

National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression

National klinisk retningsline for non-farmakologisk behandling af unipolar depression

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Høringsversion 2.3.2016

Format: *PDF*

HØRNING

Indhold

0	Indledning	8
0.1	Formål	8
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	8
0.3	Målgruppe/brugere	8
0.4	Emneafgrænsning	8
0.5	Patientperspektivet	9
0.6	Juridiske forhold	10
1	Tidlig opsporing	11
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	11
1.2	Anbefaling	11
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	11
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	11
1.5	Litteratur	11
1.6	Gennemgang af evidensen	12
1.7	Arbejdsgruppens overvejelser	12
1.8	Rationale for anbefaling	12
2	Fysisk træning	13
2.1	Fokuseret spørgsmål 2	13
2.2	Anbefaling	13
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	13
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	13
2.5	Litteratur	13
2.6	Gennemgang af evidensen	13
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	14
2.8	Rationale for anbefaling	14
2.9	Evidensprofil	14
3	Psykotterapi som add-on til farmakologisk behandling	16
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	16
3.2	Anbefaling	16
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	16
3.5	Litteratur	16
3.6	Gennemgang af evidensen	16
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	17
3.8	Rationale for anbefaling	17
3.9	Evidensprofil	18
4	Korttids psykodynamisk psykotterapi eller kognitiv adfærdsterapi?	19
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	19
4.2	Anbefaling	19
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	19
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	19
4.5	Litteratur	19
4.6	Gennemgang af evidensen	19
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	20
4.8	Rationale for anbefaling	20
4.9	Evidensprofil	20
5	Interpersonel psykotterapi vs. kognitiv adfærdsterapi	22
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	22
5.2	Anbefaling	22
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	22

5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	22
5.5	Litteratur	22
5.6	Gennemgang af evidensen	22
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	23
5.8	Rationale for anbefaling	23
5.9	Evidensprofil	23
6	Psykoterapi ved kronisk og medicinsk svært behandlelig depression	25
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	25
6.2	Anbefaling	25
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	25
6.5	Litteratur	25
6.6	Gennemgang af evidensen	25
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	26
6.8	Rationale for anbefaling	26
6.9	Evidensprofil	26
7	Mindfulness-træning som tilbagefaldsforebyggelse	28
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	28
7.2	Anbefaling	28
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
7.5	Litteratur	28
7.6	Gennemgang af evidensen	28
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	29
7.8	Rationale for anbefaling	29
7.9	Evidensprofil	30
8	Korte lav-intense terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis	31
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	31
8.2	Anbefaling	31
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	31
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	31
8.5	Litteratur	31
8.6	Gennemgang af evidensen	31
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	32
8.8	Rationale for anbefaling	32
8.9	Evidensprofil	32
9	Collaborative care	34
9.1	Fokuseret spørgsmål 10	34
9.2	Anbefaling	34
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	34
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	34
9.5	Litteratur	34
9.6	Gennemgang af evidensen	34
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	35
9.8	Rationale for anbefaling	35
9.9	Evidensprofil	35
10	Referenceliste	37
11	Bilag	44
	Bilag 1: Baggrund (max 1 side)	45
	Bilag 2: Implementering	46
	Bilag 3: Monitorering	47
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	48

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	49
Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	50
Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	51
Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	54
Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	55
Bilag 10: Forkortelser og begreber	58

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

Tidlig opsporing

√ Det er ikke god praksis systematisk at gennemføre systematisk tidlig opsporing af recidiv hos patienter med tidligere depression.

Supplerende behandling

↑ Overvej at tilbyde fysisk træning til patienter med let til moderat depression som add-on til vanlig behandling (⊕⊕○○).

↑↑ Anvend psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling til patienter med depression af moderat til svær grad (⊕⊕⊕○).

Valg af terapeutisk metode

↑ Korttids psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet forskel i effekt (⊕○○○).

↑ Interpersonel psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet forskel i effekt (⊕⊕○○).

Kronisk depression og tilbagefaldsforebyggelse

↑ Overvej at tilbyde patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression at overgå til psykoterapeutisk monobehandling (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde patienter med moderat til svær depression, som er remitteret, mindfulness-træning som en tilbagefaldsforebyggende intervention (⊕○○○).

Behandling i primær sektor

↓ Anvend ikke rutinemæssigt, supplerende lav-intensive terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis, da den gavnlige effekt er usikker (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde collaborative care til patienter med depression frem for vanlig behandling (mangler vurdering).

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 vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Depression udgør en betydelig sygdomsbyrde med såvel store personlige omkostninger for den enkelte som store samfundsmæssige og samfundsøkonomiske udfordringer.

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har udarbejdet en national behandlingsvejledning med primært fokus på farmakologisk behandling af unipolar depression ⁽¹⁾, hvorfor denne NKR afgrænses herfra. På denne baggrund ønsker Sundhedsstyrelsen at give evidensbaserede anbefalinger for behandling med ikke-farmakologiske interventioner, både som supplement til den farmakologiske behandling og som enkeltstående behandlingsstrategi.

Behandlingen af patienter med depression i Danmark finder sted på tværs af sektorer, hos praktiserende læger og psykologer, hos praktiserende speciallæger i psykiatri, i distriktpsychiatriske centre samt på psykiatriske afdelinger. Sundhedsstyrelsen ønsker at understrege at depression, ligesom andre psykiske lidelser, ikke lader sig lindre eller helbrede uden patientens og de pårørendes aktive medvirken i behandlingen og uden samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje omhandler unipolar depression hos voksne. Depressive episoder i forbindelse med bipolar lidelse vil således ikke blive adresseret i denne retningslinje.

Depression er i retningslinjen afgrænset som lidelser inden for F30-området i WHO's sygdomsklassifikation, International Classification of Diseases (ICD), aktuelt ICD-10 ⁽²⁾, men i nogle tilfælde er den undersøgte litteratur baseret på diagnostik efter ICD-8 eller den amerikanske Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), enten DSM-III ⁽³⁾, DSM-III-R ⁽⁴⁾, DSM-IV ⁽⁵⁾ eller nyere versioner ⁽⁶⁾.

I udgangspunktet dækker retningslinjen depression af let til svær grad. Det er specificeret i det enkelte kapitel, når en anbefaling ikke er gældende for alle sygdomsgrader (let, moderat, svær).

0.3 Målgruppe/brugere

Målgruppen for retningslinjen er sundhedspersoner, som udreder, diagnosticerer, plejer og behandler mennesker med depression, dvs. læger, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter m.fl. Retningslinjen kan desuden tjene til information for andre involverede parter, herunder personer med depressiv lidelse og deres pårørende samt beslutningstagere i det regionale psykiatriske behandlingssystem.

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.

Det understreges, at retningslinjen ikke udgør en udtømmende liste over alle relevante behandlingstilbud til den definerede patientgruppe, og at afklaring af evidensgrundlaget udelukkende omhandler de interventioner, som retningslinjen giver anbefalinger for. For den definerede patientgruppe med depressiv lidelse vil der som udgangspunkt være behov for en tværfaglig indsats i behandlingen og kombination af forskellige tiltag.

Fokus for nationale kliniske retningslinjer er imidlertid evidensbaserede anbefalinger af specifikke sundhedsfaglige ydelser.

Denne NKR omhandler primært psykoterapeutiske interventioner. Hertil blev det vurderet vigtigt at afsøge evidensen for gavnlige og skadelige virkninger ved tidlig opsporing af depression hos en specificeret højrisikogruppe, samt effekten af fysisk træning i behandlingen af depression. Retningslinjen beskæftiger sig ikke med farmakologiske interventioner overfor unipolar depression, idet dette emne nyligt er blevet behandlet i RADS-samarbejdet. Retningslinjen afgrænser sig, primært på baggrund af rammen for arbejdet, yderligere fra biologiske non-farmakologisk interventioner, f.eks. elektro-konvulsiv terapi (ECT), transkraniel magnetstimulation (TMS) og vagus nerve stimulation (VNS).

Retningslinjen beskæftiger sig således med udvalgte dele af udrednings- og behandlingsforløbet. Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på de områder, hvor de har skønnet at behovet for at afklare evidensen har været størst. Følgende ni fokuserede spørgsmål er undersøgt:

- Bør personer tidligere diagnosticeret med depression tilbydes tidlig opsporing for recidiv?
- Bør patienter diagnosticeret med depression af let til moderat grad tilbydes fysisk træning som add-on til vanlig behandling?
- Bør patienter med depression af moderat til svær grad behandles med psykoterapeutisk samtalebehandling som add-on til farmakologisk behandling?
- Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes korttids psykodynamisk psykoterapi eller kognitiv adfærdsterapi (KAT)?
- Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes interpersonel psykoterapi (IPT) eller kognitiv adfærdsterapi (KAT)?
- Bør patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression overgå til psykoterapeutisk monobehandling?
- Bør patienter med depression af moderat til svær grad, som er remitteret, tilbydes mindfulness-træning som add-on til farmakologisk behandling for at forebygge tilbagefald?
- Bør patienter med depression af let til moderat grad tilbydes samtaleterapi i almen praksis?
- Bør patienter med depression tilbydes collaborative care frem for vanlig behandling

Til at vurdere effekten af de undersøgte behandlingsformer har arbejdsgruppen udvalgt centrale outcomes (udfald), som denne retningslinje fokuserer på. Der vil derfor være outcomes, som bliver rapporteret i forskningsartiklerne, men som ikke er medtaget i denne retningslinje.

0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

Der er i udarbejdelsen af retningslinjen lagt stor vægt på inddragelse af brugere. Patientperspektivet har været søgt repræsenteret ved flere tiltag. To af arbejdsgruppens medlemmer har brugererfaringer af relevans for retningslinjen. Der blev derudover ved opstarten af arbejdsgruppens arbejde afholdt et 'spejlmøde' med deltagelse af 3 personer med en aktuel eller tidligere depression. Spejlmødet blev faciliteret af Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, og havde til formål at hjælpe arbejdsgruppen til at vælge et relevant fokus for retningslinjen og relevante outcomes for de fokuserede spørgsmål. Derudover har repræsentanter fra foreningerne SIND, Depressionsforeningen, Psykiatrifonden, Bedre Psykiatri samt Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere siddet med i referencegruppen. Udkastet til den færdige retningslinje har endvidere været i bred offentlig høring, hvor alle har haft mulighed for at afgive høringssvar. Se medlemmerne af arbejds- og referencegruppen i bilag 9 ([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.

1 Tidlig opsporing

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør personer tidligere diagnosticeret med depression tilbydes systematisk tidlig opsporing for recidiv i almen praksis?

