



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BEHANDLINGSEFFEKTER AV SELEKTIVA SEROTONINÅTERUPPTAGSHÄMMARE OCH KOGNITIV BETEENDETERAPI VID EGENTLIG DEPRESSION

Maria Melander & Mattias Hallén

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Harshida Patel
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lasse för stöttning och vägledning genom detta arbete.

Titel (svensk)	Behandlingseffekter av SSRI och KBT vid depression
Titel (engelsk)	Treatment effects of SSRI and CBT in depression
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Maria Melander & Mattias Hallén
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Harshida Patel

Sammanfattning:

Bakgrund: Depression är en folkhälsosjukdom och är idag en av världens vanligaste sjukdomar. Det finns en rad olika behandlingar mot depression, både farmakologisk som t.ex. selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och icke-farmakologisk som t.ex. Kognitiv beteendeterapi (KBT). Det är däremot omdebatterat hur effektiva dessa metoder egentligen är. Läkemedelshandling är en viktig omvårdnadshandling som sjuksköterskan ansvarar för varje dag. Dessutom är behovet av patientundervisning kring läkemedel men även andra behandlingsmetoder som KBT viktigt att känna till. **Syfte:** Avsikten med litteraturstudien är att försöka sammanställa kunskapsläget beträffande behandlingseffekterna av både farmakologisk SSRI-behandling och icke-farmakologisk KBT-behandling. **Metod:** Vår litteraturstudie som granskades enligt Fribergs modell, omfattade nio kvantitativa artiklar. Artiklarna söktes i databaserna Pubmed, Cinalh, Psychinfo. **Resultat:** SSRI har en tendens att ge bättre effekt mot depression i senare skede, samtidigt som KBT ger tidigare resultat. En viktig komponent i deltagarnas behandling var att deras egen inställning var avgörande för utfallet av behandlingen. SSRI och KBT kan ha bra effekt enskilt, men kombinerad behandling mellan dessa två kan ge en effektivare resultat. **Slutsats:** Resultatet är inte så tydligt som förhoppningen var och lämnar kanske fler frågor än svar. Trots det visar resultatet att både SSRI samt KBT-behandling är effektiva och bör fortsätta användas vid behandling av depression. Resultatet visar även vikten av att sjuksköterskan ska hålla sig uppdaterad med aktuell forskning för att kunna utföra bästa möjliga omvårdnad.

Nyckelord: Egentlig Depression, KBT, SSRI

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Vad är depression?.....	2
Diagnostisering av depression - DSM-IV	3
Vård av depression i Sverige	3
Behandling vid depression.....	3
Farmakologisk behandling av depression	3
Icke farmakologiska behandlingar av depression	5
Mätning av behandlingseffekt vid depression.....	5
HAMD	5
MADRS	5
BDI.....	6
HADS.....	6
Sjuksköterskans roll vid behandling av depression	6
Omvårdnadsperspektiv	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	8
Frågeställningar.....	8
Metod	8
Datainsamling	8
Analys.....	9
Urval	9
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier.....	9
Forskningsetik.....	9
Resultat.....	10
Vilken av behandlingarna ger störst effekt enskilt?.....	10
Är en kombinerad behandling effektivare än separata behandlingar?.....	10
Ger de olika behandlingsmetoderna olika effekt vid olika tidpunkter?	11
Kan patientens egna preferenser påverka effekten av behandlingen?	11
Kan mätskalor skilja sig i resultat?	12
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12

Avgränsning och syfte	12
Svarar artiklarna mot syftet?	14
Resultatdiskussion	14
Slutsats.....	16
Kliniska implikationer	16
Fortsatt forskning	16
Referenslista	17
Bilagor.....	22
Bilaga 1	22
Bilaga 2	24

Inledning

Depression är något som många människor möter idag och är även något som vi båda mött depression i vår närhet. Den påverkar inte bara den som drabbas av det utan även oss som finns i närheten. Det är jobbigt att se någon som man bryr sig om lida under en längre tid. Vi har båda även haft praktik inom psykiatri där vilket ökade vårt intresse för hur man kan hjälpa personer som drabbats av depression.

