakkeforløb har ført til større ensartethed. Typisk inkluderer behandlingen KAT og antidepressiva alene eller kombinationsbehandling. Behandlingstilbuddet afhænger også af forekomsten af samtidig sygdom (komorbiditet).

Retningslinjen for OCD forventes, at hjælpe til en ensartethed af den mest effektive behandling for mild, moderat, svær og meget svær OCD både for børn, unge og voksne på tværs af landet.

Bilag 2: Implementering

Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje sammenfattes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region.

For almen praksis indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for OCD. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den fulde nationale kliniske retningslinje.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Her tænkes særligt på Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening og Dansk Sygepleje Selskab. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage. Informationen kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og OCD-foreningen, samt andre relevante patientforeninger.

Implementering af den nationale kliniske retningslinje for OCD er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgradering og anbefalingens styrke. Herudover er en applikation til smartphones og tablets, hvorfra man kan tilgå de nationale kliniske retningslinjer, under udvikling.

Bilag 3: Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Der findes hverken en klinisk kvalitetsdatabase eller et selvstændigt register for behandlingen af OCD. Det er således vanskeligt at tilgå data, der kan anvendes til at opgøre relevante proces- og effektindikatorer i relation til den nationale kliniske retningslinje for OCD.

Datakilder

Det skønnes, at data fra henholdsvis Landspatientregisteret eller Lægemiddelregisteret kan anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges i forhold til om SSRI som førstevalg kun anvendes hos patienter med OCD og en komorbid lidelse. Det anbefales derudover, at man ved opdateringen af retningslinjen vurderer, om der eksisterer egnede data, som kan anvendes som grundlag til proces- og effektindikatorer.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Evidensen inden for behandling af OCD er overordnet set meget sparsom, og arbejdsgruppen har haft vanskeligt ved at finde et tilstrækkeligt antal randomiserede kontrollerede studier af høj kvalitet til besvarelse af størstedelen af de fokuserede spørgsmål. Nedenfor oplistes forslag til forskningsområder inden for behandling af OCD, som direkte udspringer af litteratursøgningen efter evidens til denne nationale kliniske retningslinje:

- Viden om effekten af psykoterapi for OCD for børn, unge og voksne er generelt underbelyst. Der mangler head-to head studier af psykoterapi samt viden om, hvordan familien inddrages bedst muligt.
- Andre psykoterapiformer end KAT har begrænset evidens, men der er børn, unge og voksne med OCD, som ikke profiterer af denne behandling. Der er derfor behov for mere viden om effekten af forskellige psykoterapiformer og formater. Særligt indenfor nyere former for KAT som tredjebølge KAT og internet-/computerbaseret KAT og effekten af andre formater såsom gruppebehandling sammenlignet med individuel behandling.
- Længden af interventionen i studierne afspejler ikke i alle tilfælde den kliniske praksis. Det ville være interessant at undersøge længerevarende effekter og bivirkninger af medicinering med SSRI-præparater og atypisk antipsykotika hos såvel børn, unge og voksne med OCD. Derudover mangler der forskningsbaseret viden om seponeringstidspunktet for patienter, som er i remission efter farmakologisk behandlingen.
- Ved moderate og svære grader af OCD er medicinsk behandling med eller uden kombinationen af KAT ofte klinisk praksis. Der er kun få studier, der afdækker effekten af om længerevarende behandling med psykoterapi kan være effektivt til denne patientgruppe. Herunder mangler der også viden om effekten af efterbehandling i form af boostersessioner for patienter med OCD, hvor den ønskede behandlingseffekt er udeblevet.
- Der mangler viden om indholdsmæssige forskelle af de enkelte behandlingsmanualer for KAT. For eksempel i forhold til graden af familieinddragelse i familie-baseret KAT og den indholdsmæssige forskel i tredjebølge KAT mod standard KAT. Der er brug for forskning på området, der kan afdække eventuelle forskelle i behandlingerne.
- Forskningen er generelt yderst sparsom vedrørende patientrelevante outcomes, såsom patientens funktionsevne og livskvalitet. Det er i høj grad relevant at fokusere på effekt af behandling ved at fokusere på og inddrage patientperspektivet.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

HØRNING

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, som denne kliniske retningslinje besvarer, se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål her [\[indsæt link\]](#).