1.2 Anbefaling

✓ **Det er ikke god praksis systematisk at gennemføre systematisk tidlig opsporing af recidiv hos patienter med tidligere depression.**

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sundhedspersoner i kontakt med patienter med tidligere depression eller anden risikoprofil bør være særligt opmærksomme på depressive symptomer, sådan at det sikres at recidiv opdages og behandles adækvat. Anbefalingen går således alene på en systematisk opsporing som også gennemføres i fravær af symptomer.

Patienter med depression bør som led i behandlingen tilbydes psykoedukation om depression generelt, herunder risikoen for tilbagefald, så han eller hun er opmærksom på symptomer, der bør foranledige ny kontakt til praktiserende læge. Som forebyggelse af tilbagefald kan det konkret aftales med patienten hvilke symptomer denne bør reagere på. Samtidig bør pårørende til en patient med depression tilbydes information omkring lidelsen.

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Op imod halvdelen af alle patienter med symptomer svarende til en depressiv lidelse, erkendes ikke som sådan ved konsultation ved egen læge; bl.a. fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer ⁽⁷⁾. En uerkendt og ubehandlet depressiv episode er uønsket, idet effektiv behandling er tilgængelig og en ubehandlet depression bl.a. er associeret med en forringet livskvalitet og en øget risiko for selvmord ⁽⁸⁾.

Et muligt tiltag i forhold til at sikre identifikation af patienter med depression er systematisk opsporing. Flere studier og guidelines har imidlertid ikke fundet tilfredsstillende effekt af en systematisk opsporing af depression hos den brede baggrundsbefolkning og i stedet peget på det hensigtsmæssige i en særlig opmærksomhed på risikogrupper, idet incidensen her er større og derved i teorien øger det forventede udbytte af den systematiske opsporing ⁽⁹⁻¹¹⁾. En sådan risikogruppe er patienter med en tidligere depression, der selvstændigt og i særlig grad øger risikoen for endnu en episode ⁽¹²⁾.

Arbejdsgruppen ønsker at afklare, om en systematisk indsats for tidlig opsporing af depression hos tidligere deprimerede patienter kan hjælpe til hurtigere identifikation af patienter i en akut depressiv periode med henblik på opstart af relevant behandling, og samlet set bidrage til at det går patienterne bedre. Ved tidlig opsporing forstås regelmæssig opsporing i op til 5 år efter sidste depressive episode.

1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review ⁽¹¹⁾, der lå til grund for en canadisk guideline omhandlende de gavnlige og skadelige effekter af screening for depression blandt voksne ⁽¹³⁾.

Reviewet identificerede ingen randomiserede studier, der behandlede effekten af tidlig opsporing ved patienter med tidligere depression deprimerede patienter - eller andre ikke-somatisk betingende risikogrupper i øvrigt. En opdaterende litteratursøgning fandt ingen relevante studier. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

1.6 Gennemgang af evidensen

Der blev som nævnt ovenfor ikke fundet nogen studier, der specifikt havde undersøgt nærværende fokuserede spørgsmål. Den canadiske guideline⁽¹³⁾ valgte med hensynstagen til de mulige negative effekter af screening - herunder falsk-positive fund og følgende ubegrundet behandling med potentielle negative bivirkninger til følge - at anbefale imod systematisk screening ved risikogrupper.

1.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	De potentielle gavnlige virkninger ved tidlig opsporing i form af tidlig identifikation af kliniske symptomer og hurtig iværksat relevant behandling forbliver udokumenteret. Tilbage står risikoen for falsk-positive fund, der kan danne grundlag for en unødigt behandling med kendte potentielle bivirkninger. Endelig kan det virke stigmatiserende at blive underlagt en løbende indsats omkring tidlig opsporing, der også kan bidrage til at fastholde en sygerolle.
Patientpræferencer	Der skønnes at være patientpræference overvejende imod at indgå i systematisk tidlig opsporing.

1.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på de potentielle skadelige virkninger af systematisk tidlig opsporing. Formålet med interventionen er at undgå underdiagnostik og sen diagnostik, men man risikerer i stedet at forårsage overdiagnostik og overbehandling. Der var tilmed en forventning om, at mange patienter ikke vil tage imod et tilbud om systematisk tidlig opsporing. Anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen, da der ikke foreligger evidens.

2 Fysisk træning

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør patienter diagnosticeret med depression af let til moderat grad tilbydes fysisk træning som add-on til vanlig behandling?

2.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde fysisk træning til patienter med let til moderat depression som add-on til vanlig behandling (⊕⊕○○).

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

De almindelige råd om fysisk aktivitet gælder i udgangspunktet også for patienter med depression. Det er dog vigtigt at være opmærksom på ikke at belaste en patient med depression med en forventning om fysisk træning i de tilfælde, hvor patienter oplever sig ude af stand til at honorere en sådan aktivitet.

Det skønnes at patienter i udgangspunktet må være motiverede for træning for at kunne profitere heraf. Planlægningen af den fysiske træning kan med fordel indgå i udarbejdelsen af en behandlingsplan i samarbejde mellem behandler og patient.

Når patienten tilbydes deltagelse i en træningsaktivitet bør denne superviseres af en person med kompetencer inden for træningsfysiologi og depression.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

På trods af de mange forskellige medicin- og psykoterapimuligheder der er tilgængelige, forbliver depression en udfordrende sygdom at behandle. Kun ca. en tredjedel af patienter med depression opnår remission ved det først afprøvede antidepressiva og en betydelig gruppe viser sig ikke at opnå respons ved behandling med flere forskellige typer antidepressiv medicin ⁽¹⁴⁾. Nævnte forhold understreger behovet for effektive non-farmakologiske interventioner uden skadevirkninger, der kan kombineres med vanlig behandling. Fysisk træning har igennem længere tid været undersøgt for sin antidepressive effekt. Arbejdsgruppen ønsker at afklare, hvorvidt fysisk træning i kombination med vanlig behandling er en effektiv behandling til patienter med let til moderat depression. Med fysisk træning menes en superviseret fysisk aktivitet minimum 1 gang pr. uge over minimum 6 uger af let til høj intensitet. Ved vanlig behandling forstås antidepressiv medikamentel behandling eller psykoterapeutisk samtalebehandling enten som monobehandling eller som kombinationsbehandling.

2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review ⁽¹⁵⁾, hvorfra der blev brugt 9 sammenligninger fra 7 RCT'er ⁽¹⁶⁻²²⁾, n=496. Disse blev suppleret med 3 RCT ⁽²³⁻²⁵⁾ fra en opdateret søgning, n=336. Evidensgrundlaget er således 10 RCT publiceret i 12 artikler, n=832. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

2.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT-studier, der sammenlignede træning som add-on til farmakologisk behandling overfor farmakologiske behandling alene. Der blev således ikke identificeret studier, hvor kontrolinterventionen var andet end farmakologisk behandling. Interventionen bestod af superviseret fysisk træning af en varighed af 2 uger til 12 måneder. Alle studierne fraset ét ⁽²¹⁾ anvendte aerob træning. Ét studie

kombinerede pulstræning med styrketræning ⁽²⁴⁾. To studier inkluderede indlagte patienter ^(16,25), mens to andre studier fokuserede på ambulante patienter ^(19,20). Depressionssværhedsgrad for de inkluderede patienter gik fra let til svær.

For de tre kritiske outcomes, livskvalitet, funktionsevne og remissionsrate, sås ingen forskelle imellem de to interventioner. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav, da flere studier havde utilstrækkelig blinding samt randomiseringsprocedure. Samtidig blev der fundet en tendens mod, at de mindre studier drev de samlede effektestimater. For vigtige outcomes blev der fundet en moderat effekt på respons til fordel for træning i kombination med farmakologisk behandling. Med hensyn til frafald var de to interventioner jævnbyrdige. For de øvrige vigtige outcomes, farmakologisk behandling og arbejdsfastholdelse blev der ikke fundet nogen evidens.

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Træning som tillæg til farmakologisk behandling havde effekt på responsrate. Der blev ikke fundet forskel i frafald imellem de to interventioner.
Patientpræferencer	Deltagelse i fysisk træning skønnes at være præferencefølsomt.
Andre overvejelser	Arbejdsgruppen lægger vægt på, at fysisk træning har gavnlige effekter, der er velkendte og veldokumenterede for den brede befolkning.

2.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at træning i kombination med farmakologisk behandling har effekt på responsraten, og at fysisk aktivitet generelt er forbundet med positive effekter på befolkningsniveau. Anbefalingen er svag idet de fundne effekter er små, fysisk træning skønnes at være præferencefølsomt, og kvaliteten af evidensen meget lav.

2.9 Evidensprofil

Træning som add-on sammenlignet ved vanlig behandling							
Population: Personer med let til moderat depression							
Intervention: Træning som add-on							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Træning som add on	Forskel				
Farmakologisk behandling (pharmaceutical treatment) (Længeste follow-up (FU) min ½ år)				Kan ikke estimeres	0		
Remissionsrate	458.0 per	550.0	92 flere	1.2		⊕ ⊕ ⊖ ⊖	Nedgradering

(remission), endt behandling (<i>Endt behandling</i>)	1000	per 1000 (416 til 723)	per 1000 (41 færre - 266 flere)	(0.91 til 1.58)		LAV	på grund af alvorlig risiko for bias samt upræcise effektestimater
Arbejdsfastholdelse (employment), Længeste FU min. ½ år. (<i>Længeste FU min. ½ år.</i>)				Kan ikke estimeres	0		
Responsrate (response), Efter endt behandling (<i>Efter endt behandling</i>)	349.0 per 1000	506.0 per 1000 (380 til 677)	157 flere per 1000 (31 flere - 328 flere)	1.45 (1.09 til 1.94)		⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MODERATE	Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias
Frafald (All-cause discontinuation), Efter endt behandling (<i>Efter endt behandling</i>)	84.0 per 1000	107.0 per 1000 (66 til 172)	23 flere per 1000 (18 færre - 88 flere)	1.27 (0.79 til 2.05)		⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias samt på grund af alvorlig upræcise effektestimater
Livskvalitet (quality of life), endt behandling (<i>Endt behandling</i>)	Gns.	Gns.	SMD 0.13 (0.18 mindre til 0.44 mere)			⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MODERATE	Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias
Funktionsevne (aktivitet og deltagelse), (<i>Længste FU, min. ½ år</i>)	Gns.	Gns.	SMD 2.3 (0.05 mindre til 4.65 mere)			⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV	Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig publikationsbias

*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

FU: Follow-up

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.

3 Psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes psykoterapeutisk samtalebehandling som add-on til farmakologisk behandling?

3.2 anbefaling

↑↑ Tilbyd psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling til patienter med depression af moderat til svær grad (⊕⊕⊕○).