Sjuksköterskan möter ofta personer som lider av depression vare sig det handlar om slutenvård eller öppenvård och är ofta mycket involverad i behandling av denna patientgrupp. Symtomen hos patienter med depression kan vara sömnproblem, irritation, känslor av meningslöshet, apati m.m. Dessa är personer som har ett stort behov av omvårdnad som då sjuksköterskan kan tillgodose med sin expertis. Det är viktigt att depression behandlas och att sjuksköterskan finns nära och lyssnar för att visa förståelse och visa att det trots allt finns ett hopp. Sjuksköterskan tar emot personer med depression på många platser inom vården, som t.ex. vårdcentraler som på akutmottagningar. Det är oftast de som gör en första bedömning om vilka åtgärder som kan behövas och vilka som ska kontaktas. Detta innebär att sjuksköterskan behöver ha kunskap om olika behandlingsmetoder inom psykoterapi såväl som läkemedel som hanteras dagligen av en sjuksköterska. Sjuksköterskan har en viktig roll att planera och säkerställa att en lämplig vård utförs anpassad efter den deprimerades behov (Skärsäter, 2014). När en patient har frågor om sin behandling och vill vara med och påverka behöver sjuksköterskan kunna bemöta frågorna samt kunna ge goda svar (SFS 2014:821). Sjuksköterskan kan genom sitt kunnande reducera risken för att patienten blir kvar i sin depression och förhindrar förhoppningsvis att allvarigare konsekvenser inträffar så som skadade relationer, förlust av arbete m.m.

Det finns olika typer av depression samt ett antal behandlingsmetoder som används för att hjälpa de personer som lider av det. Den här litteraturöversikten kommer att fokusera på egentlig depression samt behandling med SSRI-preparat och KBT. Den utvärderar också i diskussionen hur detta kan vara till hjälp för att sjuksköterskan ska kunna utvecklas i sin yrkesroll.

Bakgrund

Depression är idag en av de vanligaste sjukdomarna i världen och drygt fyra procent eller 322 miljoner människor av världsbefolkningen uppskattas vara lidande. Fyra procent är förmodligen en underskattning då mörkertalet anses stort då alla med depression inte diagnostiseras (Cho & Crisafio, 2018). I Sverige uppskattas depression drabba ungefär 15 procent av alla män och 25 procent av alla kvinnor någon gång under sin livstid (Spigset, 2014). Enligt Folkhälsomyndigheten (2017) är depression idag klassat som en folkhälsosjukdom, vilket innebär en stor belastning på sjukvården. Den vanligaste bakomliggande orsaken vid suicid är depression (Socialstyrelsen, 2017). År 2017 dog ca 350 kvinnor samt 850 män på grund av konstaterad suicid (Socialstyrelsen, 2018). Läkemedelsbehandling med framförallt Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) är idag ett av de vanligaste läkemedlen för att behandla depression och används oftast i första hand (Läkemedelsverket, 2016). Kognitiv Beteende Terapi (KBT) är idag den vanligaste ickefarmakologiska behandlingen vid depression. Socialstyrelsen (2017) rekommenderar KBT-behandling som en av de första ickefarmakologiska åtgärderna vid mild till måttlig depression. Det råder däremot delade meningar om hur effektiva antidepressiva läkemedel egentligen är och om det skrivs ut i för hög grad, samtidigt som att psykoterapeutiska behandlingen inte erbjuds i tillräcklig omfattning. Andra menar att detta inte alls stämmer utan att alla får samma möjligheter till att själv välja behandling (P4 Blekinge, 2014). Ifrågasättande av hur effektiva antidepressiva läkemedel är, är också debatterat men det finns nu skäl att tro att det är bättre än placebo (SVT, 2018).

Vad är depression?