HØRNING

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikerne vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgebeskrivelser kan tilgås her [indsæt link]
- AGREE-vurderinger kan tilgås her [indsæt link]
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås her [indsæt link]
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås her [indsæt link].
- Flowcharts kan tilgås her [indsæt link]

Om nødvendigt kan der desuden linkes til narrative analyser etc.

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse(OCD) består af følgende personer:

- Clas Winding, overlæge, Psykoterapeutisk Klinik, Region Hovedstaden, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Gunnar Axelgaard, praktiserende læge i Vildbjerg, udpeget af Dansk Selskab for Amen Medicin
- Hjalti Jonsson, psykolog, adjunkt, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Judith Becker Nissen, psykiater, klinisk lektor, Institut for Klinisk Medicin - Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Katja Anna Hybel, psykolog, Institut for Klinisk Medicin - Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Kristoffer Lande Andersen, formand, Sundhedsstyrelsen
- Lillian Kaag Thomsen, sygeplejerske, Klinik for OCD og angstlidelser, AUH Risskov, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Morten Munthe Fenger, psykolog, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Sidse Arnfred, psykiater, kognitiv forskningsenhed, psykiatrisk afdeling, Hvidovre Hospital, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab

Fagkonsulenten Anne Dorothee Müller her som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#) [\[indsæt link\]](#).

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse(OCD) består af følgende personer:

- Carsten Stoemann Rasmussen, bestyrelsesmedlem i OCD-foreningen, udpeget af OCD-foreningen
- Christian Hald Jensen, chefkonsulent i Region Sjælland, udpeget af Region Sjælland
- Finn Blickfeldt Juliussen, faglig konsulent i Socialstyrelsen, udpeget af Socialstyrelsen
- Lærke Steenberg Smith, fuldmægtig i Sundheds- og Ældreministeriet, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet
- Mikkel Arendt, psykolog, Klinik for OCD og Angstlidelser & Klinik for Selvmordsforebyggelse, udpeget af Region Midtjylland
- Josefina Hindenburg Krusing, Chefrådgiver i Danske Regioner, udpeget af Danske Regioner
- Rudolf Oderkerk, speciallæge i psykiatri i Vejle, udpeget af Region Syd
- Søren Drivsholm, fysioterapeut, Retspsykiatrisk rehabilitering, Aarhus universitetshospital, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Ane Bonnerup Vind, overlæge, Sundhedsstyrelsen
- Anne Dorothee Müller, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Betina Højgaard, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Birgitte Holm Petersen, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Simon Tarp, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse(OCD) har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Landsforeningen SIND
- OCD Foreningen
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin

- Dansk Selskab for Distriktpsykiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- KL
- Social- og Indenrigsministeriet
- Socialstyrelsen
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Bernhard Weidle, Psykiater, Adjunct Associate Professor, ph.d., Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology.
- Lars-Göran Öst, Professor, Department of psychology, Stockholm University

Bilag 10: Forkortelser og begreber

Liste over forkortelser og begreber er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og kan tilgås [her](#) [indsæt link].

ACT	Acceptance Commitment Therapy
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til vurdering af guidelines.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til vurdering af systematiske reviews.
CGI-I	Clinical Global Impression – Improvement Scale
CGI-S	Clinical Global Impression – Severity Scale
cKAT	Computerbaseret kognitiv adfærdsterapi
CI	Konfidensinterval
CY-BOCS	Children Yale-Brown Obsession Compulsion Score
Dropout	Antal patienter, som ikke gennemfører den planlagte behandling og/eller undersøgelse
ERP	Eksponering og responshindring
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Værktøj til vurdering af evidensens kvalitet samt styrken af anbefalinger
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. udgave. Udgives af World Health Organization (WHO).
iKAT	Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi
KAT	Kognitiv adfærdsterapi
Komorbiditet	Forekomsten af samtidige sygdomme med forskellig ætiologi
MCT	Metakognitiv terapi
NICE	National Institute of Clinical Excellence
OCD	Obsessiv-kompulsiv forstyrrelse
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
Psykoedukation	Undervisning i psykiatrisk lidelse, medfølgende problemstillinger og behandling

RCT	Randomiseret kontrolleret studie
Remission	En patient, som er i bedring, og som stadig har få symptomer på lidelsen
RR	Relativ Risiko
SSRI	Selektive serotoningenoptagshæmmere
WHO	World Health Organization
Y-BOCS	Yale-Brown Obsession Compulsion Score

HØRNING