



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR  
NON-FARMAKOLOGISK BEHANDLING AF UNIPOLAR  
DEPRESSION

2016

## **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

Publiceret 27. maj 2016

Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7104-771-4

# Indhold

<b>0</b>	<b>Indledning</b>	<b>7</b>
0.1	Formål	7
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	7
0.3	Målgruppe/brugere	7
0.4	Emneafgrænsning	8
0.5	Patientperspektivet	9
0.6	Juridiske forhold	9
<b>1</b>	<b>Tidlig opsporing</b>	<b>11</b>
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	12
1.6	Arbejdsgruppens overvejelser	12
1.7	Rationale for anbefaling	12
<b>2</b>	<b>Fysisk træning</b>	<b>13</b>
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	14
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	14
2.8	Rationale for anbefaling	14
2.9	Evidensprofil	14
<b>3</b>	<b>Psykoterapi i kombination med farmakologisk behandling</b>	<b>16</b>
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
<b>4</b>	<b>Korttids psykodynamisk psykoterapi eller kognitiv adfærdsterapi?</b>	<b>20</b>
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	20
4.2	Anbefaling	20
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	20
4.5	Litteratur	20
4.6	Gennemgang af evidensen	21
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	21
4.8	Rationale for anbefaling	21
4.9	Evidensprofil	22
<b>5</b>	<b>Interpersonel psykoterapi vs. kognitiv adfærdsterapi</b>	<b>24</b>
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	24
5.2	Anbefaling	24
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	24
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	24

5.5	Litteratur	24
5.6	Gennemgang af evidensen	25
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	25
5.8	Rationale for anbefaling	25
5.9	Evidensprofil	26
<b>6</b>	<b>Psykoterapi ved kronisk og medicinsk svært behandlelig depression</b>	<b>28</b>
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	28
6.2	Anbefaling	28
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
6.5	Litteratur	29
6.6	Gennemgang af evidensen	29
6.7	Arbejdsgruppens overvejelser	29
6.8	Rationale for anbefaling	30
6.9	Evidensprofil	30
<b>7</b>	<b>Mindfulness-træning som tilbagefaldsforebyggelse</b>	<b>32</b>
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	32
7.2	Anbefaling	32
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	32
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	32
7.5	Litteratur	32
7.6	Gennemgang af evidensen	32
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	33
7.8	Rationale for anbefaling	34
7.9	Evidensprofil	35
<b>8</b>	<b>Støttende samtaler/ samtalerapi i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis</b>	<b>37</b>
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	37
8.2	Anbefaling	37
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	37
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	37
8.5	Litteratur	37
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	37
8.7	Rationale for anbefaling	38
<b>9</b>	<b>Collaborative care</b>	<b>39</b>
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	39
9.2	Anbefaling	39
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	39
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	39
9.5	Litteratur	39
9.6	Gennemgang af evidensen	39
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	40
9.8	Rationale for anbefaling	40
9.9	Evidensprofil	41
<b>10</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>43</b>
<b>11</b>	<b>Bilag</b>	<b>62</b>
	<b>Bilag 1: Baggrund</b>	<b>63</b>
	<b>Bilag 2: Implementering</b>	<b>65</b>
	<b>Bilag 3: Monitorering</b>	<b>66</b>
	<b>Bilag 4: Opdatering og videre forskning</b>	<b>67</b>

<b>Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode</b>	<b>69</b>
<b>Bilag 6: Fokuserede spørgsmål</b>	<b>70</b>
<b>Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>	<b>71</b>
<b>Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger</b>	<b>75</b>
<b>Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>	<b>77</b>
<b>Bilag 10: Forkortelser og begreber</b>	<b>80</b>

## 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](#).

### 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 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 i kombination med vanlig behandling (⊕⊕○○).

↑↑ Tilbyd psykoterapi i kombination med 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 grundlag for forskel i effekt i en direkte sammenligning (⊕○○○).

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

### *Kronisk depression og tilbagefaldsforebyggelse*

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

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

### *Behandling i primær sektor*

√ Det er god praksis at overveje at tilbyde støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge til patienter med depression.

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

# 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 <sup>(1)</sup>, hvorfor denne NKR afgrænses herfra. På denne baggrund ønsker Sundhedsstyrelsen at give evidensbaserede anbefalinger for behandling med non-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 distriktspsykiatriske centre samt på psykiatriske afdelinger. Sundhedsstyrelsen ønsker at understrege at depression, ligesom andre psykiske lidelser, ikke lader sig lindre eller helbrede uden patientens aktive inddragelse og medvirken i behandlingen og uden samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. Samtidig må medinddragelse af patienternes pårørende aktivt søges under alle faser af behandlingen.

## 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 <sup>(2)</sup>, 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 <sup>(3)</sup>, DSM-III-R <sup>(4)</sup>, DSM-IV <sup>(5)</sup> eller nyere versioner <sup>(6)</sup>. Ved mistanke om depressiv symptomatologi bør udredning for depression bygge på en grundig psykiatrisk og somatisk anamnese samt en klinisk psykiatrisk undersøgelse i henhold til ICD-10 med henblik på identifikation af andre psykiske lidelser samt anden komorbiditet som fx alkoholmisbrug eller misbrug af psykoaktive stoffer <sup>(7)</sup>.

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 sværhedsgrader (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-farmakologiske 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 den 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 i kombination med vanlig behandling?
- Bør patienter med depression af moderat til svær grad behandles med psykoterapeutisk samtalebehandling i kombination med 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 i kombination med farmakologisk behandling for at forebygge tilbagefald?
- Bør patienter med depression af let til moderat grad tilbydes samtalerapi 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 retningslinjen 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 og 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 tre 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](#).

## 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 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.

Ved mistanke om depressiv symptomatologi bør udredning for depression bygge på en grundig psykiatrisk og somatisk anamnese samt en klinisk psykiatrisk undersøgelse i henhold til ICD-10 med henblik på identifikation af andre psykiske lidelser samt anden komorbiditet som fx alkoholmisbrug eller misbrug af psykoaktive stoffer <sup>(7)</sup>.

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 <sup>(8,9)</sup>. 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 <sup>(10)</sup>.

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 <sup>(11-13)</sup>. Én sådan risikogruppe er patienter med en tidligere depression, der selvstændigt og i særlig grad øger risikoen for endnu en episode <sup>(14)</sup>.

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<sup>(13)</sup>, der lå til grund for en canadisk guideline omhandlende de gavnlige og skadelige effekter af screening for depression blandt voksne<sup>(15)</sup>. 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](http://sst.dk). Den canadiske guideline<sup>(15)</sup> 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.

## 1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	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.
<b>Patientpræferencer</b>	Der skønnes at være patientpræference overvejende imod at indgå i systematisk tidlig opsporing.

## 1.7 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 i kombination med vanlig behandling?

### 2.2 Anbefaling

↑ **Overvej at tilbyde fysisk træning til patienter med let til moderat depression i kombination med 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. Samtidig vil en væsentlig del af behandlingen bestå i at facilitere og støtte op om motivationen hos patienterne. 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 sundhedsfagligt personale 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 lidelse at behandle. Kun ca. en tredjedel af patienter med depression opnår remission ved det først afprøvede antidepressivum og en betydelig gruppe viser sig ikke at opnå respons ved behandling med flere forskellige typer antidepressiv medicin <sup>(16)</sup>. 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 <sup>(17)</sup>, hvorfra der blev brugt 9 sammenligninger fra 7 randomiserede kontrollerede studier (RCT) <sup>(18-24)</sup>, n=496. Disse blev suppleret med 3 RCT <sup>(25-27)</sup> fra en opdateret søgning, n=336. Evidensgrundlaget er således 10 RCT publiceret i 12 artikler, n=832. Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

## 2.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var RCT, der sammenlignede træning i kombination med farmakologisk behandling overfor farmakologisk 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 <sup>(23)</sup> anvendte aerob træning. Ét studie kombinerede pulstræning med styrketræning <sup>(26)</sup>. To studier inkluderede indlagte patienter <sup>(18,27)</sup>, mens to andre studier fokuserede på ambulante patienter <sup>(21,22)</sup>. 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

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Træning som tillæg til farmakologisk behandling havde effekt på responsrate. Der blev ikke fundet forskel i frafald imellem de to interventioner.
<b>Patientpræferencer</b>	Deltagelse i fysisk træning skønnes at være præferencefølsomt.

## 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 er meget lav.

## 2.9 Evidensprofil

Fysisk træning i kombination med vanlig behandling sammenlignet med vanlig behandling							
<b>Population:</b> Patienter med let til moderat depression							
<b>Intervention:</b> Fysisk træning i kombination med vanlig behandling							
<b>Sammenligning:</b> Vanlig behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Fysisk træning som add on	Forskel				
Farmakologisk behandling (Pharmaceutic)							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.