Det finns flera olika typer av depression så som unipolär depression (sjuklig nedstämdhet) samt bipolärt syndrom (sjuklig upprymdhet). Inom unipolär depression finns egentlig depression, dystymi samt återkommande kroniska depressioner (Skärsäter, 2014). Egentlig depression är ett medicinskt tillstånd påverkar en person på flera plan så som personens tankar, känsloliv, beteende och den allmänna psykiska hälsan. Egentlig depression kan delas in i lätt, lindrig, måttlig eller av svår karaktär. För att diagnostiseras med egentlig depression behöver två huvudkriterier uppfyllas: nedstämdhet eller dyster sinnesstämning samt minskat emotionellt engagemang. Vanligt förekommande symtom är minnes- och koncentrationssvårigheter, minskad libido, ångest, dålig självbild, och även suicidtankar. Det sociala livet påverkas i hög grad när man lider av egentlig depression. Symtom på depression kan variera mellan män och kvinnor. När det gäller kvinnor kan vidare ångest vara ett ensamt symtom och hos män kan aggressivitet och irritabilitet förekomma. Graden av depression kan vara av lätt, måttlig eller svår karaktär. För att ställa en diagnos krävs det att nedstämdhet, nedsatt energi, eller ett minskat intresse för ens omgivning håller i sig stora delar av dagen, de flesta dagar och i minst två veckor (Skärsäter, 2014).

Enligt Skärsäter, (2014) finns det ärftlighet när det gäller depression vilket betyder att vissa personer kan lida större risk av att drabbas av en depression än andra. Det finns flera utlösande faktorer av depression som sociala problem, ofta inom familjen. Andra orsaker kan vara livsstilsrelaterade eller ha att göra med en hög arbetsbelastning. Biologiska faktorer finns också och kan vara förändringar av hormonhalter signalsubstanser i hjärnan.

Diagnostisering av depression - DSM-IV

Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) är en handbok för psykiatri där det finns diagnoskriterier för egentlig depression. Minst fem av följande symtom ska förekomma under minst två veckor och minst ett av symtom (1) eller (2) måste förekomma (Herlofson & Landqvist 2002).

1. Nedstämdhet under större delen av dagen så gott som dagligen
2. Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter
3. Betydande viktnedgång, viktuppgång eller minskad alternativt ökad aptit
4. Sömnstörning
5. Psykomotorisk hämning eller agitation
6. Svaghetskänsla eller brist på energi
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor
8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet
9. Återkommande tankar på döden, självmordstankar, planer på självmord eller fullbordat självmordsförsök (Herlofson & Landqvist 2002).

Vård av depression i Sverige

I Sverige står primärvården för 65 procent av de antidepressiva läkemedel som skrivs ut, men bara 20 procent av dessa patienter remitteras till psykiatri. Inom vården diagnostiseras en person med depression utifrån en klinisk bedömning. Vuxna med depressiva tillstånd behandlas främst med antidepressiva läkemedel och olika former av psykoterapi. Vid en lättare depression kan patienter i primärvården behandlas med samtalsbehandling och fysisk aktivitet. Vid svårare depression kan patienten behandlas, utöver grundbehandling, med repetitiv transkraniell magnetstimulering (eTMS) eller ECT (Socialstyrelsen, 2017)

Behandling vid depression

Historiskt har synen på psykisk sjukdom sett mycket annorlunda ut än vad den gör idag. Psykisk sjukdom trodde man förr kunde vara ett straff från Gud och vissa menade att man var besatt av en ond ande som behövde drivas ut. Hippokrates menade att det var kroppsvätskorna som var i obalans. Senare under mitten av 1700-talet kom dårhusen till Sverige där mycket kontroversiella metoder användes för att försöka bota "dårarna". Man hade då en syn på den psykiskt sjuka patienten att det var någon rubbning i förståndet och att det behövdes skakas rätt (Ottosson, 2003). En av de äldsta behandlingarna vid depression är ECT-behandling. Behandlingen infördes i Sverige 1938, men trots att den har fått utstå kritik genom åren så består den än idag och har även ökat i användning. Kritiken mot ECT utgår främst från fördomar kring behandlingen snarare än fakta. Sanningen är att ECT är den enda behandling som är verksamt på de svåraste depressionerna (Ottosson, 2003).

Idag finns flera olika behandlingsmetoder som är till för att hjälpa personer som lider av depression. Behandlingarna kan utföras på egen hand men patienten kan fördelaktigt stötts med hjälp av en sjuksköterska. Enligt Skärsäter, (2014) finns det flera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder så som träning som förstärker funktionsförmågan, aktiviteter för att förbättra vardagsstrukturen vilket leder till bättre sömn, personstödande samtal, fysisk aktivitet, avslappningsmetoder samt problemlösande samtal.