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Effekten af en psykoterapeutisk intervention hviler på patientens accept og motivation for at indgå i et sådan arbejde. Patientens forestillinger og indstilling til at indgå i en sådan intervention bør derfor altid undersøges, og patientpræferencer ifht. psykoterapeutisk metode bør så vidt muligt imødekommes.

Det bør sikres at tilbudt psykoterapi er manualiseret eller baseret på et velbeskrevet teoretisk fundament, og at der er mulighed for supervision af terapeuten.

Overvej i samarbejde med patienten, hvornår det er hensigtsmæssigt at opstarte psykoterapeutisk behandling og tilpas den psykoterapeutiske intervention til patientens sygdomsgrad samt eventuelle kognitive vanskeligheder.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Antidepressiv farmakologisk monobehandling og psykoterapeutisk monobehandling har begge vist sig som effektive behandlingsformer af depression^(26,27). Kombinationsbehandling har demonstreret øget effekt over monobehandling, men man har ofte ikke fulgt patienterne ud over interventionens afslutning.

Arbejdsgruppen ønsker at afklare langtidseffekterne ved kombinationsbehandling bestående af antidepressiv farmakoterapi og psykoterapi. Psykoterapi med en varighed på typisk 12-20 sessioner inden for modaliteterne, kognitiv adfærdsterapi (KAT), interpersonel psykoterapi (IPT) og korttidsorienteret psykodynamisk psykoterapi ønskes taget i betragtning.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er en guideline (KCE), hvorfra der blev brugt 14 randomiserede studier⁽²⁸⁻⁴¹⁾, n=575. Disse blev suppleret med 4 randomiserede studier⁽⁴²⁻⁴⁵⁾ fra en opdateret søgning, n=1019. Evidensgrundlaget er således 18 randomiserede forsøg, n=1594. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

3.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT-studier. Interventionen bestod af psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling. De inkluderede psykoterapeutiske behandlingsmodaliteter var KAT, IPT eller korttidspsykoterapeutisk psykoterapi. Kombinationsbehandlingen blev holdt op over for

kontrollinterventionen, der bestod af antidepressiv farmakologisk monobehandling. Den psykoterapeutiske behandlingsvarighed varierede imellem studierne fra 12 sessioner ⁽⁴⁴⁾ og op til 19 måneder med ugentlige konsultationer ⁽⁴²⁾. Den psykoterapeutiske behandling var individuel med undtagelse af ét studie, der leverede interventionen i et gruppeformat ⁽⁴³⁾. Populationen var patienter med depression af moderat til svær grad. Der blev inden for de enkelte studier og imellem studierne inkluderet patienter med stor variation i deres sygehistorie således at evidensgrundlaget både bygger på patienter med en enkeltstående depressiv episode ^(34,41) og ambulante patienter med periodisk depression ^(28,30,31,36) samt indlagte patienter med kronisk eller tilbagevendende depression ^(38,42). Endelig var nogle patienter ikke medicineret ved starten af forsøget, mens andre var i en igangværende antidepressiv farmakologisk behandling ved tillæg af psykoterapeutisk samtalebehandling. Endelig fokuserede ét studie på ældre (65-85 år) ⁽⁴⁰⁾ og ét studie undersøgte alene kvinder med en fødselsdepression ⁽⁴³⁾.

Der blev fundet moderate til store effekter på de kritiske outcomes, livskvalitet, remissionsrate og recidivrate, til fordel for psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling. For de vigtige outcomes sås tilsvarende effekter mellem de to interventioner for selvmordsadfærd, hospitalsindlæggelser og frafald. Der blev ikke fundet evidens for arbejdsfastholdelse og responsrate.

3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen var moderat.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling var mere effektiv end farmakologisk monobehandling ifht. de tre kritiske outcomes, livskvalitet, remissionsrate og recidivrate. Der blev ikke identificeret nogen skadevirkninger.
Patientpræferencer	Der kan være præferencefølsomhed for såvel det at modtage terapi, som for formen af tilbudt terapi. Der kan også være forskellige præferencer på forskellige tidspunkter.

3.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at psykoterapi som add-on til farmakologisk behandling havde moderat til stor effekt på livskvalitet, remissionsrate og recidivrate. Der var ingen rapporterede skadevirkninger. Området vurderes præferencefølsomt, idet ikke alle patienter vil ønske at opstarte et psykoterapeutisk behandlingsforløb. Anbefalingen er stærk, da kvaliteten af evidensen er moderat.

3.9 Evidensprofil

Outcomes (Time frame of absolute effect)	Absolute effects from study(ies)* (95% CI)			Relative effect 95% CI	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Farma monobehandling	Psykoterapi add on farma	Difference with Psykoterapi add on farma			
Remissionsrate (rate of remission) (Efter endt behandling)	475.0 per 1000	613.0 per 1000 (522 to 717)	138 More per 1000 (49 More - 243 More)	1.29 (1.1 to 1.51)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Problemer med blinding
Selvmondsadfærd (suicidal behaviour) (Længste FU (min. ½ år))	26.0 per 1000	23.0 per 1000 (8 to 61)	3 More per 1000 (17 Fewer - 35 More)	0.89 (0.34 to 2.35)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LOW	Problemer med blinding samt et bredt CI
Hospitalsindlæggelser (hospitalisation) (Længste FU (min. ½ år))	130.0 per 1000	82.0 per 1000 (49 to 137)	48 More per 1000 (81 Fewer - 7 More)	0.63 (0.38 to 1.06)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Problemer med blinding
Frafald (All-cause discontinuation) (Ved interventionens afslutning)	250.0 per 1000	195.0 per 1000 (145 to 260)	55 More per 1000 (105 Fewer - 11 More)	0.78 (0.58 to 1.04)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LOW	Problemer med blinding samt en høj heterogenitet
Recidivrate (relapse) (Længste FU (min. ½ år))	731.0 per 1000	404.0 per 1000 (277 to 592)	327 More per 1000 (455 Fewer - 139 Fewer)	0.55 (0.38 to 0.81)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Problemer med blinding
Responstrate (rate of response) (Efter endt behandling)						Ingen evidens fundet (No evidence found)
Arbejdsfastholdelse (maintaining employment) (Længste FU (min. ½ år))						Ingen evidens fundet (No evidence found)
Livskvalitet (quality of life) (Længste FU (min. ½ år))				2.08 (1.28 to 3.40)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Problemer med blinding
Livskvalitet (quality of life) (Længste FU (min. ½ år))	41.1 (13.5)	44.6 (13.2)	MD 3.5 (0.85 More to 6.15 More)		⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Problemer med blinding samt upræcist effektestimat

4 Korttids psykodynamisk psykoterapi eller kognitiv adfærdsterapi?

4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes korttids psykodynamisk psykoterapi eller kognitiv adfærdsterapi (KAT)?

4.2 Anbefaling

↑ **Korttids psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet forskel i effekt (⊕○○○).**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen omhandler ikke hvorvidt psykoterapi bør tilbydes, men alene den relative effekt i direkte sammenligningsstudier imellem de to udvalgte metoder.

Ved tilbud om psykoterapi bør man informere om psykoterapiens metodiske grundlag, samt evidensgrundlag og undersøge eventuelle præferencer fremsat af patienten for herved at imødekomme spørgsmål, opklare misforståelser og guide patienten i et velinformeret valg af behandlingsmetode.

Det evidensbaserede metodevalg bør sikres faglig kvalitet ved at blive udført på et fagligt velfunderet niveau og med tilstrækkelig supervisionsmulighed til rådighed.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kognitiv adfærdsterapi (KAT), har etableret sig som en evidensbaseret intervention i forhold til en række psykiske lidelser, herunder unipolar depression ⁽⁴⁶⁾. Korttids psykodynamisk psykoterapi har ligeledes demonstreret effekt i behandlingen af depression ⁽⁴⁷⁾. Begge metoder er således effektive interventioner ifht. depression og i flere undersøgelser fundet ligeværdige med medicinsk behandling ^(48,49). Arbejdsgruppen ønsker en direkte sammenligning af de to metoder ifht. behandlingseffekten af moderat til svær depression, med henblik på at afklare om der er grund til at foretrække den ene type terapi frem for den anden.

Ved korttidsinterventioner forstås behandlinger, der strækker sig over 12 til 25 sessioner.

4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review ⁽⁵⁰⁾ hvorfra der blev brugt 3 randomiserede forsøg ⁽⁵¹⁻⁵³⁾, n=588. Den opdaterende litteratursøgning, identificerede ét randomiseret kontrolleret studie ⁽⁵⁴⁾, n=341. Flow charts findes på sst.dk. (Indsæt link).

4.6 Gennemgang af evidensen

Patientgruppen var voksne mænd og kvinder med depression af moderat til svær grad. Ét studie inkluderede alene kvinder med postpartum depression ⁽⁵¹⁾ og ét studie undersøgte specifikt ældre med depression (>60 år) ⁽⁵³⁾. Varighed af behandlingen på tværs af de inkluderede studier og metoder var 16-20 sessioner.

Behandlingen bestod hhv. af psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi. Ét studie var uden en aktiv adfærdskomponent i den kognitive terapi ⁽⁵³⁾.

Der sås overordnet ingen forskel på effekt imellem de to metoder på de to kritiske outcomes, livskvalitet og remissionsrate. Der var ingen forskel i effekt på de vigtige outcomes frafald og responsrate. Der blev ikke fundet evidens for de øvrige kritiske outcomes, recidivrate og funktionsevne, for følgende vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse, selvmordsadfærd og hospitalsindlæggelser i de inkluderede studier. Kvaliteten af evidensen der direkte sammenligner de to metoder er dermed samlet set meget lav. En hovedårsag hertil er, at to af de kritiske outcomes ikke kunne estimeres og at psykoterapiforskning i sagens natur indebærer at blinding af patienter og terapeuter ikke er mulig. Hertil var der usikkerhed omkring randomiseringen i to studier^(52,53)

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Der ses ingen forskel i effekt mellem de to interventioner på nogen af de valgte outcomes.</p> <p>Eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi skønnes ikke forskellig imellem de to behandlingsformer. Der var ingen forskel imellem de to grupper mht. frafald.</p>
Patientpræferencer	Det skønnes at patientens værdier og præferencer i nogen grad vil have indflydelse på valget mellem psykodynamisk psykoterapi eller KAT.

4.8 Rationale for anbefaling

Der blev ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på at der ikke ses forskel i effekt mellem psykodynamisk psykoterapi og KAT på de valgte outcomes. Anbefalingen er svag, fordi kvaliteten af evidensen er meget lav. Anbefalingen omhandler udelukkende valget mellem to typer psykoterapi og peger ikke på en svag anbefaling for psykoterapi generelt, jf. fokuserede spørgsmål nr. 3.