<b>al treatment)</b> (Længeste follow-up (FU) min ½ år)							
<b>Remissions-rate (Remission)</b> (Endt behandling)	458,0 per 1000	550,0 per 1000 (416 til 723)	92 flere per 1000 (41 færre - 266 flere)	1,2 (0,91 til 1,58)	368(5) <sup>(19-21,25,27)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Kritisk outcome. Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias samt upræcise effekt-estimerer.
<b>Arbejds-fastholdelse (Employment)</b> , (Længeste FU min. ½ år.)							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Responstrate (Response)</b> , (Efter endt behandling)	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)	313(4) <sup>(18,21,26,27)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MODERAT	Vigtigt outcome. Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Frafald (All-cause discontinuation)</b> , (Efter endt behandling)	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)	622(9) <sup>(18,19,21,22,24-28)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Vigtigt outcome. Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias samt på grund af alvorlig upræcise effekt-estimerer.
<b>Livskvalitet (Quality of life)</b> , (Endt behandling)			SMD 0,13 (0,18 mindre til 0,44 mere)		163(2) <sup>(19,25)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MODERAT	Kritisk outcome. Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Funktionsevne (aktivitet og deltagelse), (Level of functioning)</b> (Længste FU, min. ½ år)			SMD 2,3 (0,05 mindre til 4,65 mere)		137(3) <sup>(21,22,25)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV	Kritisk outcome. Nedgradering på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig publikationsbias.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.  KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  <b>Moderat:</b> 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.  <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.  <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							



## 3 Psykoterapi i kombination med farmakologisk behandling

### 3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med depression af moderat til svær grad tilbydes psykoterapeutisk samtalebehandling i kombination med farmakologisk behandling?

### 3.2 Anbefaling

↑↑ Tilbyd psykoterapi i kombination med 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 i forhold til psykoterapeutisk metode bør så vidt muligt imødekommes.

Det bør sikres, at tilbuddet om 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 lidelsens sværhedsgrad 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 <sup>(29,30)</sup>. 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 <sup>(31)</sup>, hvorfra der blev brugt 13 randomiserede studier <sup>(32-44)</sup>, n=511. Disse blev suppleret med 4 randomiserede studier <sup>(45-47)</sup> fra en opdateret søgning, n=1019. Evidensgrundlaget er således 17 randomiserede forsøg, n=1530. Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

### 3.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede kontrollerede studier. Interventionen bestod af psykoterapi i kombination med farmakologisk behandling. De inkluderede psykoterapeutiske behandlingsmodaliteter var KAT <sup>(35,36,39,41,42)</sup>, IPT <sup>(32,33,40,43,44)</sup> eller korttidspsykoterapeutisk psykoterapi <sup>(34,37,38)</sup>. Kombinationsbehandlingen blev holdt op over for kontrolinterventionen, der bestod af antidepressiv farmakologisk

monobehandling. Den psykoterapeutiske behandlingsvarighed varierede imellem studierne fra 12 sessioner <sup>(48)</sup> og op til 19 måneder med ugentlige konsultationer <sup>(45)</sup>. Den psykoterapeutiske behandling var individuel med undtagelse af ét studie, der leverede interventionen i et gruppeformat <sup>(46)</sup>. 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 <sup>(37,43)</sup> og ambulante patienter med periodisk depression <sup>(33,34,39)</sup> samt indlagte patienter med kronisk eller tilbagevendende depression <sup>(44,45)</sup>. Endelig var nogle patienter ikke medicineret ved starten af forsøget, mens andre var i en engangværende antidepressiv farmakologisk behandling ved tillæg af psykoterapeutisk samtalebehandling. Endelig fokuserede ét studie på ældre (65-85 år) <sup>(42)</sup> og ét studie undersøgte alene kvinder med en fødselsdepression <sup>(46)</sup>.

Der blev fundet moderate til store effekter på de kritiske outcomes, livskvalitet, remissionsrate og recidivrate, til fordel for psykoterapi i kombination med 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

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen var moderat.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Psykoterapi i kombination med farmakologisk behandling var mere effektiv end farmakologisk monobehandling i forhold til de tre kritiske outcomes, livskvalitet, remissionsrate og recidivrate. Der blev ikke identificeret nogen skadevirkninger.
<b>Patientpræferencer</b>	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 i kombination med 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

Psyko-terapeutisk samtalebehandling som add on til farmakologisk behandling sammenlignet med farmakologisk monobehandling							
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression							
<b>Intervention:</b> Psyko-terapeutisk samtalebehandling							
<b>Sammenligning:</b> Farmakologisk behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95 % KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Farmakologisk behandling	Psyko-terapi som add on	Forskel				
<b>Remissionsrate (Rate of remission)</b> (Efter endt behandling)	475,0 per 1000	613,0 per 1000 (522 til 717)	138 flere per 1000 (49 flere - 243 flere)	1,29 (1,1 til 1,51)	1244(13) (32,34,35,37-42,45-48)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Problemer med blinding.
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviour)</b> (Længste FU (min. ½ år))	26,0 per 1000	23,0 per 1000 (8 til 61)	3 flere per 1000 (17 færre - 35 flere)	0,89 (0,34 til 2,35)	601(4) (35,39,43,45)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Problemer med blinding samt et bredt KI.
<b>Hospitalsindlæggelser (Hospitalisation)</b> (Længste FU (min. ½ år))	130,0 per 1000	82,0 per 1000 (49 til 137)	48 flere per 1000 (81 færre - 7 flere)	0,63 (0,38 til 1,06)	523(3) (40,43,45)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Problemer med blinding.
<b>Frafald (All-cause discontinuation)</b> (Ved interventionens afslutning)	250,0 per 1000	195,0 per 1000 (145 til 260)	55 flere per 1000 (105 færre - 11 flere)	0,78 (0,58 til 1,04)	1637(9) (32,34,35,38,42,44,45,47,48)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Problemer med blinding samt en høj heterogenitet.
<b>Recidivrate (Relapse)</b> (Længste FU (min. ½ år))	731,0 per 1000	404,0 per 1000 (277 til 592)	327 flere per 1000 (455 færre - 139 færre)	0,55 (0,38 til 0,81)	363(6) (37-41,45)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Problemer med blinding.
<b>Response rate (Rate of response)</b> (Efter endt behandling)							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Arbejdsfastholdelse (Maintaining employment)</b> (Længste FU (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Livskvalitet (Quality of life)</b> (Længste FU (min. ½ år))	41,1 (13,5)	44,6 (13,2)	MD 3,5 (0,85 flere til 6,15 flere)		389 (1) (48)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Problemer med blinding

							samt opræcist effekt- estimat.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.          KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  <b>Moderat:</b> 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.  <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.  <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							

## 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 grundlag for forskel i effekt i en direkte sammenligning (⊕○○○).**

### 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 pågældende metodes 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. En nylig gennemført metaanalyse har fundet moderate effektstørrelser,  $-0,78$  ( $-0,91$ ;  $-0,64$ ), til fordel for KAT, i forhold til venteliste kontrol<sup>(29)</sup>. Korttids psykodynamisk psykoterapi har ligeledes demonstreret effekt i behandlingen af depression med moderat effektstørrelse,  $-0,72$  ( $-1,02$ ;  $-0,41$ ), rapporteret i samme studie<sup>(29)</sup>. Begge metoder er således effektive interventioner i forhold til depression og i flere undersøgelser fundet ligeværdige med medicinsk behandling<sup>(49,50)</sup>. Arbejdsgruppen ønsker en direkte sammenligning af de to metoder i forhold til 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<sup>(51)</sup> hvorfra der blev brugt 3 randomiserede forsøg<sup>(52-54)</sup>,  $n=588$ . Den opdaterende litteratursøgning, identificerede ét randomiseret kontrolleret studie<sup>(55)</sup>,  $n=341$ . Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

## 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 <sup>(52)</sup> og ét studie undersøgte specifikt ældre med depression (>60 år) <sup>(54)</sup>. 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 <sup>(54)</sup>.

Der sås overordnet ingen forskel på effekt mellem de to metoder på de to kritiske outcomes, livskvalitet og remissionsrate. Der var ligeledes 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 <sup>(53,54)</sup>.