Farmakologisk behandling av depression

Den farmakologiska behandlingen av depression introducerades i början på 1950-talet vid behandling av TBC. Det var lungläkare som gjorde upptäckten att de läkemedel deras

patienter fick gjorde dem upplivade på ett sätt som inte gick att förklara med patienternas tillfrisknande från TBC. Det visade sig att medicinerna som gavs hämmar ett enzym som kallas monoaminoxidas, vilket orsakade att hjärnans innehåll av signalsubstanser ökade. Därefter fortsatte fler upptäckter inom farmakologin och forskning inom farmakologisk behandling ökade. Två nobelpris delades ut till svenska forskare för forskning på signalsubstanser. Först 1970 till Ulf von Euler och därefter 2000 då Arvid Carlsson blev tilldelad priset (Ottosson, 2003).

Att en person lider av depression innebär att hjärnans signalsubstanser serotonin och noradrenalin har för låga nivåer i vissa delar av hjärnan. Antidepressiva läkemedel har till uppgift att öka dessa signalsubstanser i hjärnan. Antidepressiva läkemedel kan delas upp i fyra huvudgrupper, det äldsta antidepressiva läkemedlet är TCA (Tricykliska antidepressiva) som ökar både serotonin- och noradrenalinhalten i hjärnan. TCA ger många biverkningar och stora doser är toxiskt. Därmed används bara detta läkemedel vid svår depression. SNRI (Serotonin- och noradrenalinupptagshämmare) påminner mycket om SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) beträffande verkningsmekanism, effekt och biverkningar. Det som skiljer SNRI från SSRI är att SNRI hämmar, utöver serotonin, även återupptaget av noradrenalin. Andra antidepressiva läkemedel som exempel monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare) hämmar både noradrenalin och dopamin, genom att bryta ner serotonin och noradrenalin. Dessa läkemedel användes främst där behandlingar inte gett någon effekt hos patienten, eller då allvarliga biverkningar av SNRI och SSRI uppvisats. SSRI är den vanligaste medicinska behandlingen vid depression idag och står för två tredjedelar av den totala förskrivningen av antidepressiva läkemedel. SSRI blockerar den mekanism som transporterar serotonin bort från synapsen och därmed blir det en ökad upptagning av serotonin. Vanligtvis ses den antidepressiva effekten av SSRI efter 1-3 veckor och efter 3-4 veckor är effekten optimal. En behandling med SSRI bör pågå i minst 6-8 månader efter att patienten fått en god effekt av behandlingen för att undvika återfall. Vanligaste biverkningarna av SSRI är illamående, oro, rastlöshet, sömnproblem, diarré, ökad svettning och tremor. Exempel på SSRI läkemedel är Sertralin och Citalopram (Spigset, 2014).

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat hos hela befolkningen med 25 procent sedan 2006. Sju procent av alla män samt 13 procent av alla kvinnor i Sverige hade under 2018 någon gång hämtat ut antidepressiva läkemedel. En tredjedel av alla kvinnor över 85 år samt en femtedel av männen i samma åldersgrupp hämtade någon gång under året ut antidepressiva läkemedel. En större ökning av antidepressiva syns däremot bland unga. Förskrivning till flickor mellan tio till fjorton år hade ökat med 60 procent och till pojkar i samma ålder hade ökat med 40 procent (Socialstyrelsen, 2019). Det råder däremot en osäkerhet kring hur effektiva antidepressiva läkemedel, bland annat SSRI, egentligen är. Vissa tvivlar på effekten samtidigt som andra anser att det är en nödvändig behandling. Effekten beror också på yttre omständigheter, vilken grad av depression man lider av samt att det även finns biverkningar att ta hänsyn till (InformedHealth.org, 2015). Det finns de som hävdar att effekten av SSRI inte är bättre än en placeboeffekt (Newsweek, 2010; CBS 60 minutes, 2012). En svensk studie svarar på den kritiken och menar att SSRI-preparaten Paroxetine och Citalopram är överlägset mycket bättre än placebo utan biverkningar och svarar även på kritiken att SSRI enbart skulle vara effektivt när biverkningar påvisas (Hieronymus, Lisinski, Nilsson & Eriksson, 2017).