4.9 Evidensprofil

Psykodynamisk psykoterapi, korttids compared to Kognitiv adfærdsterapi (CBT) for voksne personer med moderat til svær depression.						
Patient or population: Voksne personer med moderat til svær depression.						
Intervention: Psykodynamisk psykoterapi, korttids						
Comparator: Kognitiv adfærdsterapi KAT)						
Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Kognitiv adfærdsterapi i (CBT)	Psykodynamisk psykoterapi, korttids				
Recidiv (relapse)	Study population		RR 0.0	0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖	Ingen evidens

5 Interpersonel psykoterapi vs. kognitiv adfærdsterapi

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes interpersonel psykoterapi (IPT) eller kognitiv adfærdsterapi (KAT)?

5.2 Anbefaling

↑ Interpersonel psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi kan begge tilbydes i behandlingen af moderat til svær depression, da der ikke er fundet forskel i effekt (⊕⊕○○).

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Anbefalingen omhandler ikke hvorvidt psykoterapi bør tilbydes, men alene den relative effekt i direkte sammenligningsstudier imellem de to udvalgte metoder.

Ved tilbud om psykoterapi bør man informere om psykoterapiens metodiske grundlag, samt evidensgrundlag og undersøge eventuelle præferencer fremsat af patienten for herved at imødekomme spørgsmål, opklare misforståelser og guide patienten i et velinformeret valg af behandlingsmetode.

Det evidensbaserede metodevalg bør sikres faglig kvalitet ved at blive udført på et fagligt velfunderet niveau og med tilstrækkelig supervisionsmulighed til rådighed.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kognitiv adfærdsterapi (KAT), har etableret sig som en evidensbaseret intervention i forhold til en række psykiske lidelser, herunder unipolar depression⁽⁵⁵⁾. Interpersonel psykoterapi (IPT) har ligeledes demonstreret effekt i behandlingen af depression⁽⁵⁶⁾. Begge metoder er således effektive interventioner ifht. depression og i flere undersøgelser fundet ligeværdige med medicinsk behandling (ref.). Arbejdsgruppen ønsker en direkte sammenligning af de to metoder ifht. behandlingseffekten af moderat til svær depression, med henblik på at afklare om der er grund til at foretrække den ene type terapi frem for den anden. Ved korttidsinterventioner forstås behandlinger, der strækker sig over 12 til 25 sessioner.

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske reviews^(26,57), hvorfra der blev brugt 7 sammenligninger fra 4 randomiserede studier, n= 416⁽⁵⁸⁻⁶⁴⁾. Disse blev suppleret med 4 randomiserede forsøg⁽⁶⁵⁻⁶⁸⁾ fra en opdateret søgning, n=554, hvorfra alene ét studie⁽⁶⁵⁾ rapporterede resultater relevant for dette fokuserede studie, n=182. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

5.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT studier. Interventionen bestod af individuel IPT overfor KAT. Behandlingen var manualiseret og strakte sig over 16-20 sessioner. Populationen var patienter med depression af moderat til svær grad. I tre studier blev den psykoterapeutiske intervention leveret som monobehandling, dvs. uden samtidig behandling med antidepressiv medicinsk behandling^(61,65,67). I de øvrige studier var farmakologisk behandling kombineret med den psykoterapeutiske intervention.

Der er ikke forskel på effekten af de to interventioner ifht. alle kritiske outcomes, remissionsrate, recidiv, livskvalitet og funktionsevne. Kvaliteten af evidensen i forhold til de kritiske outcomes var samlet set lav

pga. risiko for bias og upræcise effektestimater. For de vigtige outcomes blev der fundet en lille effekt på respons ved afslutning af behandling til fordel for KAT, mens der ikke var forskel i forhold til frafald. Der blev ikke fundet evidens for de øvrige vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse, hospitalsindlæggelser og selvmordsadfærd.

5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Den samlede kvalitet af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er ikke forskel på effekten af de to interventioner ifht. remission, recidiv, livskvalitet og funktionsevne. Eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi vurderes ikke forskellig imellem de to behandlingsformer. Der var ingen forskel imellem de to grupper mht. frafald.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen skønner, at patientens værdier og præferencer i nogen grad vil have indflydelse på valget mellem IPT eller KAT.

5.8 Rationale for anbefaling

Der blev ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på at der ikke ses forskel i effekt mellem KAT og IPT på de valgte outcomes. Anbefalingen er svag fordi kvaliteten af evidensen er lav. Anbefalingen omhandler udelukkende valget mellem to typer psykoterapi og er ikke ensbetydende med en svag anbefaling for psykoterapi generelt.

5.9 Evidensprofil

IPT compared to KAT							
Patient or population: Settings: Intervention: IPT Comparator: KAT							
Outcomes (Time frame of absolute effect)	Absolute effects from study(ies)* (95% CI)			Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	KAT	IPT	Difference with IPT				
Remissionsrate, Efter endt behandling (Efter endt behandling)	413.0 per 1000	409.0 per 1000 (338 to 495)	4 More per 1000 (74 Fewer - 83 More)	0.99 (0.82 to 1.2)		⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HIGH	
Recidiv (relapse) (Længste follow-up (min. ½ år))	268.0 per 1000	303.0 per 1000	35 More per 1000 (115 Fewer -	1.13 (0.57 to 2.25)		⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	på grund af alvorlig risiko for bias samt upræcist

		(152 to 603)	335 More)				effekttestimat
Arbejdsfastholdelse (employment) (<i>Længste follow-up (min. ½ år)</i>)	0.0 per 1000	0.0 per 1000 (0 to 0)	0 More per 1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	0.0 (0.0 to 0.0)			Ingen evidens fundet (No evidence found)
Responsrate (respons) (<i>Efter endt behandling</i>)	552.0 per 1000	414.0 per 1000 (314 to 546)	138 More per 1000 (237 Fewer - 6 Fewer)	0.75 (0.57 to 0.99)		⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	på grund af alvorlig risiko for bias
Hospitalsindlæggelser (antal) (hospitalization) (<i>Længste follow-up (min. ½ år)</i>)	0.0 per 1000	0.0 per 1000 (0 to 0)	0 More per 1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	0.0 (0.0 to 0.0)			Ingen evidens fundet (No evidence found)
Frafald (All-cause discontinuation) (<i>Ved interventionens afslutning</i>)	397.0 per 1000	361.0 per 1000 (321 to 400)	36 More per 1000 (75 Fewer - 4 More)	0.91 (0.81 to 1.01)		⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	på grund af alvorlig risiko for bias
Selvmondsadfærd (suicidal behavior) (<i>Længste follow-up (min. ½ år)</i>)	0.0 per 1000	0.0 per 1000 (0 to 0)	0 More per 1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	0.0 (0.0 to 0.0)			Ingen evidens fundet (No evidence found)
Livskvalitet (quality of life) (<i>Længste follow-up (min. ½ år)</i>)	MEAN 58.1	MEAN 56.7	MD 1.4 (-8.4 Less to 5.6 More)			⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat
Funktionsevne (level of functioning) (<i>Længste follow-up (min. ½ år)</i>)	MEAN 2.8	MEAN 2.9	SMD 0.05 (0.32 Fewer to 0.22 More)			⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat

6 Psykoterapi ved kronisk og medicinsk svært behandlelig depression

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression af moderat til svær grad overgå til psykoterapeutisk monobehandling?

6.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression at overgå til psykoterapeutisk monobehandling (⊕○○○).

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Når der ikke ses remission af sygdom hos patienter med depression af moderat til svær grad, er det afgørende, at det sikres, at patienten er korrekt diagnosticeret og at patienten har modtaget relevante og sufficente behandlingstilbud.

Hos patienter, som er korrekt diagnosticeret og som har modtaget relevante behandlingstilbud, men som fortsat har depression af moderat til svær grad efter 2 år, kan det som anført overvejes at overgå til psykoterapeutisk monoterapi. En løbende vurdering af suicidalrisiko i den sammenhæng er af afgørende vigtighed.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression er hyppigt forekommende subgrupper blandt patienter med depression. Omkring 20 % af alle patienter med depressiv lidelse har kronisk depression, når det defineres som tilstedeværelsen af en depressiv lidelse i min. 2 år (Klein DN, 2008) (Satyanarayana S, 2009; Gilmer WS, 2005). Medicinsk svært behandlelig depression er defineret som fravær af respons ved to eller flere forskellige klasser af antidepressive monoterapier (Klein DN, 2010). Det estimeres, at op imod 35% af alle patienter med depression er svært behandlelige (Nemeroff, 2007). Det gælder generelt for området, at den relative effekt af hhv. fortsat eller ændret farmakologisk behandling og psykoterapi er svagt belyst. Arbejdsgruppen ønsker derfor bl.a. at afklare, hvorvidt patienter med kronisk og svært behandlelig depression med fordel bør skifte fra farmakologisk monobehandling til psykoterapeutisk monobehandling.

6.5 Litteratur

Evidens grundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske reviews^(69,70) hvorfra der blev brugt 2 randomiserede forsøg^(71,72), n=519. En opdateret søgning identificerede ikke yderligere studier. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

6.6 Gennemgang af evidensen

Der blev alene identificeret studier omhandlende patienter med en kronisk depressiv lidelse, og ikke om patienter med svært behandlelig depression. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der vil være et væsentligt overlap mellem de to kategorier. Studiet af Agosti et al.⁽⁷¹⁾ isolerede en gruppe af tidligt debuterende patienter med kronisk depression, n=65, der blev randomiseret til en behandling med antidepressiv medicin, KAT, IPT eller placebo. Den depressive sværhedsgrad lå omk. grænseværdien let til moderat og de inkluderede patienter havde haft en depressiv lidelse i mere end 2 år.

Studiet af Keller et al. ⁽⁷²⁾ randomiserede 681 patienter med depression til antidepressiv medikamentel behandling, cognitive behavioural analysis system of psychotherapy (cbasp) eller en kombinationsbehandling af begge. De inkluderede patienter havde enten en kronisk depressiv lidelse (varighed > 2 år), double depression (dystymi kompliceret med en egentlig depression) eller en periodisk depression uden fuld remission imellem perioderne. Den depressive sværhedsgrad var moderat til svær. Patienter skulle udtrappe af psykofarmakologisk behandling forud for opstart af den intervention man var blevet randomiseret til.

For de kritiske outcomes, remissionsrate og responsrate, var der ikke forskel på psykoterapeutisk monobehandling og farmakologisk monobehandling. Der blev ikke fundet evidens for de øvrige kritiske outcomes, livskvalitet og funktionsevne. Kvaliteten af evidensen var meget lav pga. risiko for bias, manglende overførbare samt pga. den manglende evidens for flere kritiske outcomes. For de vigtige outcomes, skadevirkninger (farmakologisk), arbejdsfastholdelse, selvmordsadfærd, hospitalsindlæggelser og frafald blev der ikke fundet nogen evidens.