## 4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der ses ingen forskel i effekt mellem de to interventioner på nogen af de valgte outcomes.  Eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi skønnes ikke forskellig mellem de to behandlingsformer. Der var ingen forskel imellem de to grupper mht. frafald.
<b>Patientpræferencer</b>	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

Korttids psykodynamisk psykoterapi sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi (KAT) for voksne personer med moderat til svær depression.						
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression						
<b>Intervention:</b> Korttids psykodynamisk psykoterapi						
<b>Sammenligning:</b> Kognitiv adfærdsterapi (KAT)						
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Illustrative komparative risici* (95% KI)		Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier), follow-up	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Formodet risiko	Tilsvarende risiko				
	Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	Korttids psykodynamisk psykoterapi				
<b>Recidiv (Relapse)</b> (Længste FU (min. ½ år))						Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Arbejdsfastholdelse (Maintaining employment)</b> (Længste FU (min. ½ år))						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviour)</b> (Længste FU (min. ½ år))						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Hospitalsindlæggelser (antal) (Hospitalisation)</b> (Længste FU (min. ½ år))						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Funktionsevne (aktivitet og deltagelse), (Level of functioning)</b> (Længste FU, min. ½ år)						Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Remissionsrate (Rates of remission)</b> (Efter endt behandling)	Studiepopulation		RR 0,98 (0,79 til 1,22)	433 (4) (52-55)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Mange uklare risk of bias items samt manglende blinding af behandlere.
	414 per 1000	406 per 1000 (327 til 505)				
<b>Frafald (All-cause discontinuation)</b> (Efter endt behandling)	Studiepopulation		RR 1,18 (0,53 til 2,6)	561 (4) (52-55)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV	Vigtigt outcome. Mange uklare risk of bias items, manglende blinding af behandlere samt bredt konfidensinterval.
	248 per 1000	292 per 1000 (131 til 644)				
<b>Response rate (Rates of respons)</b>	Studiepopulation		RR 0,92 (0,68 til 1,25)	294 (2) (54,55)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Manglende blinding af
	373 per 1000	342 per 1000				

(Efter endt behandling)		(253 til 466)				behandlere.
<b>Livskvalitet (Quality of life)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))	Gennemsnit	MD 0,3 (7,32 færre til 7,92 flere)		61 (1) <sup>(54)</sup>	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV	Kritisk outcome. Mange uklare risk of bias items.
<p>* Grundlaget for den formodede risiko (eksempelvis risiko-medianen for kontrolgruppe på tværs af studierne) er givet i fodnoter. Den tilsvarende risiko (og dens 95% KI) er baseret på den forudsatte risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekt af interventionen (og tilhørende 95% KI). KI: Konfidensinterval; RR: Risiko Ratio;</p> <p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  <b>Moderat:</b> 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.  <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.  <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>						



## 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 grundlag for forskel i effekt i en direkte sammenligning (⊕⊕○○).**

### 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 pågældende metodes 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. En nylig gennemført metaanalyse har fundet moderate effektstørrelser,  $-0,78$  ( $-0,91$ ;  $-0,64$ ), til fordel for KAT i forhold til venteliste kontrol <sup>(29)</sup>. Interpersonel psykoterapi (IPT) har ligeledes demonstreret effekt i behandlingen af depression med stor effektstørrelse,  $-0,92$  ( $-1,14$ ;  $-0,68$ ), rapporteret i samme studie <sup>(29)</sup>.

Begge metoder er således effektive interventioner i forhold til depression og i flere undersøgelser fundet ligeværdige med medicinsk behandling <sup>(56)</sup>. Arbejdsgruppen ønsker en direkte sammenligning af de to metoder i forhold til 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 <sup>(29,57)</sup>, hvorfra der blev brugt 7 sammenligninger fra 4 randomiserede studier,  $n=416$  <sup>(58-64)</sup>. Disse blev suppleret med 4 randomiserede forsøg <sup>(65-68)</sup> fra en opdateret søgning,  $n=554$ , hvorfra alene ét studie <sup>(65)</sup> rapporterede resultater relevant for dette fokuserede studie,  $n=182$ . Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

## 5.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede kontrollerede 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<sup>(61,65,67)</sup>. I de øvrige studier var farmakologisk behandling kombineret med den psykoterapeutiske intervention.

Der er ikke forskel på effekten af de to interventioner i forhold til 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

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Den samlede kvalitet af evidensen er lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der er ikke forskel på effekten af de to interventioner i forhold til remission, recidiv, livskvalitet og funktionsevne.  Eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi vurderes ikke forskellig mellem de to behandlingsformer. Der var ingen forskel imellem de to grupper mht. frafald.
<b>Patientpræferencer</b>	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 sammenlignet med KAT							
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression							
<b>Intervention:</b> IPT							
<b>Sammenligning:</b> KAT							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Absolut effekt* (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier), follow-up	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	KAT	IPT	Forskel				
<b>Remissionsrate, (Rate of remission) (Efter endt behandling)</b>	413,0 per 1000	409,0 per 1000 (338 til 495)	4 flere per 1000 (74 færre til 83 flere)	0,99 (0,82 til 1,2)	551(5) (58,59,61,62,65)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ HØJ	Kritisk outcome.
<b>Recidiv (Relapse) (Længste follow-up (min. ½ år))</b>	268,0 per 1000	303,0 per 1000 (152 til 603)	35 flere per 1000 (115 færre til 335 flere)	1,13 (0,57 til 2,25)	79(2) (58,62)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias samt upræcist effekttestimat.
<b>Arbejdsfastholdelse (Employment) (Længste follow-up (min. ½ år))</b>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Responstrate (respons) (Efter endt behandling)</b>	552,0 per 1000	414,0 per 1000 (314 til 546)	138 flere per 1000 (237 færre til 6 færre)	0,75 (0,57 til 0,99)	213(2) (58,61)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Vigtigt outcome. På grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Hospitalsindlæggelser (antal) (hospitalization) (Længste follow-up (min. ½ år))</b>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Frafald (All-cause discontinuation) (Ved interventionens afslutning)</b>	397,0 per 1000	361,0 per 1000 (321 til 400)	36 flere per 1000 (75 færre til 4 flere)	0,91 (0,81 til 1,01)	608(5) (58,59,61,62,65)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Vigtigt outcome. På grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Selvmoedsadfærd (suicidal behavior) (Længste follow-up (min. ½ år))</b>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Livskvalitet (quality of life) (Længste follow-up)</b>	Gennemsnit  58,1	Gennemsnit  56,7	MD 1,4 (-8,4 færre til 5,6 flere)		126(1) (65)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias, på

(min. ½ år)							grund af alvorlig upræcist effektestimat.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier, medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen.          KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle</p>							
<p><b>GRADE evidensniveauer:</b>  <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.  <b>Moderat:</b> 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.  <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt  <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>							

## 6 Psykoterapi ved kronisk og medicinsk svært behandlelig depression

### 6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør patienter med kronisk (varighed >2 år) og medicinsk svært behandlelig depression (forsøgt behandlet medicinsk uden fuldt tilfredsstillende effekt) 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 et psykoterapeutisk forløb (⊕○○○).**

### 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. Særlig vigtigt er det at overveje somatiske tilstande og rusmiddelmisbrug som mulige årsager til manglende respons og remission før skift af behandling.

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 klinisk vurdering, herunder af suicidalrisiko er i den sammenhæng af afgørende vigtighed.

Ved beslutning om seponering af antidepressiv medicin skal udtrækning foregå planlagt og monitoreret. For guidelines i forhold til udtrækning se vejledning fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) <sup>(1)</sup>.

### 6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

I kapitel 3 i nærværende retningslinje anbefales at tilbyde kombinationsbehandling med såvel medicin som psykoterapi til patienter med moderat til svær depression. Dette fokuserede spørgsmål afgrænser en subgruppe af patienter med langvarig (>2 år) og medicinsk svært behandlelig depressiv lidelse. 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 <sup>(69)</sup>. Medicinsk svært behandlelig depression er defineret som fravær af respons ved to eller flere forskellige klasser af antidepressive monoterapier <sup>(70)</sup>. Det estimeres, at op imod 35% af alle patienter med depression er svært behandlelige <sup>(71)</sup>. Det gælder generelt for området, at den relative effekt af hhv. fortsat eller ændret farmakologisk behandling og psykoterapi er svagt belyst. Arbejdsgruppen ønsker derfor at afklare, hvorvidt patienter med kronisk og svært behandlelig depression med fordel bør skifte fra farmakologisk monobehandling til psykoterapeutisk monobehandling med tanke på, at det er potentielt uhensigtsmæssigt at fortsætte en behandling, der har utilstrækkelig effekt.

## 6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske reviews <sup>(72,73)</sup>, hvorfra der blev brugt 2 randomiserede forsøg <sup>(74,75)</sup>, n=519. En opdateret søgning identificerede ikke yderligere studier. Flow charts findes på [sst.dk](#).

## 6.6 Gennemgang af evidensen

Der blev alene identificeret studier omhandlende patienter med en kronisk depressiv lidelse, og ikke patienter med svært behandelbar depression. Det er arbejdsgruppens vurdering, at der vil være et væsentligt overlap mellem de to kategorier, idet patienter med moderat til svær depression anbefales behandlet med medicin. Patienter med en langvarig depressiv lidelse af moderat til svær grad vil således typisk have været forsøgt medicinsk behandlet uden fuldt tilfredsstillende effekt. Studiet af Agosti et al. <sup>(74)</sup> 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 omkring grænseværdien let til moderat og de inkluderede patienter havde haft en depressiv lidelse i mere end 2 år.

Studiet af Keller et al. <sup>(75)</sup> randomiserede 681 patienter med depression til antidepressiv medikamentel behandling, kognitiv adfærds-analyse-system for psykoterapi (cognitive behavioural analysis system of psychotherapy) 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 mellem perioderne. Den depressive sværhedsgrad var moderat til svær. Patienter skulle udtrappe af psykofarmakologisk behandling forud for opstart af den intervention, patienten 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), arbejdsfasteholdelse, selvmordsadfærd, hospitalsindlæggelser og frafald blev der ikke fundet nogen evidens.