Icke farmakologiska behandlingar av depression

Bland de psykologiska behandlingar som Socialstyrelsen (2017) har angett i sina riktlinjer ingår utöver KBT även Interpersonell Psykoterapi (IPT) samt korttids-PDT (Psykodynamisk terapi). IPT innebär att man fokuserar på hur problem i relationer orsakar psykiska symtom. I grunden menar teorin att om man lär sig hantera sina relationella problem så kan de psykiska symtomen minska. Korttids-PDT handlar om att vara medveten om sina känslor och reaktioner för att på sikt förbättra individens självbild och självkänsla. Stor vikt läggs vid personens livshistoria (SBU, 2018). Utöver psykologisk behandling kan även fysisk aktivitet eller farmakologisk behandling erbjudas. Vilken psykologisk behandling som används bestäms i samråd med patienten samt i förhållande av grad på depression (Socialstyrelsen, 2017).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en form av psykoterapi som används för att omskapa människors beteenden. KBT är ett "paraplybegrepp" som har flera olika inriktningar som i olika grad betonar K eller B i KBT. Exempel på några av dem är, ACT (Acceptance Commitment Therapy), AFT (Affect Focus Therapy), BT (Behavioral Therapy) (Wiklund Gustin, 2012). KBT bygger på ett samspel mellan individ och omgivning. Med KBT ligger fokus på nuet och framtiden för att kunna arbeta med tankar, beteenden och känslor, för att kunna skapa en förändring för patienten. Genom uppmuntran och målsättningar kan patienten finna fungerande levnadssätt och få bättre kontroll över sitt liv (Melin, 2006).

Mätning av behandlingseffekt vid depression

Eftersom depression är en subjektiv upplevelse som påverkas av många faktorer, så som miljö och arv, är det svårt att objektivt utvärdera behandlingseffekten. Det man skulle kunna mäta är t.ex. tillbakagång till arbetet, minskad sjukskrivning, minskad suicidbenägenhet m.m. Med andra ord är det svårt att objektivt kunna mäta behandlingseffekten då man t.ex. inte kan ta ett blodprov för att se hur depressionen förbättrats. Det är däremot viktigt trots dessa svårigheter att utvärdera behandlingsresultaten och därför finns det olika metoder som kan skatta förbättring av depression antingen genom intervju eller självskattning. Dessa skattningar är subjektiva men de ger ändå en indikation på hur patienten mår. HAMD, MADRS, BDI samt HADS är några av de vanligaste subjektiva mätskalorna (Wessling, Ramsberg, & Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2008).

HAMD

HAMD står för Hamilton Rating Scale for Depression och förkortas vanligtvis som HRSD, HDRS eller HAMD. Skalan uppkom på 50-talet i första hand för att bedöma effekten av första generationens antidepressiva och ansågs fram till 90-talet vara "the golden standard" då den började ifrågasättas. Skalan utgår från antingen 17 eller 21 frågor i ett formulär (Sharp, 2015). Det finns även olika varianter av HAMD så som Bech6, Evans6, MP6, Toronto7, Santen7, Gibbons8, HAMD10 samt ADAM2 (Helmreich m.fl., 2012).

MADRS

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale uppkom under 70-talet. Användandet av MADRS ökade då kritiken mot HAMD växte då vissa ansåg att den inte var tillräckligt effektiv för att bedöma effekten av depressionsbehandling. MADRS innehåller nio frågor (Williams & Kobak, 2008).

BDI

Becks Depression Inventory (BDI) är en skala som bedömer hur svår en depression är hos personer i åldern 13-80 år (Socialstyrelsen, u.å.). Testet går igenom 21 olika grupper med frågor och varje grupp bedöms efter symtom och attityder till gruppen så som skuld, sömnlöshet, självmordstankar m.m. (Beck, Steer & Garbin, 1988).

HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett självskattningsformulär för att mäta ångest och depression hos patienter inom den somatiska vården. Skalan är till för att upptäcka och mäta förändringar på depressiva symtom och ångestsymtom. HADS-skalan delas upp i HADS-depression och HADS-ångest som vardera består av sju påståenden. I dessa påståenden ska deltagaren ta ställning till hur ofta hon/han känt ångest den senaste veckan eller hur hon/han kan uppskatta saker som tidigare (Zigmond & Snaith, 1983).