6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten var meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der var ingen forskel på effekten af de to interventioner i forhold til remission og responsrate. Der er kendte skadevirkninger forbundet med brug af farmakologisk behandling.
Patientpræferencer	Der kan være præferencefølsomhed hos patienterne for såvel det at modtage terapi, som for det at skulle trappe ud af en farmakologisk behandling.

6.8 Rationale for anbefaling

I udformningen af anbefalingen lagde arbejdsgruppen vægt på, at der ikke var forskel på effekten af de to interventionsformer i forhold til respons- og remissionsrate. Det blev dertil vurderet, at området var præferencefølsomt og at de kendte skadevirkninger, der er forbundet ved brugen af farmakologisk behandling skulle vægtes ind. Anbefalingen er svag fordi kvaliteten af evidensen er meget lav.

6.9 Evidensprofil

Psychotherapy compared to Treatment as Usual for htest
Patient or population: htest
Settings:
Intervention: Psychotherapy
Comparator: Treatment as Usual

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Treatment as Usual	Psychotherapy				
Frafald (All cause discontinuation)	Study population		RR 0.92 (0.67 to 1.27)	504 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LOW	Risiko for bias samt manglende overførbarehed.
	240 per 1000	222 per 1000 (160 to 304)				
Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions)	Study population		(0.0 to 0.0)	0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
	per 1000	per 1000 (to)				
Selvordsadfærd (Suicidal behaviour)	Study population		(0.0 to 0.0)	0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
	per 1000	per 1000 (to)				
Arbejdsfastholdelse (Employment)	Study population		(0.0 to 0.0)	0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
	per 1000	per 1000 (to)				
Remissionsrate (Rate of remission)	Study population		RR 1.12 (0.84 to 1.48)	454 (1)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LOW	Risiko for bias samt manglende overførbarehed.
	283 per 1000	316 per 1000 (237 to 418)				
Response rate (Response rate)	Study population		RR 0.96 (0.79 to 1.16)	246 (2)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LOW	Risiko for bias samt manglende overførbarehed.
	463 per 1000	444 per 1000 (365 to 537)				
Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	null null (Fewer to Fewer)		0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
Livskvalitet (Quality of life) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	null null (Fewer to Fewer)		0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
Funktionsevne (aktivitet og deltagelse) (Level of functioning) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	null null (Fewer to Fewer)		0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)

7 Mindfulness-træning som tilbagefaldsforebyggelse

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør patienter med depression af moderat til svær grad, som er remitteret, tilbydes mindfulness-træning som add-on til farmakologisk behandling for at forebygge tilbagefald?

7.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde patienter med moderat til svær depression, som er remitteret, mindfulness-træning som en tilbagefaldsforebyggende intervention (⊕○○○).

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det kan være uhensigtsmæssigt at tilbyde interventionen til patienter der er i en akut depressiv episode, idet det kan være vanskeligt for sådanne patienter at profitere af interventionen.

Mindfulness-instruktører bør have den nødvendige erfaring og relevante kompetencer, samt løbende modtage supervision.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Mindfulness-træning og antidepressiv farmakologisk behandling reducerer begge risikoen for depressivt tilbagefald, men kombinationen er i mindre grad undersøgt. Arbejdsgruppen ønsker derfor bl.a. at afklare, om farmakologisk behandling med fordel kan kombineres med mindfulness-træning og derigennem medvirke til en reduceret risiko for tilbagefald hos patienter, som er remitteret efter en depression.

7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review⁽⁷³⁾ hvorfra der blev brugt 4 randomiserede studier⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾, n=449. Disse blev suppleret med 4 randomiserede forsøg⁽⁷⁸⁻⁸¹⁾ fra en opdateret søgning, n=749. Flow charts findes på sst.dk.” (Indsæt link).

7.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af mindfulness-træning i kombination med farmakologisk behandling sat overfor farmakologisk monobehandling.

Mindfulness-træningen var på tværs af alle studier manualiseret, gruppebaseret og forløb over 8 sessioner. Det var gennemgående for alle studier, at interventionen var manualiseret og at mindfulness-instruktørerne enten havde gennemgået en formel uddannelse i mindfulness-træning^(75,76,78,81) eller var erfarne terapeuter og af uvildige eksperter vurderet til at praktisere metoden på et højt fagligt niveau. Alle instruktører undergik løbende supervision og blev løbende vurderet på deres adhærens til metoden.

Alle patienter havde haft minimum 2 depressive episoder. Seks studier^(74-77,79,80) inkluderede alene depressive patienter i remission, mens 2 studier^(78,81) behandlede patienter med en depressiv episode til de opnåede remission. I 5 studier^(74,76,77,79,81) var mindfulness-træningen et add-on til farmakologisk behandling, mens 3 studier^(75,78,80) søgte at etablere en udtrappingsplan for de involverede patienter i mindfulness-gruppen efter 4-5 uger deltagelse i gruppen.

Der blev fundet effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og recidivrate, til fordel for mindfulness-træning som add-on til farmakologisk behandling. Der blev ikke fundet evidens vedrørende det tredje kritiske outcome, funktionsevne. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav pga.

manglende blinding og manglende evidens på et kritisk outcome. For de vigtige outcomes, frafald, og rumination, var der ikke effekt af mindfulness-træning som add-on.

7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten var meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Mindfulness-træning i kombination med farmakologisk behandling øger livskvaliteten og reducerer risikoen for tilbagefald sammenlignet med farmakologisk monobehandling.</p> <p>Der blev ikke fundet nogen forskel imellem de to interventioner mht. frafald.</p>
Patientpræferencer	Mindfulness-træning vurderes at være præferencefølsomt.

7.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at mindfulness-træning i kombination med farmakologisk behandling havde en positiv effekt på livskvaliteten og recidivraten. Der sås ikke et større frafald ved den ene intervention frem for den anden. Der er i arbejdsgruppen en forventning om en betydelig patientpræference i forhold til at ville tage imod mindfulness-træning som intervention. Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen var meget lav og interventionen vurderes at være præferencefølsom.

7.9 Evidensprofil

Mindfulness compared to Treatment as usual (farmakologisk behandling) for Patienter remitteret fra unipolar depression af moderat til svær grad.						
Patient or population: Patienter remitteret fra unipolar depression af moderat til svær grad.						
Settings:						
Intervention: Mindfulness						
Comparator: Treatment as usual (farmakologisk behandling)						
Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Treatment as usual (farmakologisk behandling)	Mindfulness				
Arbejdsfastholdelse (Maintaining work)	Study population per 1000	per 1000 (to)	RR 0.0 (0.0 to 0.0)	0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
Frafald (All-cause discontinuation)	Study population 131 per 1000	130 per 1000 (93 to 180)	RR 0.99 (0.71 to 1.38)	850 (6)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Manglende blinding.
Recidiv (Relapse)	Study population 528 per 1000	418 per 1000 (364 to 480)	RR 0.79 (0.69 to 0.91)	988 (7)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HIGH	
Livskvalitet (Quality of life) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	SMD 0.21 (0.4 Fewer to 0.03 Fewer)		461 (3)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERATE	Manglende blinding.
Funktionsevne (aktivitet og deltagelse) (Level of functioning) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	MD null (Fewer to Fewer)		0 (0)	⊖ ⊖ ⊖ ⊖ UNKNOWN	Ingen evidens fundet (No evidence found)
Rumination (Rumination) (Time frame of illustrative risk: Længste follow-up (min. ½ år))	mean	MD 1.32 (1.22 Fewer to 3.86 More)		32 (1)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LOW	Manglende blinding samt bredt konfidensinterval

8 Korte lav-intense terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør patienter med depression af let til moderat grad tilbydes supplerende lav-intensive terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis?

8.2 Anbefaling

↓ Anvend ikke rutinemæssigt, supplerende lav-intensive terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis, da den gavnlige effekt er usikker (⊕○○○).

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Alle patienter der diagnosticeres med en depressiv lidelse og evt. opstartes i antidepressiv behandling bør tilbydes løbende opfølgende samtaler ved den behandlingsansvarlige læge.

Lav-intense terapiforløb forankret i almen praksis må ikke stå i vejen for at patienter, som kunne have brug herfor, henvises med henblik på vurdering eller behandling i andet regi.

Den undersøgte intervention er ikke at sammenligne med den i dansk regi eksisterende ordning, hvor personer med let til moderat depression kan få tilskud til behandling hos psykolog efter lægehenvisning eller kan modtage samtaleterapi ved egen læge i almen praksis.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der findes et omfattende evidensgrundlag for, at psykoterapeutiske interventioner bør have en central rolle i behandlingen af depressiv lidelse^(26,56). Langt størstedelen af alle patienter med depression diagnosticeres og behandles ved praktiserende læge, ofte med anvendelse af antidepressiva ved moderat til svær depression. Givet det store antal patienter behandlet i almen praksis og den begrænsede effekt af antidepressiv medikamentel monobehandling ved depressiv lidelse, kunne det være relevant at undersøge om patienter kunne hjælpes yderligere i almen praksis ved inddragelse af en non-farmakologisk intervention. Arbejdsgruppen ønsker derfor at afdække effekten af korte, lav-intense samtaleforløb forankret i almen praksis i behandlingen af depressiv lidelse.

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review⁽⁸²⁾ hvorfra der blev brugt 7 randomiserede studier⁽⁸³⁻⁸⁹⁾, n=1446. Der blev i en opdateret søgning ikke fundet yderligere evidens. Flow charts findes på sst.dk. ([Indsæt link](#)).

8.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT-studier. Interventionen bestod af samtalebaseret behandling med en forankring i almen praksis sammenlignet med vanlig behandling i almen praksis. Metoden varierede hen over de inkluderede studier og kan klassificeres som hhv. problemløsningsorienteret^(83,89), humanistisk orienteret⁽⁸⁵⁾, KAT^(84,86) og guided-selvhjælps KAT⁽⁸⁸⁾. Interventionerne blev typisk varetaget af psykologer^(83,86,88,89) og psykoterapeuter^(84,85,89). Antallet af sessioner lå mellem 6 – 12 med undtagelse af et studie⁽⁸⁸⁾, der havde 3-4 konsultationer. De inkluderede patienter havde depression af let til moderat grad. Enkelte studier inkluderede patienter med dystymi^(83,89). Der blev ikke fundet studier, der undersøgte interventioner, som svarede til samtaleterapi i overenskomsten med praktiserende læger i Danmark.