## 6.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten var meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	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.
<b>Patientpræferencer</b>	Der kan være præferencefølsomhed hos patienterne for såvel det at modtage terapi, som for det at skulle trække 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

Psyko-terapeutisk monobehandling sammenlignet med vanlig behandling							
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression							
<b>Intervention:</b> Psyko-terapeutisk monobehandling							
<b>Sammenligning:</b> Vanlig behandling							
Outcomes (Tidspunkt for opgørelse af absolut effekt)	Illustrative komparative risici* (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere, (studier), follow-up	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	For- modet risiko	Til- svarende risiko	Forskel				
	Vanlig behand- ling	Psyko- terapi					
<b>Frafald (All cause discontinuation)</b> (Efter endt behandling)	Studiepopulation			0,92 (0,67 til 1,27)	504 (2) (74,75)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Risiko for bias samt manglende overførbare.
	240 per 1000	222 per 1000 (160 til 304)	18 flere per 1000 (79 færre - 65 flere)				
<b>Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviour)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Arbejdsfastholdelse (Employment)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Remissionsrate (Rate of remission)</b> (Efter endt behandling)	Studiepopulation			1,12 (0,84 til 1,48)	454 (1) (75)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Risiko for bias samt manglende overførbare.
	283 per 1000	316 per 1000 (237 til 418)	33 flere per 1000 (45 færre - 135 flere)				
<b>Response Rate</b>	Studiepopulation			0,96 (0,79 til	246 (2)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome.
	463 per	444 per	19 flere				

<b>rate)</b> (Efter endt behandling)	1000	1000 (365 til 537)	per 1000 (97 færre - 74 flere)	1,16)	(74,75)		Risiko for bias samt manglende overførbare.
<b>Skadevirkninger, farmakologisk (harms, pharmacological)</b> Længste follow-up (min. ½ år)	137,0 per 1000	12,0 per 1000 (4 til 38)	124 flere per 1000 (132 færre - 94 færre)	0,08 (0,03 til 0,28)	454(1) (75)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Risiko for alvorlig bias samt stort frafald.
<b>Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Livskvalitet (Quality of life)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Funktionsevne (aktivitet og deltagelse) (Level of functioning)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
*Grundlaget for den formodede risiko (eksempelvis risiko-medianen for kontrolgruppe på tværs af studierne) er givet i fodnoter. Den tilsvarende risiko (og dens 95% KI) er baseret på den forudsatte risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekt af interventionen (og dens 95% KI). KI: Konfidensinterval; RR: Risiko Ratio							
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. <b>Moderat:</b> 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. <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							



## 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 i kombination med 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 bemærkes, at alle inkluderede forsøg omfatter patienter med 2 eller flere depressive episoder.

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

### 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Tilbagefald er hyppige blandt remitterede patienter med depressiv lidelse. Der er solid evidens for, at fortsat farmakologisk behandling efter opnået remission mindsker tilbagefaldsrisikoen <sup>(1)</sup>.

Arbejdsgruppen har været interesseret i at undersøge om mindfulness i tillæg til vanlig tilbagefaldsforebyggende behandling yderligere kan mindske tilbagefaldsrisikoen hos patienter, som er remitteret efter en depression. Arbejdsgruppen var interesseret i at medinddrage studier, hvor ikke nødvendigvis alle deltagere var i antidepressiv farmakologisk behandling. Der blev sat en nedre grænse ved 20%, der skulle være i farmakologisk antidepressiv behandling i gruppen der modtog mindfulness som intervention.

### 7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review <sup>(76)</sup>, hvorfra der blev brugt 6 randomiserede studier <sup>(77-82)</sup>, n=563. Disse blev suppleret med 7 randomiserede forsøg <sup>(83-89)</sup> fra en opdateret søgning, n=1248. Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

### 7.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen bestod af mindfulness-træning hvor minimum 20% af deltagerne samtidig skulle være i farmakologisk antidepressiv behandling. Denne intervention var sat overfor farmakologisk monobehandling.

Mindfulness-træningen var på tværs af alle studier 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 eller var erfarne terapeuter og af uvildige eksperter vurderet til at praktisere metoden på et højt fagligt niveau. Alle instruktører undergik løbende supervision. Alle undersøgelserne omhandler mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBCT), der blev grundlagt som en metode specifikt rettet mod tilbagevendende depression i remission.

Alle patienter havde haft minimum 2 depressive episoder. Ti studier<sup>(77-80,82,84-86,88,89)</sup> inkluderede alene depressive patienter i remission, mens 2 studier<sup>(81,87)</sup> behandlede patienter med en depressiv episode til de opnåede remission, hvorefter de blev randomiseret til mindfulness eller farmakologisk monobehandling. I 9 studier<sup>(78,80-82,84,85,87-89)</sup> var mindfulness-træningen anvendt i kombination med farmakologisk behandling, mens 3 studier<sup>(77,79,86)</sup> søgte at etablere en udtrappingsplan for de involverede patienter i mindfulness-gruppen efter 4-5 ugers deltagelse i gruppen.

Der blev fundet effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og recidivrate, til fordel for mindfulness-træning i kombination med 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 (funktionsevne). For de vigtige outcomes, frafald, og rumination, var der ikke effekt af mindfulness-træning.

## 7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten var meget lav, da der mangler evidens på et kritisk outcome.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<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> <p>Det kan være u hensigtsmæssigt at tilbyde interventionen til patienter, der er i en akut depressiv episode, idet det kan være vanskeligt for sådanne patienter at profitere af interventionen<sup>(82,90)</sup>. Et aktuelt studie har imidlertid anvendt mindfulness i forhold til akut deprimerede patienter med positive resultater og ingen rapporterede skadevirkninger<sup>(91)</sup>.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	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, da der mangler evidens på et kritisk outcome (funktionsevne) og interventionen vurderes at være præferencefølsom.

## 7.9 Evidensprofil

Mindfulness sammenlignet med vanlig behandling (farmakologisk behandling)							
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression							
<b>Intervention:</b> Mindfulness							
<b>Sammenligning:</b> Vanlig behandling (farmakologisk behandling)							
Outcomes (Tidspunkt for opfølgelse af absolut effekt)	Absolute effekter fra studier (95% KI)			Relative effekt 95% KI	Antal deltagere, follow-up	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling (farmakologisk behandling)	Mindfulness	Forskel				
<b>Arbejdsfastholdelse, (Employment),</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Frafald, (All-cause discontinuation)</b> (Ved interventionens afslutning)	99,0 per 1000	124,0 per 1000 (93 til 164)	25 flere per 1000 (6 færre - 65 flere)	1,25 (0,94 til 1,66)	1604(11) (77-79,81,84-89)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Recidiv, (relapse),</b> (Længste follow-up (min. ½ år))	529,0 per 1000	407,0 per 1000 (354 til 465)	122 flere per 1000 (175 færre - 63 færre)	0,77 (0,67 til 0,88)	1012(9) (77,78,80-82,85-87,89)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Livskvalitet, (Quality of life)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))			MD 0,15 (0,32 færre til 0,02 færre)		553(4) (78,85,86,88)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Funktions-evne (aktivitet og deltagelse), (Level of functioning)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome.
<b>Rumination, (Rumination)</b> (Længste follow-up (min. ½ år))			SMD 0,36 (0,59 færre til 0,13 færre)		296(3) (83,84,88)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Alvorlig risiko for bias.
*Grundlaget for den formodede risiko (eksempelvis risiko-medianen for kontrolgruppe på tværs af studierne) er givet i fodnoter. Den tilsvarende risiko (og dens 95% KI) er baseret på den forudsatte risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekt af interventionen (og dens 95% KI). KI: Konfidensinterval; RR: Risiko Ratio;							
<b>GRADE evidensniveauer:</b>							
<b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.							
<b>Moderat:</b> 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.

## 8 Støttende samtaler/ samtaleterapi i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis

### 8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør patienter med depression af let til moderat grad tilbydes støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis?

### 8.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at overveje at tilbyde støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge til patienter med depression.**

### 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 kontakter ved den behandlingsansvarlige læge. Støttende samtaler, eller samtaleterapi ved læger i almen praksis, der er uddannet heri og modtager supervision, er et supplement hertil.

Støttende samtaler/ samtaleterapi 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.

### 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 <sup>(29,32)</sup>. 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, er det 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 forløb af støttende samtaler/ samtaleterapi forankret i almen praksis i behandlingen af depressiv lidelse.

### 8.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der behandlede effekten af støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis. Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

### 8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Den mulige positive effekt for patienten ved at indgå i støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge

vurderes at veje tungere end de mulige skadelige virkninger ved samme, omend sidstnævnte ikke bør overses. Samtidig vil et vederlagsfrit tilbud ved praktiserende læge af denne art medføre, at nogle patienter, der ellers ikke ville søge et samtalebaseret behandlingstilbud kommer i kontakt med et sådant.