Sjuksköterskans roll vid behandling av depression

Enligt Skärsäter (2014) har sjuksköterskan fokus på fyra viktiga saker när det gäller omvårdnad vid depression. Dessa fokus är att kunna stötta patienten till att känna att denne har ett värde, att stötta patienten till att göra livsstilsförändringar som främjar hälsa, stötta patienten till att återfå funktioner så att denne kan återgå till t.ex. skola eller arbete samt att samarbeta med patienten för att denne ska få ökad livskvalitet och minimera risken för att återigen bli sjuk. Skärsäter (2014) menar att detta beror på att personer med depression kan ha typiska symtom så som nedstämdhet, ångest, minskad aptit samt orkeslöshet m.m. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) ska sjuksköterskan bland annat utföra personcentrerad vård. En av aspekterna som är särskilt viktig vid vård av depression är att lyssna på patientberättelsen för att tillsammans kunna identifiera vad hälsa är för patienten. Detta ger verktyg för att kunna sätta upp kortsiktiga samt långsiktiga mål. Då hopplöshet ofta är kännetecknande för en person som lider av depression är detta arbete extra viktigt.

Patienten får ytterligare stöd från lagen (SFS 2014:821) som menar att denne har rätt att få sitt behov av trygghet, kontinuitet samt säkerhet tillgodosett. Sjuksköterskan har genom de sex kärnkompetenserna möjlighet att ge detta till patienten så som personcentrerad vård (Quality and Saftey Education for Nurses, u.å.).

Omvårdnadsperspektiv

Ur ett omvårdnadsperspektiv är det inte självklart att göra en jämförelse mellan KBT och SSRI. Vi anser dock att dessa behandlingsmetoder är väsentliga inslag i omvårdnaden av patienter med depression. Willman, 2014 beskriver sjuksköterskans roll som att ansvara för att se det friska hos personer och ta tillvara på de resurser de har. Sjuksköterskan ska även identifiera risker, motivera till positiv förändring samt undervisa och stötta patienter. Läkemedelshantering är en viktig omvårdnadshandling som sjuksköterskan ansvarar för varje dag. Dessutom är behovet av patientundervisning kring läkemedel men även andra behandlingsmetoder som KBT viktigt att känna till. Enligt Patientlag (2014:821) har patienten rätt till information om sitt hälsotillstånd men även information om olika tillgängliga behandlingsalternativ. Sjuksköterskan är ofta också kontaktperson inom psykiatrin där de ansvarar för några få patienter. Detta medför kontinuitet och en trygghet för patienterna som inom psykiatrin är en extra utsatt grupp (Fransson Sellgren, 2014).

Sjuksköterskans yrke innefattar sex kärnkompetenser och de är de är evidensbaserad vård, personcentrerad vård, samverkan i team, säker vård, förbättringskunskap samt informatik. Evidensbaserad vård innebär att man ständigt bedömer om vården som bedrivs är baserad på starka vetenskapliga evidens. Fler än 18 000 artiklar publiceras årligen i omvårdnadstidskrifter och av dem bedöms ca 10-15 procent att vara till nytta för patienter (Rosén, 2013). Sjuksköterskan är ofta patientens första kontakt vilket innebär att man behöver kunskap att bedöma vilka omvårdnadsbehov som patienten har, även om det innebär att sjuksköterskan inte själv gör behandlingen som krävs. Patienten kan också ha frågor kring läkemedelseffekter och biverkningar samt alternativa behandlingsmetoder. Det är därför viktigt att man som sjuksköterska kan svara sakligt och förklara vad det innebär att arbeta evidensbaserat och varför detta är oerhört viktigt.

Personcentrerad vård innebär att se patientens värde, behov, preferenser och delaktighet i vården. I ett teamarbete ska en öppen kommunikation, ömsesidig respekt samt gemensamma beslut tas för att uppnå hög kvalitet på vården. Säker vård innebär att sjuksköterskan ska minimera risken för skador på patienten genom effektiva stödsystem till varje individ. Med förbättringskunskap ska olika förbättringsmetoder och designer användas med avseende att förbättra kvaliteten och säkerheten i hälso-och sjukvården. Informatik, som är den sista kärnkompetensen, fokuserar på att information ska användas för att kommunicera, hantera kunskaper, minska fel samt att stödja beslutfattande (Quality and Safety Education for Nurses, u.å.).