Der sås ingen forskel i effekt mellem de to interventioner på 3 af de 4 kritiske outcomes, livskvalitet, remissionsrate og funktionsevne. Der blev ikke fundet evidens på det sidste kritiske outcome, responsrate. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var meget lav pga. alvorlig risiko for bias. Der sås ingen forskel i effekt mellem de to interventioner i forhold til de vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse og frafald. Der blev ikke fundet effekt på de resterende vigtige outcomes, selvmordsadfærd og hospitalsindlæggelser.

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der sås ingen forskel i effekt mellem korte lav-intensive terapiforløb i almen praksis og vanlig behandling i almen praksis. Der var ingen forskel på frafald.
Patientpræferencer	Det skønnes at patienters værdier og præferencer vil have nogen indflydelse i forhold til beslutning om et lavintensivt terapiforløb eller vanlig behandling.

8.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at lav-intense terapiforløb i tillæg til vanlig behandling i almen praksis ikke demonstrerede bedre effekt end vanlig behandling alene, hvorfor der ikke findes grund til at dette anvendes rutinemæssigt. Anbefalingen er svag, idet kvaliteten af evidensen er meget lav.

8.9 Evidensprofil

Therapy in practice compared to Usual GP care							
Patient or population:							
Settings:							
Intervention: Psychotherapy							
Comparator: Usual GP care							
Outcomes (Time frame of absolute effect)	Absolute effects from study(ies)* (95% CI)			Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Usual GP care	Cognitive-behaviour therapy	Difference with Cognitive-behaviour therapy				
Arbejdsfastholdelse (employment) (Længste follow-up (min. ½ år))	735.0 per 1000	860.0 per 1000 (676 to 1087)	125 More per 1000 (59 Fewer - 353 More)	1.17 1.17 (0.92 to 1.48)		⊕ ⊕ ⊕ ⊖ VERY LOW	på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater
Selvmoedsadfærd (suicidal behavior) (Længste follow-up (min. ½ år))	0.0 per 1000	0.0 per 1000 (0 to 0)	0 More per 1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	0.0 0.0 (0.0 to 0.0)			Ingen evidens fundet (No evidence found)
Hospitalsindlæggelser	0.0 per	0.0 per	0 More per	0.0 0.0			Ingen evidens

(antal) (hospitalization), længste follow-up (½ år) (Længste follow-up (min. ½ år))	1000	1000 (0 to 0)	1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	(0.0 to 0.0)			fundet (No evidence found)
Responsrate, Efter endt behandling (Efter endt behandling)	0.0 per 1000	0.0 per 1000 (0 to 0)	0 More per 1000 (0 Fewer - 0 Fewer)	0.0 0.0 (0.0 to 0.0)			Ingen evidens fundet (No evidence found)
Remissionsrate, Efter endt behandling (Efter endt behandling)	464.0 per 1000	469.0 per 1000 (348 to 640)	5 More per 1000 (116 Fewer - 176 More)	1.01 1.01 (0.75 to 1.38)		⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	på grund af risiko for bias
Frafald (All-cause discontinuation), ved interventions afslutning (Ved interventionens afslutning)	258.0 per 1000	253.0 per 1000 (139 to 461)	5 More per 1000 (119 Fewer - 204 More)	0.98 0.98 (0.54 to 1.79)		⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	på grund af risiko for bias
Livskvalitet (quality of life), Længste follow-up (min. ½ år) (Længste follow-up (min. ½ år))	MEAN	MEAN	MD 0.79 (3.07 Fewer to 1.49 More)			⊕ ⊕ ⊕ ⊖ VERY LOW	på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat
Funktionsevne (aktivitet og deltagelse), Længste follow-up (min. ½ år) (Længste follow-up (min. ½ år))	MEAN	MEAN	MD 0.11 (0.25 Fewer to 0.03 More)			⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	på grund af risiko for bias

*The basis for the control group absolute risks from the study(ies) is mean risk across study(ies) unless otherwise stated in comments. The intervention absolute risk and difference is based on the risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk Ratio; OR: Odds ratio, HR: Hazard ratio, MD: Mean difference, SMD: Standardized Mean Difference

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate.

9 Collaborative care

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør patienter med depression tilbydes collaborative care frem for vanlig behandling?

9.2 Anbefaling

↑ Overvej at tilbyde collaborative care til patienter med depression frem for vanlig behandling (mangler vurdering).

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Der skal altid pågå et samarbejde på tværs af sektorer når det er relevant i det konkrete patientforløb. Anbefalingen omhandler evidensen for en særlig struktureret samarbejdsmodel, og er svag fordi kvaliteten af evidensen tilsiger det.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

De fleste patienter med depressiv lidelse diagnosticeres og behandles i almen praksis. Imidlertid er diagnostik og behandling af depression vanskelig, særligt mht. indikation for og tidspunkt for påbegyndelse af medicinsk behandling, herunder korrekt dosering og varighed af behandlingen samt adgang til psykoterapi. Arbejdsgruppen ønsker derfor at afdække effekten af collaborative care sammenlignet med vanlig behandling i almen praksis. Collaborative care dækker bredt over en arbejdsmodel, hvor et flerfagligt team bestående af en praktiserende læge, en case-manager og en speciallæge i psykiatri samarbejder omkring behandlingen af patienten.

9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review ⁽⁹⁰⁾, hvorfra der blev brugt 79 randomiserede forsøg (ref). Disse blev suppleret med 6 randomiserede forsøg ⁽⁹¹⁻⁹⁵⁾ fra en opdateret søgning. Flow charts findes på sst.dk. (Indsæt link).

Note: Ved tidspunkt for høring resterer gennemgang af enkelte arbejder. Derfor er den endelige kvalitet af evidensen ikke fastlagt. Imidlertid indgår så mange artikler, at det ikke er forventningen at estimerer vil ændre sig væsentligt, hvorfor det er vurderingen at høringsparter kan forholde sig til anbefalingen.

9.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT-studier. Interventionen var collaborative care overfor vanlig behandling, hvor sidstnævnte dækker over sædvanlig praksis, som det foregår de fleste steder i dag. Collaborative care omfatter typisk kontakt mellem en case-manager fra psykiatrien og den praktiserende læge, undervisning af praktiserende læger samt mulighed for, at praktiserende læger kan få supervision hos speciallæge i psykiatri. De inkluderede patienter var i overvejende grad mellem 18 og 65 år og havde en depressionsdiagnose som den primære diagnose, herunder akut depressiv lidelse, kronisk depressiv lidelse (varighed > 2 år) eller periodisk depressiv lidelse. De inkluderede patienter kunne have komorbide somatiske sygdomme, ex. i form af astma, diabetes og KOL. Interventionen udgik fra primærsektoren og her i langt overvejende grad fra almen praksis. For omtrent halvdelen af de inkluderede studier var interventionen af en varighed af 6 mdr. eller mindre. Størstedelen af de inkluderede studier var udført i USA.

Der blev fundet effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og responsrate, til fordel for collaborative care. Effekten på livskvalitet var statistisk signifikant, men af en størrelse der formentlig ikke er klinisk relevant.

For det tredje kritiske outcome, selvmordsadfærd, sås der ingen forskel imellem de to interventioner. For de vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse, hospitalsindlæggelser og frafald sås ingen forskel imellem de to interventioner.

Dette kapitel vil efter høringsperioden gennemgå en mindre opdatering af evidensgrundlaget. Opdateringen forventes ikke at ændre på anbefalingens styrke eller ordlyd.

9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	[Endnu ikke afklaret – formentlig lav til moderat]
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der ses gavnlig effekt af collaborative care i forhold til responsrate og livskvalitet. Der skønnes ikke at være skadevirkninger forbundet med collaborative care sammenholdt med vanlig behandling, der ses ingen forskel på frafald.
Patientpræferencer	Det vurderes at de fleste patienter vil være interesseret i at blive tilbudt behandling under en collaborative care model.
Andre overvejelser	Collaborative care modellen fordrer at der stilles ressourcer til rådighed for en case-manager og organisatoriske tilpasninger i form af et tæt samarbejde mellem den praktiserende læge og en speciallæge i psykiatri.

9.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at collaborative care havde effekt på responsrate og livskvalitet. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der var en forventning om, at de fleste patienter med en depression vil tage imod tilbud om collaborative care. Anbefalingen er svag, fordi kvaliteten af evidensen var [lav til moderat].

9.9 Evidensprofil

Collaborative care compared to Treatment as usual for NKR depression PICO 10 collaborative care vs TAU anden litt ekstra analyser							
Patient or population: NKR depression PICO 10 collaborative care vs TAU anden litteratur ekstra analyser							
Intervention: Collaborative care							
Comparator: Treatment as usual							
Outcomes <i>(Time frame of absolute effect)</i>	Absolute effects from study(ies)* (95% CI)			Relative effect 95% CI	No of Participants (studies), follow-up	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Treatment as usual	Collaborative care	Difference with Collaborative care				
Arbejdsfastholdelse,	688.0 per	743.0 per	55 More per	1.08			

længste FU <i>(længste FU)</i>	1000	1000 (626 to 880)	1000 (62 Fewer - 193 More)	(0.91 to 1.28)			
Selvordsadfærd, længste FU <i>(Længste FU)</i>	5.0 per 1000	5.0 per 1000 (1 to 12)	0 More per 1000 (3 Fewer - 8 More)	0.92 (0.34 to 2.5)			
Hospitalsindlæggelser, Længste FU <i>(Længste FU)</i>	301.0 per 1000	316.0 per 1000 (258 to 385)	15 More per 1000 (42 Fewer - 84 More)	1.05 (0.86 to 1.28)			
Frafald, interventions afslutning <i>(Interventions</i> <i>afslutning)</i>	185.0 per 1000	181.0 per 1000 (166 to 196)	4 More per 1000 (19 Fewer - 11 More)	0.98 (0.9 to 1.06)			
Hospitalsindlæggelse, Længste FU <i>(Længste FU)</i>	MEAN	MEAN	MD 2.2 (4.2 More to 0.2 Fewer)				
Responsrate, Efter endt behandling <i>(Efter endt behandling)</i>	388.0 per 1000	508.0 per 1000 (453 to 574)	120 More per 1000 (66 More - 186 More)	1.31 1.31 (1.17 to 1.48)			
Livskvalitet (mental)	MEAN	MEAN	SMD 0.19 (0.06 Fewer to 0.32 Fewer)				
Livskvalitet (fysisk)	MEAN	MEAN	SMD 0.1 (0.02 Fewer to 0.17 Fewer)				

10 Referenceliste

- (1) RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin). Behandlingsvejledning inklusiv lægemiddelrekommandation for medicinsk behandling af unipolar depression. 2015.
- (2) World Health Organization. Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. i.e. ny udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark, 2006.
- (3) Webb LJ. DSM-III training guide : For use with the American Psychiatric Association's diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition). New York, N.Y.: Brunner/Mazel, Publishers, 1981.
- (4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R. 3. ed. rev., 7. printing ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1990.
- (5) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. 4. ed. ed. Washington: American psychiatric association, 1994.
- (6) American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed., text rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
- (7) Bech P, Lucas R, Amir M, Bushnell D, Martin M, Buesching D, et al. Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO study. Psychol Med 2003;33(6):1051-1059.
- (8) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294(16):2064-2074.
- (9) Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(4)-2005.
- (10) Depression. The treatment and management of depression in adults. : National Collaborating Centre for Mental Health, 2009 (NGC: 007598).
- (11) Keshavarz H, Fitzpatrick-Lewis D, Streiner DL, Maureen R, Ali U, Shannon HS, et al. Screening for depression: a systematic review and meta-analysis. CMAJ open 2013;1(4):E159-67.
- (12) Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am J Psychiatry 1999;156(7):1000-1006.
- (13) Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, et al. Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ Canadian Medical Association Journal 2013;185(9):775-782.
- (14) Howland RH. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D). Part 2: Study outcomes. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2008;46(10):21-24.