**Patientpræferencer**

Det skønnes, at patientens værdier og præferencer i nogen grad vil have indflydelse på valget mellem støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge i tillæg til vanlig behandling versus vanlig behandling ved samme.

---

## 8.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af praksisanbefalingen lagt vægt på det generelt hensigtsmæssige i at tilbyde samtaler i tillæg til vanlig, ofte farmakologisk, behandling i almen praksis. Der er samtidig i dansk sammenhæng mulighed for praktiserende læger at tilbyde patienter denne type behandling. Praksisanbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen, da der ikke foreligger evidens.

## 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 (⊕○○○).**

### 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.

### 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 er en model med struktureret samarbejde mellem psykiatrien og almen praksis. En sundhedsperson (care manager) tilbyder bl.a. terapeutisk behandling til patienterne i almen praksis, mens den praktiserende læge varetager den medicinske behandling. En tilknyttet speciallæge i psykiatri bidrager med faglig sparring til lægen og care manager i behandlingen af patienten.

### 9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review<sup>(93)</sup>, hvorfra der blev brugt 78 randomiserede forsøg publicerede i 114 artikler<sup>(94-207)</sup>. Disse blev suppleret med 5 randomiserede forsøg publicerede i 8 artikler<sup>(208-215)</sup> fra en opdateret søgning. Flow charts findes på [sst.dk](http://sst.dk).

### 9.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede kontrollerede 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 care manager fra psykiatrien og den praktiserende læge, undervisning af praktiserende læger samt mulighed for, at praktiserende læger og care managers 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, fx 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 måneder eller mindre. Størstedelen af de inkluderede studier var udført i USA.



Der blev fundet effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet, responsrate og remission, til fordel for collaborative care. Effekten på livskvalitet var statistisk signifikant, men af en størrelse der formentlig ikke er klinisk relevant. For de øvrige kritiske outcomes, selvmordsadfærd og funktionsevne, sås der ingen forskel imellem de to interventioner. For de vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse, hospitalsindlæggelser og frafald sås ingen forskel imellem de to interventioner.

## 9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der ses gavnlig effekt af collaborative care i forhold til responsrate, remission og livskvalitet. Der skønnes ikke at være skadevirkninger forbundet med collaborative care sammenholdt med vanlig behandling, der ses ingen forskel på frafald.
<b>Patientpræferencer</b>	Det vurderes, at de fleste patienter vil være interesseret i at blive tilbudt behandling under en collaborative care model.
<b>Andre overvejelser</b>	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, remission 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.

## 9.9 Evidensprofil

Collaborative care sammenlignet med vanlig behandling							
<b>Population:</b> Patienter med moderat til svær depression							
<b>Intervention:</b> Collaborative care							
<b>Sammenligning:</b> Vanlig behandling							
Outcomes (Time frame of absolute effect)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier), follow-up	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Collaborative care	Vanlig behandling	Forskel				
<b>Arbejdsfastholdelse, (employment)</b> (Længste follow-up)	688,0 per 1000	743,0 per 1000 (626 til 880)	55 flere per 1000 (62 færre - 193 flere)	1,08 (0,91 til 1,28)	312 (3) (116,145,148)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Selvmondsadfærd, (suicidal behavior)</b> (Længste follow-up)	5,0 per 1000	5,0 per 1000 (1 til 12)	0 flere per 1000 (3 færre - 8 flere)	0,92 (0,34 til 2,5)	3231 (4) (100,107,134, 140)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Hospitalsindlæggelser, (hospital admissions)</b> (Længste follow-up)	283,0 per 1000	275,0 per 1000 (217 til 342)	8 flere per 1000 (65 færre - 59 flere)	0,97 (0,77 til 1,21)	1193 (7) (104,107,113, 131,145,210, 212)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Vigtigt outcome. Meget alvorlig risiko for bias.
<b>Frafald, (dropout)</b> (Interventions afslutning)	187,0 per 1000	180,0 per 1000 (164 til 194)	7 flere per 1000 (22 færre - 7 flere)	0,96 (0,88 til 1,04)	24243 (70) (94-123,125, 127-138,140-142,144-157, 159-161,163, 208,210,212-214,216)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Vigtigt outcome. Alvorlig risiko for bias.
<b>Depression remission, (Remission of depression)</b> (Efter endt behandling)	290,0 per 1000	421,0 per 1000 (368 til 481)	131 flere per 1000 (78 flere - 191 flere)	1,45 (1,27 til 1,66)	9921 (29) (95,97,100,104, 107,109,115-117,119,132, 134,135,140-142,150,151, 153-155,157, 161,208,210, 212-214,216)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater
<b>Depression response, (Response of depression)</b> (Ved endt behandling)	379,0 per 1000	519,0 per 1000 (473 til 564)	140 flere per 1000 (95 flere - 186 flere)	1,37 (1,25 til 1,49)	13140 (47) (95,100,101, 104,105,107, 109,110,112-117,119,121, 123,125-136, 139,142,144, 146,150-153, 155,157-159,	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater.

					161,208,210, 212,214,216)		
<b>Livskvalitet, (Quality of life)</b> <i>(Længste follow-up)</i>	Gennem- snit	Gennem- snit	SMD 0,19 (0,06 færre til 0,32 færre)		2503 (5) (114,115,150, 160,208)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERAT	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig risiko for bias
<b>Funktions- evne, (Level of functioning)</b> <i>(Længste follow-up)</i>	Gennem- snit	Gennem- snit	SMD 0,15 (0,35 færre til 0,04 færre)		2583 (8) (95,114,120, 141,144,157, 158,184)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV	Kritisk outcome. Alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsiste nte resultater.
*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. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.							
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. <b>Moderat:</b> 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. <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							

## 10 Referenceliste

- (1) Fagudvalget for medicinsk behandling af unipolar depression under RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin). Behandlingsvejledning inklusiv lægemiddelrekommandation for medicinsk behandling af unipolar depression. Version 1. RADS, 2015 (Dok.nr: 193678). [Link](#)
- (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. 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. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 1990.
- (5) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. 4. ed. Washington : American Psychiatric Association, 1994.
- (6) American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2009.
- (7) Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Version: 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2007. [Link](#)
- (8) 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.
- (9) Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374(9690):609-619.
- (10) 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.
- (11) Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD002792.
- (12) National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults (updated edition)(CG 90). The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2010 (National Clinical Practice Guideline 90).

- (13) 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.
- (14) 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.
- (15) 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.
- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) 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* 2002;180:411-415.
- (19) 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.
- (20) de la Cerda P, Cervello E, Cocca A, Viciano J. Effect of an aerobic training program as complementary therapy in patients with moderate depression. *Perceptual & Motor Skills* 2011;112(3):761-769.
- (21) 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.
- (22) 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* 2007;3:8.
- (23) 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.
- (24) 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.
- (25) 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.

(26) Kerling A, Tegtbur U, Gutzlaff E, Kuck M, Borchert L, Ates Z, et al. Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: A randomized pilot trial. *J Affect Disord* 2015;177:1-6.

(27) 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.

(28) Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borowsky C, Fleck MP. Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *J Affect Disord* 2011;133(3):615-618.

(29) 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* 2013;10(5):e1001454.

(30) 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.

(31) Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Belgium : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014 (KCE Report 230).

(32) 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.

(33) 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.

(34) 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.

(35) 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.

(36) 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.

(37) 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.

- (38) 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. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2010;79(5):295-302.
- (39) 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.
- (40) 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.
- (41) 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.
- (42) 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.
- (43) 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.
- (44) Schramm E., van CD, 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):768-77.
- (45) Hollon SD, DeRubeis RJ, Fawcett J, Amsterdam JD, Shelton RC, Zajecka J, et al. Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71(10):1157-1164.
- (46) Milgrom J., Gemmill AW., Ericksen J., Burrows G., Buist A., Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(3):236-45.
- (47) Zu S., Xiang Y.-T., 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.
- (48) Wiles N., Thomas L., Abel A., Ridgway N., Turner N., Campbell J., et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381(9864):375-84.
- (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) Dekker JJM, Hendriksen M, Kool S, Bakker L, Driessen E, De Jonghe F, et al. Growing evidence for psychodynamic therapy for depression. *Contemporary Psychoanalysis* 2014;50(1-2):131-155.
- (51) Braun S.R., Gregor B., Tran U.S. Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. *PLoS ONE* 2013;8(6):e68135.
- (52) 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. *The British Journal of Psychiatry* 2003;182:412-419.
- (53) 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.
- (54) Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(3):385-390.
- (55) Driessen E., Van H.L., Don F.J., 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.
- (56) Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016 Apr 1 [Epub].
- (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) Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N, et al. Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):944-954.
- (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. *The British Journal of 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 LHJM, 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* 2015;45(10):2095-2110.