Legitimerade psykoterapeuter eller psykologer är vanligtvis de som utför KBT-behandlingar, men behandlingen är inom ramen för vad sjuksköterskan kan och får göra inom sin profession. Sjuksköterskan har inte samma kompetens som en psykoterapeut, men med de kurser och utbildningar som finns tillgängliga i KBT ger det sjuksköterskan verktyg att arbeta med. Sjuksköterskan använder KBT i avseende till att underlätta vård och har därför inte nödvändigtvis samma mål som en psykoterapeut som kan ha målet att minska ett beteende primärt (Wiklund Gustin, 2012).

Problemformulering

Det finns tidigare studier som visar på behovet av utökad kunskap kring effekterna av SSRI och KBT efterfrågas bland annat av en reviewartikel (Churchill m.fl., 2013) som undersökte effekten av så kallad "third wave KBT" mot standardbehandling som inkluderar läkemedel. Deras fynd visade att det endast finns låg evidens för att KBT skulle vara bättre än standardbehandlingen och efterfrågar mer forskning på området. Dessa behandlingsmetoder är väsentliga inslag i omvårdnaden av patienter med depression.

Även om SSRI anses vara förstahandsvalet vid behandling av depression kan man inte bortse från de biverkningar dessa medför. Biverkningarna av SSRI kunde leda till deltagarnas tidiga avhopp i behandlingen. Biverkningarna som t.ex. minskad aptit, muntorrhet, sexuella problem och illamående kan ha dålig följsamhet till behandlingen. Sjuksköterskan i sin omvårdnads-handling behöver kunskap om biverkningar för att kunna informera patienten samt vara följsam till patientens behandling (Skärsäter, 2014). Detta är viktigt för att kunna ge god omvårdnad och öka följsamhet genom att informera patienten på rätt sätt för att främja delaktighet. Eftersom att det biverkningar förekommer med SSRI preparat kan det vara bra med icke-farmakologiska behandlingar så som KBT då den behandlingen inte är medicinsk och kan potentiellt vara mer skonsam. Om sjuksköterskan har mer kunskap om de båda

behandlingsmetoderna ökar möjligheten till bättre information till patienten samt förbättrade möjligheter till en god omvårdnad.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att sammanställa kunskapsläget beträffande behandlingseffekterna av både farmakologisk SSRI-behandling och icke-farmakologisk KBT-behandling med särskilt fokus på patientskattningar på kort och lång sikt.

Frågeställningar

- Vilken av behandlingarna ger störst effekt enskilt?
- Är en kombinerad behandling effektivare än separata behandlingar?
- Ger de olika behandlingsmetoderna olika effekt vid olika tidpunkter?
- Kan patientens egna preferenser påverka effekten av behandlingen?
- Kan mätskalor skilja sig i resultat?

Metod

För att svara på syftet gjordes en litteraturoversikt. Fribergs modell användes då den på ett tydligt tillvägagångssätt vägleder forskaren hur man analyserar och granskar artiklar i en litteraturstudie. Metoden lämpar sig väl för sjuksköterskestudenter vilket gör den relevant för denna litteraturoversikt (Friberg, 2017).

Datinsamling

Artiklarna som valdes till studien hittades via databasen Pubmed som har sitt huvudfokus på medicinrelaterade artiklar. Databaser som Cinahl, PsycINFO och Cochrane användes utöver Pubmed i artikelsökningen, men inga artiklar som var relevanta till vårt syfte hittades i dessa. Innan sökningarna gjordes konstruerades ett PICO utifrån syftet för att få fram relevanta sökblock som resulterade i följande: P: depression I: SSRI C: KBT O: Utvärdering av patientens upplevelse av behandling utifrån skattningsskalor. I artikelsökningen användes tre sökblock baserade på PICO för att få fram relevanta sökresultat. Dessa tre sökblock var "Major depression", "CBT" och "SSRI" som kombinerades med andra relevanta sökord, booleska operatörer, trunkering samt Mesh-termer. Avgränsningar i artikelsökningen fick användas med syfte att reducera antal träffar och hitta relevanta artiklar. Dessa avgränsningar var att artiklarna skulle vara skrivna inom tio års tid, innefatta deltagare mellan 18 till 65 års ålder samt vara originalartiklar. I en av sökningarna som gjordes användes en begränsning på fem års tid för att begränsa antal artiklar i sökresultatet till en hanterbar mängd. Artiklarna kunde vara både kvalitativa och kvantitativa, dock hittades bara kvantitativa artiklar som svarade på studiens syfte. Efter tre sökningar resulterade det i elva artiklar. Artiklarnas kvalitet granskades grundligt enligt SBU:s granskningsmall för kvantitativa artiklar. Mallen lästes igenom och frågorna svarades på för att avgöra kvaliteten på artiklarna. Se bilaga 2 för att se kommentarer kring kvalitetsbedömning av artiklar. Två av artiklarna föll bort då de inte