- (15) Mura G, Moro MF, Patten SB, Carta MG. Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: A systematic review. *CNS Spectrums* 2014;19(6):496-508.
- (16) Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo ME. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2002;180:411-415.
- (17) Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159(19):2349-2356.
- (18) de la Cerda P, Cervello E, Cocca A, Viciano J. Effect of an aerobic training program as complementary therapy in patients with moderate depression. *Percept Mot Skills* 2011;112(3):761-769.
- (19) Mota-Pereira J., Silverio J., Carvalho S., Ribeiro JC., Fonte D., Ramos J. Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res* 2011;45(8):1005-11.
- (20) Pihu A, Sorba M, Hardoy MC, Floris AL, Mannu F, Seruis ML, et al. Efficacy of physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorders: preliminary results. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 2007;3:8.
- (21) Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Fleck MP. The impact of exercise on Quality of Life within exercise and depression trials: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity* 2011;4(2):43-48.
- (22) Veale D, Le Fevre K, Pantelis C, de Souza V, Mann A, Sargeant A. Aerobic exercise in the adjunctive treatment of depression: a randomized controlled trial. *J R Soc Med* 1992;85(9):541-544.
- (23) Daley AJ, Blamey RV, Jolly K, Roalfe AK, Turner KM, Coleman S, et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a facilitated exercise intervention as a treatment for postnatal depression: the PAM-PeRS trial. *Psychol Med* 2015;45(11):2413-25.
- (24) Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: A randomized pilot trial. Elsevier. 2015:177.
- (25) Pfaff JJ, Alfonso H, Newton RU, Sim M, Flicker L, Almeida OP. ACTIVEDEP: a randomised, controlled trial of a home-based exercise intervention to alleviate depression in middle-aged and older adults. *Br J Sports Med* 2014;48(3):226-232.
- (26) Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine / Public Library of Science* 2013;10(5):e1001454.
- (27) Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2008;22(4):343-396.
- (28) Blackburn IM, Eunson KM, Bishop S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986;10(1):67-75.

- (29) Bellino S., Zizza M., Rinaldi C., Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2006;51(7):453-60.
- (30) Blom MB., Jonker K., Dusseldorp E., Spinhoven P., Hoencamp E., Haffmans J., et al. Combination treatment for acute depression is superior only when psychotherapy is added to medication. *Psychother Psychosom* 2007;76(5):289-97.
- (31) de Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64(2-3):217-229.
- (32) Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD, Wiemer MJ, Garvey MJ, Grove WM, et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(10):774-781.
- (33) Macaskill N, Macaskill A. Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cognitive Therapy and Research* 1996;20(6):575-592.
- (34) Maina G, Rosso G, Bogetto F. Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *J Affect Disord* 2009;114(1-3):200-207.
- (35) Maina G, Rosso G, Rigardetto S, Chiado Piat S, Bogetto F. No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychother Psychosom* 2010;79(5):295-302.
- (36) Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six- and twelve-month follow-up. *Am J Psychiatry* 1989;146(10):1274-9.
- (37) Schramm E, Schneider D, Zobel I, van Calker D, Dykieriek P, Kech S, et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *J Affect Disord* 2008;109(1-2):65-73.
- (38) Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007;164(5):768-777.
- (39) Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(1):43-48.
- (40) Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS. The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):184-6.
- (41) Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(1):51-55.
- (42) Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder a randomized clinical trial. *American Medical Association*. 2014Senest hentet: 10-71.
- (43) Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *SAGE Publications Ltd*. 2015Senest hentet: 3-49.

- (44) Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: Results of the CoBaT randomised controlled trial. Elsevier Limited (32 Jamestown Road, London NW1 7BY, United Kingdom). 2013Senest hentet: 9864-381.
- (45) Zu S, Xiang YT, Liu J, Zhang L, Wang G, Ma X, et al. A comparison of cognitive-behavioral therapy, antidepressants, their combination and standard treatment for Chinese patients with moderate-severe major depressive disorders. *J Affect Disord* 2014;152-154:262-267.
- (46) Effective therapies or effective mechanisms in treatment guidelines for depression?. Blackwell Publishing Inc. (350 Main Street, Malden MA 02148, United States). 2013Senest hentet: 11-30.
- (47) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. 20147.
- (48) Growing evidence for psychodynamic therapy for depression. WA White Inst; US. 2014Senest hentet: 1-2-50.
- (49) Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):376-385.
- (50) Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. Public Library of Science (185 Berry Street, Suite 1300, San Francisco CA 94107, United States). 2013Senest hentet: 6-8.
- (51) Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003;182:412-419.
- (52) Gallagher-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1994;62(3):543-9.
- (53) Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(3):385-390.
- (54) Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2013;170(9):1041-1050.
- (55) The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. Blackwell Publishing Ltd (9600 Garsington Road, Oxford OX4 2XG, United Kingdom). 2013Senest hentet: 2-12.
- (56) Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):581-592.
- (57) Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen S, Simonsen E, Gluud C. Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychol Med* Jul 2012;42(7):1343-1357.

- (58) Effects of Coping-Oriented Couples Therapy on Depression: A Randomized Clinical Trial. American Psychological Association Inc. 2008 Senest hentet: 6-76.
- (59) Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46(11):971-82; discussion 983.
- (60) Imber SD, Pilkonis PA, Sotsky SM, Elkin I, Watkins JT, Collins JF, et al. Mode-specific effects among three treatments for depression. J Consult Clin Psychol 1990;58(3):352-359.
- (61) Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. Br J Psychiatry 2007;190:496-502.
- (62) Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiatry 1992;49(10):782-787.
- (63) Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 1990;147(6):711-718.
- (64) Sotsky SM., Glass DR., Shea MT., Pilkonis PA., Collins JF., Elkin I., et al. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 1991;148(8):997-1008.
- (65) Lemmens, L. H. J. M, Arntz A, Peeters F, Hollon SD, Roefs A, Huibers MJH. Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: Results of a randomized controlled trial. Psychol Med Jul 2015;45(10):2095-2110.
- (66) A randomized controlled trial of IPT versus CBT in primary care: with some cautionary notes about handling missing values in clinical trials. 2012 Senest hentet: 2-19.
- (67) Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. Elsevier (P.O. Box 211, Amsterdam 1000 AE, Netherlands). 2013 Senest hentet: 2-150.
- (68) Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. 2014 167.
- (69) Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2010;30(1):51-62.
- (70) Psychotherapy, antidepressants, and their combination for chronic major depressive disorder: A systematic review. Canadian Psychiatric Association (141 Laurier Avenue West, Suite 702, Ottawa, ON K1P 5J3, Canada). 2013 Senest hentet: 7-58.
- (71) Agosti V, Ocepek-Welikson K. The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Affect Disord 1997;43(3):181-186.

- (72) Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342(20):1462-1470.
- (73) Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Sage Publications; US. 2013 Senest hentet: 2-18.
- (74) Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010;48(8):738-746.
- (75) Kuyken W., Byford S., Taylor RS., Watkins E., Holden E., White K., et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):966-78.
- (76) Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(1):31-40.
- (77) Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615-23.
- (78) "Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse": Correction to Bieling et al. (2012). American Psychological Association; US. 2012 Senest hentet: 3-80.
- (79) Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. Elsevier. 2015 187.
- (80) Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. Lancet Publishing Group. 2015 Senest hentet: 9988-386.
- (81) Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. 2014 Senest hentet: 8-48.
- (82) Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine* 2015;13(1):56-68.
- (83) Barrett JE, Williams JW, Jr, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 2001;50(5):405-412.
- (84) Corney R, Simpson S. Thirty-six month outcome data from a trial of counselling with chronically depressed patients in a general practice setting. *Psychol Psychother* 2005;78(Pt 1):127-138.
- (85) MacPherson H, Richmond S, Bland M, Brealey S, Gabe R, Hopton A, et al. Acupuncture and counselling for depression in primary care: a randomised controlled trial. *PLoS Medicine / Public Library of Science* 2013;10(9):e1001518.

- (86) Scott AI, Freeman CP. Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ* 1992;304(6831):883-887.
- (87) Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess* 2000;4(19):1-83.
- (88) Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. Public Library of Science (185 Berry Street, Suite 1300, San Francisco CA 94107, United States). 2013Senest hentet: 1-8.
- (89) Williams JW,Jr, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284(12):1519-1526.
- (90) Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:006525.
- (91) Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. Elsevier. 2014166.
- (92) Collaborative late-life depression care management in urban China primary care. Wiley-Blackwell. 20124.
- (93) A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. Elsevier (P.O. Box 211, Amsterdam 1000 AE, Netherlands). 2013Senest hentet: 3-146.
- (94) The effects of care management on depression treatment in a psychiatric clinic: A randomized controlled trial. John Wiley and Sons Ltd (Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, United Kingdom). 2013Senest hentet: 10-28.
- (95) Italian study on a Collaborative Care program for primary care attenders with depressive disorders. Elsevier Inc. 2013Senest hentet: 6-74.

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 på PICO-form
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelser og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 11:	Forkortelser og begreber

[OBS: Indsæt link til disse bilag relevante steder i retningslinjen]

Bilag 1: Baggrund (*max 1 side*)

I den gældende ICD-10-klassifikation defineres unipolar depression som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden, næsten hver dag, i de sidste 14 dage. Symptomerne strækker sig fra lettere nedtrykthed til svære symptomer, der kan være hindrende for et almindeligt hverdagsliv. De almindelige forekommende symptomer er tristhed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthedsgrad, nedsat selvtillid, selvbeprejuder eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro eller motorisk hæmning, søvnbesvær og appetitforstyrrelser. Sværhedsgraden af en depression klassificeres som mild, moderat eller svær alt efter antal og intensitet af symptomer. Varigheden af en depression er oftest 3-12 måneder.