(66) Power M.J., Freeman C. A randomized controlled trial of IPT versus CBT in primary care: with some cautionary notes about handling missing values in clinical trials. *Clin Psychol Psychother* 2012;19(2):159-169.

(67) Quilty L.C., Mainland B.J., McBride C., Bagby R.M. Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *J Affective Disord* 2013;150(2):393-400.

(68) Weitz E., Hollon S.D., Kerkhof A., Cuijpers P. Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *J Affect Disord* 2014;167:98-103.

(69) Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry* 2009;54(6):389-398.

(70) Klein DN. Chronic depression: Diagnosis and classification. *Current Directions in Psychological Science* 2010;19(2):96-100.

(71) Nemeroff CB. Prevalence and management of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl.8):17-25.

(72) 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.

(73) Spijker J., Van SA, Bockting C.L.H., Meeuwissen J.A.C., Van BA. Psychotherapy, antidepressants, and their combination for chronic major depressive disorder: A systematic review. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):386-392.

(74) 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.

- (75) 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.
- (76) Galante J, Iribarren SJ, Pearce PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing* 2013;18(2):133-155.
- (77) Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010;122(3):224-231.
- (78) 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.
- (79) 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.
- (80) 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.
- (81) Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(12):1256-1264.
- (82) 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.
- (83) Bieling P.J., Hawley L.L., Bloch R.T., Corcoran K.M., Levitan R.D., Trevor YL, et al. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(3):365-372.
- (84) Geschwind N., Peeters F., Drukker M., Van Os J, Wichers M. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(5):618-628.
- (85) Huijbers M.J., Spinhoven P., Spijker J., Ruhe H.G., Van SD, Van OP, et al. Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2015;187:54-61.
- (86) Kuyken W., Hayes R., Barrett B., Byng R., Dalgleish T., Kessler D., et al. 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* 2015;386(9988):63-73.

(87) Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL, Judd F, Martin PR, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(8):743-755.

(88) van Aalderen J.R., Donders ART, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AEM. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012;42(5):989-1001.

(89) Williams J.M.G., Crane C., Barnhofer T., Brennan K., Duggan D.S., Fennell M.J.V., et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82(2):275-286.

(90) Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychother Psychosom* 2016;85(2):99-110.

(91) Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 2011;65(6):354-364.

(92) 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.

(93) 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:CD006525.

(94) Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(3):199-209.

(95) Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9362):995-1000.

(96) Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(3):311-9.

(97) Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10(4):289-298.

(98) Bogner HR, de Vries HF. Integration of depression and hypertension treatment: a pilot, randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine* 2008;6(4):295-301.

- (99) Bogner HR, de Vries H. Integrating type 2 diabetes mellitus and depression treatment among African Americans: a randomized controlled pilot trial. *Diabetes Educ* 2010;36(2):284-292.
- (100) Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(9):1081-91.
- (101) Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, Ellsworth AJ, Clark DR, Stevens NG, et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2004;61(4):364-372.
- (102) Chaney EF., Rubenstein LV., Liu CF., Yano EM., Bolkan C., Lee M., et al. Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: a cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign. *Implementation Science* 2011;6:121.
- (103) Chew-Graham C, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *British Journal of General Practice* 2007;57(538):364-70.
- (104) Ciechanowski P, Wagner E, Schmalting K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(13):1569-1577.
- (105) Ciechanowski P, Chaytor N, Miller J, Fraser R, Russo J, Unutzer J, et al. PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior* 2010;19(3):225-31.
- (106) Clarke G, Debar L, Lynch F, Powell J, Gale J, O'Connor E, et al. A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(9):888-898.
- (107) Cole MG, McCusker J, Elie M, Dendukuri N, Latimer E, Belzile E. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 2006;174(1):38-44.
- (108) Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(3):169-177.
- (109) Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, J., Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329(7466):602.
- (110) Dwight-Johnson M, Ell K, Lee PJ. Can collaborative care address the needs of low-income Latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. *Psychosomatics* 2005;46(3):224-232.

- (111) Dwight-Johnson M, Lagomasino IT, Hay J, Zhang L, Tang L, Green JM, et al. Effectiveness of collaborative care in addressing depression treatment preferences among low-income Latinos. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2010;61(11):1112-1118.
- (112) Dwight-Johnson M, Aisenberg E, Golinelli D, Hong S, O'Brien M, Ludman E. Telephone-based cognitive-behavioral therapy for Latino patients living in rural areas: a randomized pilot study. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2011;62(8):936-42.
- (113) Ell K, Unutzer J, Aranda M, Gibbs NE, Lee PJ, Xie B. Managing depression in home health care: a randomized clinical trial. *Home Health Care Serv Q* 2007;26(3):81-104.
- (114) Ell K., Xie B., Quon B., Quinn DI., Dwight-Johnson M., Lee PJ. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2008;26(27):4488-96.
- (115) Ell K., Katon W., Xie B., Lee PJ., Kapetanovic S., Guterman J., et al. Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2010;33(4):706-13.
- (116) Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy* 2003;23(9):1175-1185.
- (117) Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Williams DK, Robinson DE, Mittal D, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *Journal of General Internal Medicine* 2007;22(8):1086-1093.
- (118) Fritsch R, Araya R, Solis J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. A randomized trial of pharmacotherapy with telephone monitoring to improve treatment of depression in primary care in Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 2007;135(5):587-595.
- (119) Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151(6):369-378.
- (120) Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Stepped Care Treatment of Postpartum Depression: Impact on Treatment, Health, and Work Outcomes. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2009;22(5):473-482.
- (121) Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine* 2003;18(1):9-16.
- (122) Hilty DM, Marks S, Wegelin J, Callahan EJ, Nesbitt TS. A randomized, controlled trial of disease management modules, including telepsychiatric care, for depression in rural primary care. *Psychiatry* 2007;4(2):58-65.
- (123) Huffman JC, Mastromauro CA, Sowden GL, Wittmann C, Rodman R, Januzzi JL. A collaborative care depression management program for cardiac inpatients: depression characteristics and in-hospital outcomes. *Psychosomatics* 2011;52(1):26-33.

- (124) Huffman JC, Mastromauro CA, Sowden G, Fricchione GL, Healy BC, Januzzi JL. Impact of a depression care management program for hospitalized cardiac patients. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes* 2011;4(2):198-205.
- (125) Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000;9(8):700-8.
- (126) Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273(13):1026-1031.
- (127) Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(10):924-932.
- (128) Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1109-1115.
- (129) Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(3):241-7.
- (130) Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J, et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(10):1042-1049.
- (131) Katon WJ, Lin EH, Von KM, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010;363(27):2611-20.
- (132) Katelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9(4):345-51.
- (133) Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, Morrison G, Carpenter J, et al. Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: A randomized trial. *JAMA* 2010;304(2):163-171.
- (134) Lobello K., Reddy S., Musgnung J., Pedersen R., Ninan PT. Patient outcomes with education, drug therapy, and support: a study of venlafaxine ER-treated outpatients with major depressive disorder. *Psychopharmacol Bull* 2010;43(2):28-44.
- (135) Ludman EJ, Simon GE, Grothaus LC, Luce C, Markley DK, Schaefer J. A pilot study of telephone care management and structured disease self-management groups for chronic depression. *Psychiatric Services (Washington, DC)* 2007;58(8):1065-72.
- (136) Mann AH, Blizzard R, Murray J, Smith JA, Botega N, Macdonald E, et al. An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *British Journal of General Practice* 1998;48(426):875-879.

- (137) McCusker J, Cole M, Yaffe M, Cappeliez P, Dawes M, Sewitch M, et al. Project direct: Pilot study of a collaborative intervention for depressed seniors. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2008;27(2):201-218.
- (138) McMahon L., Foran KM., Forrest SD., Taylor ML., Ingram G., Rajwal M., et al. Graduate mental health worker case management of depression in UK primary care: a pilot study. *The British Journal of General Practice* 2007;57(544):880-5.
- (139) Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Ten Have T, Conigliaro J, et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom Med* 2003;65(6):931-937.
- (140) Patel V., Weiss HA., Chowdhary N., Naik S., Pednekar S., Chatterjee S., et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2010;376(9758):2086-95.
- (141) Piette JD, Richardson C, Himle J, Duffy S, Torres T, Vogel M, et al. A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Med Care* 2011;49(7):641-648.
- (142) Pyne JM, Fortney JC, Curran GM, Tripathi S, Atkinson JH, Kilbourne AM, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in human immunodeficiency virus clinics. *Arch Intern Med* 2011;171:23-31.
- (143) Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, et al. Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression--study protocol. *BMC Health Services Research* 2009;9:188.
- (144) Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, Gonzalez M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9599):1629-1637.
- (145) Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(12):1332-1341.
- (146) Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mazumdar S, Houck PR, Counihan PJ, et al. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(19):2095-103.
- (147) Ross JT, TenHave T, Eakin AC, Difilippo S, Oslin DW. A randomized controlled trial of a close monitoring program for minor depression and distress. *J Gen Intern Med* 2008;23(9):1379-85.
- (148) Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. Journal of General Internal Medicine* 2001;16(3):143-149.

- (149) Roy-Byrne PP., Craske MG., Stein MB., Sullivan G., Bystritsky A., Katon W., et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(3):290-8.
- (150) Roy-Byrne P., Craske MG., Sullivan G., Rose RD., Edlund MJ., Lang AJ., et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;303(19):1921-8.
- (151) Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2000;320(7234):550-4.
- (152) Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(8):935-942.
- (153) Simon GE, Ralston JD, Savarino J, Pabiniak C, Wentzel C, Operskalski BH. Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *Journal of General Internal Medicine* 2011;26(7):698-704.
- (154) Smit A, Kluiters H, Conradi HJ, van dM, Tiemens BG, Jenner JA, et al. Short-term effects of enhanced treatment for depression in primary care: results from a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2006;36(1):15-26.
- (155) Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008;372(9632):40-48.
- (156) Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med* 2003;33(1):17-37.
- (157) Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(22):2836-2845.
- (158) Vera M., Perez-Pedrogo C., Huertas SE., Reyes-Rabanillo ML., Juarbe D., Huertas A., et al. Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services (Washington, DC)* 2010;61(2):144-50.
- (159) Vlasveld MC, van dF, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Br J Psychiatry* 2012;200(6):510-1.
- (160) Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2000;283(2):212-220.



- (161) Williams LS, Kroenke K, Bakas T, Plue LD, Brizendine E, Tu W, et al. Care management of poststroke depression: A randomized, controlled trial. *Stroke* 2007;38(3):998-1003.
- (162) Wells KB, Sherbourne CD, Miranda J, Tang L, Benjamin B, Duan N. The cumulative effects of quality improvement for depression on outcome disparities over 9 years: results from a randomized, controlled group-level trial. *Med Care* 2007;45(11):1052-1059.
- (163) Zatzick DF, Roy-Byrne P, Russo JE, Rivara FP, Koike A, Jurkovich GJ, et al. Collaborative interventions for physically injured trauma survivors: A pilot randomized effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(3):114-123.
- (164) Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Arean PA, et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1455-1462.
- (165) Arean PA, Ayalon L, Jin C, McCulloch CE, Linkins K, Chen H, et al. Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(10):1086-92.
- (166) Buszewicz M, Griffin M, McMahon EM, Beecham J, King M. Evaluation of a system of structured, pro-active care for chronic depression in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2010;10(61).
- (167) Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams JW, Jr, Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain* 2008;134(1-2):209-215.
- (168) Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine* 2002;17(10):741-8.
- (169) Lin EH, VonKorff M, Russo J, Katon W, Simon GE, Unutzer J, et al. Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Arch Fam Med* 2000;9(10):1052-1058.
- (170) Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1638-1644.
- (171) Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med* 2003;33(6):1061-1070.
- (172) Ludman E, Von Korff M, Katon W, Lin E, Simon G, Walker E, et al. The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *Int J Psychiatry Med* 2000;30(3):229-245.

- (173) Landis SE, Gaynes BN, Morrissey JP, Vinson N, Ellis AR, Domino ME. Generalist care managers for the treatment of depressed medicaid patients in North Carolina: a pilot study. *BMC Family Practice* 2007;8:7.
- (174) Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008;38(2):279-287.
- (175) Dickinson LM, Rost K, Nutting PA, Elliott CE, Keeley RD, Pincus H. RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. *Annals of Family Medicine* 2005;3(1):15-22.
- (176) Pyne JM, Rost KM, Zhang M, Williams DK, Smith J, Fortney J. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *Journal of General Internal Medicine* 2003;18(6):432-441.
- (177) Rost K, Smith JL, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* 2004;42(12):1202-10.
- (178) Rost K, Nutting PA, Smith J, Werner JJ. Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22(2):66-77.
- (179) Rost K, Nutting P, Smith JL, Elliott CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ (Clinical research ed)* 2002;325(7370):934.
- (180) Rost K, Pyne JM, Dickinson LM, LoSasso AT. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Annals of Family Medicine* 2005;3(1):7-14.
- (181) Roy-Byrne PP., Katon W., Cowley DS., Russo J. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(9):869-76.
- (182) Rubenstein LV., Parker LE., Meredith LS., Altschuler A., dePillis E., Hernandez J., et al. Understanding team-based quality improvement for depression in primary care. *Health Serv Res* 2002;37(4):1009-29.
- (183) Conradi HJ, de Jonge P, Kluiters H, Smit A, van der Meer K, Jenner JA, et al. Enhanced treatment for depression in primary care: long-term outcomes of a psycho-educational prevention program alone and enriched with psychiatric consultation or cognitive behavioral therapy. *Psychol Med* 2007;37(6):849-862.
- (184) Uebelacker LA., Marootian BA., Tigue P., Haggarty R., Primack JM., Miller IW. Telephone depression care management for Latino Medicaid health plan members: a pilot randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(9):678-83.

- (185) Arean P, Hegel M, Vannoy S, Fan MY, Unutzer J. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist* 2008;48(3):311-323.
- (186) Gilbody SM. IMPACT collaborative care programme reduces suicide ideation in depressed older adults. *Evidence-based mental health* 2007;10(2):51.
- (187) Hegel MT, Imming J, Cyr-Provost M, Noel PH, Arean PA, Unutzer J. Role of behavioral health professionals in a collaborative stepped care treatment model for depression in primary care: Project IMPACT. *Families, Systems and Health* 2002;20(3):265-277.
- (188) Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW,Jr, Kroenke K, Lin EH, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ (Clinical research ed )* 2006;332(7536):259-263.
- (189) Katon W, Unutzer J, Fan MY, Williams JW,Jr, Schoenbaum M, Lin EH, et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006;29(2):265-270.
- (190) Unutzer J, Katon WJ, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EH, Della PRD, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008;14(2):95-100.
- (191) Unutzer J, Katon W, Williams JW,Jr, Callahan CM, Harpole L, Hunkeler EM, et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care* 2001;39(8):785-799.
- (192) Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW,Jr, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(10):1550-1556.
- (193) Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Unutzer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2007;15(12):1024-1033.
- (194) Masaquel A, Wells K, Ettner SL. How does the persistence of depression influence the continuity and type of health insurance and coverage limits on mental health therapy? *The Journal of Mental Health Policy And Economics* 2007;10(3):133-144.
- (195) Miranda J, Duan N, Sherbourne C, Schoenbaum M, Lagomasino I, Jackson-Triche M, et al. Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Serv Res* 2003;38(2):613-630.
- (196) Miranda J, Schoenbaum M, Sherbourne C, Duan N, Wells K. Effects of primary care depression treatment on minority patients' clinical status and employment. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):827-34.

- (197) Sherbourne CD, Weiss R, Duan N, Bird CE, Wells KB. Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. *Med Care* 2004;42(12):1186-1193.
- (198) Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, Miranda J, Unutzer J, Jaycox L, et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(7):696-703.
- (199) Sherbourne CD, Edelen MO, Zhou A, Bird C, Duan N, Wells KB. How a therapy-based quality improvement intervention for depression affected life events and psychological well-being over time: a 9-year longitudinal analysis. *Med Care* 2008;46(1):78-84.
- (200) Unutzer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino IT, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(10):935-942.
- (201) Wells KB. The design of Partners in Care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1999;34(1):20-9.
- (202) Wells KB, Schoenbaum M, Duan N, Miranda J, Tang L, Sherbourne C. Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatric Services* 2007;58(10):1269-1278.
- (203) Yeung A, Shyu I, Fisher L, Wu S, Yang H, Fava M. Culturally sensitive collaborative treatment for depressed chinese americans in primary care. *Am J Public Health* 2010;100(12):2397-2402.
- (204) Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, Rivara F, Droesch R, Wagner A, et al. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(5):498-506.
- (205) Wells KB, Tang L, Miranda J, Benjamin B, Duan N, Sherbourne CD. The effects of quality improvement for depression in primary care at nine years: results from a randomized, controlled group-level trial. *Health Serv Res* 2008;43(6):1952-1974.
- (206) Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Duan N, Miranda J, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(4):378-386.
- (207) Wilkinson G, Allen P, Marshall E, Walker J, Browne W, Mann AH. The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychol Med* 1993;23(1):229-237.
- (208) Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord* 2014;166:36-40.