Unipolar depression er den hyppigst forekommende lidelse inden for det affektive spektrum. Livstidsrisikoen for at udvikle en depression skønnes at være ca. 17-18 %, og over et år vil forekomsten af depression i befolkningen være ca. 5-7 % svarende til mellem 280.000-392.000 personer. Det vurderes, at 61.000 voksne debuterer med depression årligt i Danmark. Generelt er forekomsten højere hos kvinder end hos mænd. Mere end halvdelen af dem, der har oplevet en depression, vil opleve endnu en depressiv episode, og 10-30 % skønnes at være i risiko for at udvikle en kronisk tilstand med vedvarende eller flere tilbagevendende episoder. Risikoen for nye depressive episoder øges med antallet af tidligere depressioner. Tilstedeværelsen af en depression kan være forbundet med social isolation med store sociale konsekvenser for den enkelte og nedsat livskvalitet til følge. Hertil kommer, at depression ofte optræder samtidig med anden psykisk lidelse, herunder ofte angstsymptomer, og at nogle mennesker med depression desuden har et komorbidt misbrug eller anden risikoadfærd, der øger risikoen for udvikling af somatiske lidelser. Herudover er der en øget forekomst af selvmord blandt mennesker med unipolar depression sammenlignet med almenbefolkningen. Behandlingen af unipolar depression varetages på tværs af sektorer og inden for såvel det almenmedicinske speciale som det psykiatriske speciale. Langt de fleste behandles i praksissektoren, og opgørelser har vist, at 4 ud 10 patienter i psykiatrisk speciallægepraksis har en depression. Depression udgør således en betydelig sygdomsbyrde med såvel store personlige omkostninger for den enkelte som store samfundsmæssige samt samfundsøkonomiske udfordringer. Hertil kommer, at der er store variationer på tværs af landet i forhold til diagnostik med såvel over- som underdiagnostik til følge, ressourceforbrug og behandlingstilbud.

Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har udarbejdet en national behandlingsvejledning med primært fokus på farmakologisk behandling af unipolar depression, hvorfor denne NKR afgrænses til ikke farmakologiske interventioner. Retningslinjen afgrænser sig yderligere fra biologiske non-farmakologiske interventioner, f.eks. elektro-konvulsiv terapi (ECT), transkraniel magnetstimulation (TMS) og vagus nerve stimulation (VNS). På denne baggrund ønsker Sundhedsstyrelsen at give evidensbaserede anbefalinger for behandling med ikke-farmakologiske interventioner, såvel som supplement til den farmakologiske behandling som enkeltstående behandlingsstrategi. Herved skal den nationale kliniske retningslinje understøtte relevante tilbud om ikke-farmakologisk behandling af ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

Bilag 2: Implementering

Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression 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 samstemmes 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. 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 vigtige aktører 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. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger kan spille en rolle heri.

Sundhedsstyrelsen ønsker endvidere at understøtte implementeringen og har i foråret 2014 publiceret en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen 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 evidensgraduering og anbefalingens styrke. Herudover er det under udvikling, at man kan tilgå de nationale kliniske retningslinjer fra smartphones og tablets.

Bilag 3: Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Dansk Depressions Database (DDD) er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase, som skal overvåge og forbedre kvaliteten af behandling og pleje til alle patienter som er indlagt eller tilknyttet hospitalspsykiatrien i Danmark. De specificerede indikatorer i DDD er imidlertid ikke anvendelige i en evaluering af hvorvidt retningslinjen følges. Det skønnes heller ikke, at data fra henholdsvis Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret vil kunne anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges.

Det anbefales derfor, 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

Evidens inden for behandling af udvalgte non-farmakologiske behandlingsinterventioner målrettet patienter med depression i varierende grad, der lever op til GRADE-systemets kvalitetskriterier, er sparsom.

Nedenfor oplistes Sundhedsstyrelsens forslag til forskningsområder inden for non-farmakologisk behandling af unipolar depression:

- Der kan med fordel igangsættes procesforskning, som undersøger hvilke komponenter, der har effekt i samtalebaseret psykoterapi, herunder hvad virker i de komplekse interventioner, hvad er de aktive komponenter?
- Der er evidens fra meta-analyser for vedvarende kognitive vanskeligheder såsom hukommelses- og koncentrationsbesvær også efter remission fra depression (e.g. Bora et al, Psychol Medicine, 2013, Rock et al, Psychol Medicine, 2013), og adskillige studier har påvist negative konsekvenser af disse kognitive vanskeligheder på patienternes arbejdsfunktion, livskvalitet og prognose (e.g. Jaeger et al 2006, Greer et al 2010, McIntyre et al 2013). Der bør derfor forskes i nye psykologiske og farmakologiske behandlingstilbud for kognitive vanskeligheder ved depression, hvilket vil kunne øge funktionel recovery efter depression.
- Risikoen for tilbagefald er øget for patienter, der ikke opnår fuld remission. Residualsymptomer, herunder de kognitive funktioner, bør undersøges yderligere for deres betydning for risikoen for tilbagefald.
- Det er fortsat usikkert om det typiske varighed af samtalebaseret psykoterapi er tilstrækkelig i forhold til at sikre varig bedring. Yderligere forskning i forhold til dosis-respons sammenhænge ved samtalebaseret psykoterapi saynes.
- Størstedelen af evidensen arbejder ud fra et syndromalt recovery perspektiv. Der mangler viden om betydningen af hhv. syndromal versus funktionel recovery.
- Der er brug for mere viden omkring betydningen af aktiv inddragelse af patienters netværk, herunder hvordan og hvor meget.
- De er et behov for psykoterapeutiske forløbsundersøgelser, der beskæftiger sig med langtidsvirkningerne ved psykoterapeutisk interventioner.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

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

Arbejdsgruppen havde ved indledningen af arbejdet formuleret 10 fokuserede spørgsmål, men retningslinjen besvarer kun 9 spørgsmål. Et spørgsmål, som omhandlede par- og netværksterapi er udgået, da litteraturen på området på ingen måde var dækkende for det tilsigtede formål med spørgsmålet, og en anbefaling på baggrund af den fundne litteratur derfor blev vurderet at være meningsløs.

Fortolkning af effektestimater

Effektestimater er vurderet statistisk signifikante, hvis $p < 0,05$. Signifikansniveauet kan også aflæses ud fra, hvorvidt 95 % konfidensintervallet indeholder værdien for ingen effekt. For effektmålene relativ risiko og odds ratio vil dette være 1, mens det for gennemsnitlige forskelle og standardiserede gennemsnitlige forskelle vil være 0. Effektestimater er også vurderet med hensyn til, om de er klinisk relevante. Outcomemål, der indebar et antal overspisninger og opkastninger, er vurderet klinisk relevante, når forskellen i reduktionen i bulimisk adfærd var så stor, at der vurderedes at være en klar helbredsmæssig fordel for patienten ved den ene interventionsform frem for den anden.

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, 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.
- Klinikeren 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.
- Klinikerne 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 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 non-farmakologisk behandling af unipolar depression består af følgende personer:

- Ane Bonnerup Vind (formand for arbejdsgruppen), overlæge, Sundhedsstyrelsen
- Poul Erik Buchholtz, ledende overlæge, afdelingen for depression og angstlidelser, Aarhus Universitetshospital, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Ellen Margrethe Christensen, overlæge, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Annette Sofie Davidsen, speciallæge i almen medicin. Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Ilone Brit Dolmer, udviklingspsygeplejerske, Aalborg Universitetshospital, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Torben Lindskov Hansen, overlæge, Psykiatrisk Center København, udpeget af Depressionsforeningen som brugerrepræsentant
- Lene Nyboe Jacobsen, fysioterapeut, Institut for Klinisk Medicin, Region Midtjylland, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Hans Mørch Jensen, overlæge, Psykiatrisk Center København, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Kamilla Miskowiak, seniorforsker og psykolog, Kompetencecenter for Affektive Lidelser, Psykiatrisk Center København, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Stine Bjerrum Møller, specialpsykolog, Psykiatrisk Center Nordsjælland, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Henrik Nordentoft, speciallæge i almen medicin, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Christina Schacht-Magnussen, privatpraktiserende psykolog, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Poul Videbech, overlæge, Psykiatrisk Center Glostrup, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Louise Dahl Wulff, psykolog, Skovvænget, Regions Hovedstaden, udpeget af Depressionsforeningen som brugerrepræsentant

Fagkonsulenten Nicolai Ladegaard 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 non-farmakologisk behandling af unipolar depression består af følgende personer:

- Ane Bonnerup Vind (formand for arbejdsgruppen), overlæge, Sundhedsstyrelsen
- Steen Andersen, generalsekretær, Landsforeningen for spiseforstyrrelser og selvskade, udpeget af Danske Patienter
- Frederik Brejl, næstformand, udpeget af Depressionsforeningen
- Jens Peter Dam Eckardt, chefanalytiker, udpeget af Bedre Psykiatri
- Maj Fjordside, konsulent, udpeget af KL
- Andrea Hermansen, medlem af LAP's landsledelse, udpeget af Landsforeningen for tidligere og nuværende psykiatribrugere (LAP)
- Knud Kristensen, landsformand, udpeget af SIND
- Anne Lindhardt, formand, udpeget af Psykiatrifonden
- Thomas Pelman, overlæge, udpeget af Region Syddanmark
- Marie Bussey Rask, seniorkonsulent, udpeget af Danske Regioner
- Sarah Bang Refberg, fuldmægtig, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet
- Søren Riemann, kontorchef, Aalborg Universitetshospital, udpeget af Region Nordjylland
- Agnes Ringer, psykolog, Lyngby-Taarbæk Kommune, udpeget af KL
- Elisabeth Tehrani, overlæge, Ambulatorium for mani og depression, Aarhus Universitetshospital, udpeget af Region Midtjylland
- Peter Treufeldt, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri, udpeget af Region Hovedstaden

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Annette Wittrup Enggaard, projektleder fra december 2015, Sundhedsstyrelsen
- Karsten Juhl Jørgensen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Nicolai Ladegaard, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Malene Kristine Nielsen, projektleder frem til november 2015, Sundhedsstyrelsen
- Karen Tølbøl Sigaard, søgekonsulent

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression har forud for udgivelsen været sendt i høring på den offentlige høringsportal, og direkte blandt følgende høringsparter:

- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Lægevidenskabelige Selskaber - LVS
- Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere
- Bedre Psykiatri
- Psykiatrifonden
- DepressionsForeningen
- Landsforeningen SIND
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- KL
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Esben Hougaard, psykolog og professor, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
- Helle Schøyen, overlæge, Psykiatrisk Divisjon, Stavanger Universitetssjukehus

Bilag 10: Forkortelser og begreber

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

HØRNING