- (209) Aragonès E, López-Cortacans G, Sanchez-Iriso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord* 2014;159:85-93.
- (210) Chen S, Conwell Y, He J, Lu N, Wu J. Depression care management for adults older than 60 years in primary care clinics in urban China: A cluster-randomised trial. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(4):332-339.
- (211) Chen S, Fang Y, Li L, Fan H. Collaborative late-life depression care management in urban China primary care. *Asia-Pacific Psychiatry* 2012;4:97.
- (212) Huijbregts KML, de Jong F,J., van Marwijk H,W.J., Beekman ATF, Ader HJ, Hakkaart-van Roijen L, et al. 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. *J Affect Disord* 2013;146(3):328-37.
- (213) Jeong H, Yim HW, Jo S, Nam B, Kwon S, Choi J, et al. The effects of care management on depression treatment in a psychiatric clinic: A randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28(10):1023-1030.
- (214) Menchetti M, Sighinolfi C, Michele V, Peloso P, Nespeca C, Bandieri PV, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35(6):579-586.
- (215) Menchetti M., Sighinolfi C., Nespeca C., Di MV, Peloso P., Levantesi P., et al. Italian study on a Collaborative Care program for primary care attenders with depressive disorders. *J Psychosom Res* 2013;74(6):553-554.
- (216) Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, et al. Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression--study protocol. *BMC Health Serv Res* 2009;9:188.
- (217) Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6(4):278-296.
- (218) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- (219) Praksisplan for psykiatri : Vedtaget af regionsrådet den 27. maj 2013. Region Syddanmark, 2013. [Link](#)
- (220) Bora E, Harrison BJ, Yucel M, Pantelis C. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychol Med* 2013;43(10):2017-2026.
- (221) Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014;44(10):2029-2040.
- (222) Jaeger J, Berns S, Uzelac S, Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2006;145(1):39-48.

(223) Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs* 2010;24(4):267-284.

(224) McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, Woldeyohannes HO, Gallagher LA, Kudlow P, et al. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety* 2013;30(6):515-527.

# 11 Bilag

<b>Bilag 1:</b>	<b>Baggrund</b>
<b>Bilag 2:</b>	<b>Implementering</b>
<b>Bilag 3:</b>	<b>Monitorering</b>
<b>Bilag 4:</b>	<b>Opdatering og videre forskning</b>
<b>Bilag 5:</b>	<b>Beskrivelse af anvendt metode</b>
<b>Bilag 6:</b>	<b>Fokuserede spørgsmål på PICO-form</b>
<b>Bilag 7:</b>	<b>Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>
<b>Bilag 8:</b>	<b>Søgebeskrivelse og evidensvurderinger</b>
<b>Bilag 9:</b>	<b>Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>
<b>Bilag 10:</b>	<b>Forkortelser og begreber</b>

## Bilag 1: Baggrund

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 nedtrykhed 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 træthed, nedsat selvtillid, selvbebrejdelser eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro eller motorisk hæmning, søvnbesvær og appetitforstyrrelser <sup>(7)</sup>. Varigheden af en depression er oftest 3-12 måneder. Sværhedsgraden af en depression klassificeres som mild, moderat eller svær alt efter antal og intensitet af symptomer. I forskningslitteraturen sker sværhedsgraduering imidlertid næsten altid ud fra symptomskalaværdier, mest almindeligt på Hamiltons Depression Skala (Ham-D) <sup>(217)</sup>. I nærværende retningslinje blev de anvendte studiers egen klassifikation af sværhedsgraden anvendt, når oplyst. I de tilfælde hvor alene en Hamilton-score eller en score fra Beck Depression Inventory (BDI) <sup>(218)</sup> blev opgivet blev sværhedsgraden vurderet med udgangspunkt i skalaernes scoringsnøgle. For Hamilton skalaen blev konventionen gengivet i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression for voksne anvendt <sup>(7)</sup>, hvor let depression er defineret ved en samlet score mellem 13 og 17, moderat mellem 18 og 24 og svær mellem 25 og 52.

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 <sup>(7)</sup>. Det vurderes, at 61.000 voksne debuterer med depression årligt i Danmark <sup>(7)</sup>. Generelt er forekomsten højere hos kvinder end hos mænd <sup>(7)</sup>. 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 <sup>(7)</sup>. 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 komorbid 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 <sup>(219)</sup>. 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 <sup>(1)</sup> med primært fokus på farmakologisk behandling af unipolar depression, hvorfor denne NKR afgrænses til non-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).

## 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 praksiskon konsulenter 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](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af 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 specificeres 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 oplystes 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 brug for mere viden omkring effekten af pårørendeinddragelse.
- Der er evidens fra meta-analyser for vedvarende kognitive vanskeligheder såsom hukommelses- og koncentrationsbesvær også efter remission fra depression (e.g. Bora 2013 <sup>(220)</sup> og Rock 2014 <sup>(221)</sup>), og adskillige studier har påvist negative konsekvenser af disse kognitive vanskeligheder på patienternes arbejdsfunktion, livskvalitet og prognose (e.g. Jaeger 2006 <sup>(222)</sup>, Greer 2010 <sup>(223)</sup> og McIntyre 2013 <sup>(224)</sup>). 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 savnes.
- 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. Outcomes, 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](#).

## 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 gavnlige effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

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

#### **Svag/betinget anbefaling for ↑**

Ordlyd: *Overvej at...*

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

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

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

Implikationer:

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



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

#### **Svag/betinget anbefaling imod ↓**

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

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

#### Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

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

#### Implikationer:

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

#### **Stærk anbefaling imod ↓↓**

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

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

#### Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

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

#### Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikerne vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:  
<http://www.gradeworkinggroup.org>

## De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

### God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

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

# Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

## Søgebeskrivelse

Til denne kliniske retningslinje er søgningerne foretaget i en på forhånd defineret gruppe databaser, der er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer, nærmere beskrevet i Metodehåndbogen. Søgningerne er foretaget af AU Library, Psykiatri, ved Karen Tølbøl Sigaard og Helene Sognstrup, i samarbejde med fagkonsulent Nicolai Ladegaard. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser vil være tilgængelige via sst.dk

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Netpunkt, Medline, Embase, PsycInfo og CINAHL.

Søgningerne er foretaget i perioden 17. april 2015 - 23. november 2015, fordelt på tre omgange. Den første del af søgningerne er en søgning efter guidelines, både internationale og nordiske. Det andet trin i søgningen er en søgning efter sekundærlitteratur med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICOs); her er søgt efter systematiske reviews og metaanalyser. Søgningerne er udført i det omfang, de fundne guidelines ikke besvarede de stillede spørgsmål. I tredje omgang søgtes efter randomiserede, kontrollerede studier med udgangspunkt i de endnu ubesvarede dele af de fokuserede spørgsmål (PICOs). Se alle udførte søgninger i søgeprotokollen.

## Søgetermer

Engelske: depression, depressive disorder, dysthymia, major depression, depressive, mdd, unipolar, affective disorder, mood disorder

Dansk: depression, affektiv lidelse

Norsk: depresjon, affektiv lidelse, depressiv lidelse, stemningslidelse

Svensk: affektiv störning, depressiv störning

## Inklusionskriterier

Publikationsår: De sidste 10 år (2005-2015)

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews og randomiserede, kontrollerede studier

For søgningerne på de enkelte PICOs er listen af søgeord omfattende, hvorfor der henvises til søgeprotokollen

Søgeprotokol samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgeprotokol kan tilgås [her](#)
- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#)
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås [her](#).
- Flowcharts kan tilgås [her](#)

# 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](#).

## 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 tidlige 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

Absolut effekt	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.
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til vurdering af guidelines.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til vurdering af systematiske reviews.
CBASP	Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy
Collaborative care	En model, der styrker samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis. En sundhedsperson (care manager) tilbyder bl.a. terapeutisk behandling til patienterne i almen praksis, mens den praktiserende læge varetager den medicinske behandling. En tilknyttet speciallæge i psykiatri bidrager med faglig sparring til lægen og care manager i behandlingen af patienten.
Double depression	Dystymi kompliceret med en egentlig depression
DSM	Diagnostic and Statistical Manual. Udgives af American Psychiatric Association.
ECT	Elektro-konvulsiv terapi
Falsk-positiv	Resultater, som viser en effekt, når der i virkeligheden ikke er nogen.
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. udgave. Udgives af World Health Organization (WHO).
Incidens	Antal nye tilfælde af en sygdom i en given tidsperiode i en given befolkning.
IPT	Interpersonel psykoterapi
KAT	Kognitiv adfærdsterapi

KI	Konfidensinterval
KOL	Kronisk obstruktiv lungesygdom
Komorbiditet	Forekomsten af samtidige sygdomme med forskellig ætiologi
MBCT	Mindfulness-baseret kognitiv terapi
NKR	National Klinisk Retningslinje
Outcome	Udfald
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
Præferencefølsom	Patienterne vil vælge forskelligt, når de informeres om de gavnlige og skadelige effekter af behandlingen, dvs. at valget er præferencefølsomt.
Psykoedukation	Undervisning i psykiatrisk lidelse, medfølgende problemstillinger og behandling.
RADS	Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin
RCT	Randomiseret kontrolleret studie
Recidiv	Tilbagefald
Remission	En patient, som er i bedring, og som stadig kan have få symptomer på lidelsen
Respons	En halvering af en depressionsspecifik symptomscore målt forud for administrationen af en intervention.
RR	Relativ Risiko
SMD	Standardiserede gennemsnitlige forskelle
TAU	Treatment as usual, dvs. vanlig behandling
TMS	Transkraniel magnetstimulation
VNS	Vagus nerve stimulation