kunde svara på syftet. Vi slutade med att ha nio antal artiklar som analyserades och kunde användas i resultatet. För fullständig sökhistorik se bilaga 1.

Analys

De utvalda artiklarna analyserades med hjälp av Fribergs analysmodell (Friberg, 2017). Här beskrivs en process där man först läser igenom de valda artiklarna flera gånger för att få en uppfattning om dess innehåll, samt att man skriver en sammanfattning på varje artikel på en eller ett par sidor. Därefter skapas en översiktstabell där man fyller i relevant sammanfattad data från artiklarna. Likheter samt skillnader granskas i artiklarnas olika områden så som metod och resultat. Materialet som sällats fram sorteras in under lämpliga rubriker som sammanfattar data på ett relevant sätt.

Utifrån denna modell ställde vi oss först frågor om vad vi ville få svar på utifrån artiklarna som hittades. Därefter lästes artiklarna enskilt, granskades grundligt och sammanfattades utifrån Fribergs modell. Efter det granskade vi varandras sammanfattningar och jämförde dem med artiklarna. Utifrån denna granskning skapades lämpliga rubriker som svarade mot våra frågeställningar i resultatet.

Urval

Inklusionskriterier

Artiklarna som inkluderades i litteraturöversikten var alla publicerade efter 2009. Vi valde att ha denna begränsning på en maxålder på 10 år för att endast få aktuell vetenskaplig forskning. Våra inkluderade artiklar skulle vara *peer reviewed* och uppfylla kraven på att endast *adult 18-65* skulle vara med i artiklarna. Artiklarna som inkluderades innehöll både undersökningar av SSRI och KBT, även om dessa två behandlingar inte alltid jämfördes med varandra.

Exklusionskriterier

Artiklarna vi exkluderade var de som innehöll andra psykologiska diagnoser utöver depression. Utöver detta exkluderades artiklar som handlade om förlossningsdepression.

Forskningsetik

Alla våra nio valda artiklar hade godkännande av oberoende etikbedömningskommittén i respektive land. I åtta av våra nio artiklar nämndes även att alla deltagare fick lämna skriftligt samtycke om sitt deltagande i studien och att de kunde lämna studien när de ville. Enligt Kjellström, (2015) är det viktigt vid ett examensarbete att inom forskningsetik ha kännedom om de värderingar, normer och principer som formulerats som vägledande riktlinjer och grundläggande etiska principer så som respekt för personen, att alla har lika värde och rättvisepincipen.

Resultat

Utifrån artikelgranskningen kunde våra fem frågeställningar besvaras.

Vilken av behandlingarna ger störst effekt enskilt?

Resultatet i flera studier visade att SSRI gav likvärdig effekt som KBT medan andra visade att SSRI gav större förbättring samt att KBT kan förbättra "quality of life". Tre olika studier, en från Mexiko samt två från Tyskland pekade mot att SSRI-behandling var effektivare i att reducera depression än KBT (Orjuela-Rojas, Martínez-Juárez, Ruiz-Chow, & Crail-Melendez, 2015; Helmreich m.fl., 2012; Petrak m.fl., 2015).

Studien som gjordes i Mexiko hade 15 deltagare där resultatet visade på att SSRI-behandling är något effektivare då gruppen som fick SSRI-behandling minskade med fler poäng än KBT-gruppen på BDI-skalan, vilket inte var en signifikant skillnad (Orjuela-Rojas m.fl., 2015). Studien visade däremot att de patienter som fick en KBT-behandling hade en högre känsla av ökad livskvalitet än den grupp som fick SSRI-behandling enligt QOLIE-31-skalan. Båda grupperna hade likvärdig startpoäng men efter 6 respektive 12 veckors behandling hade KBT-gruppen en högre poäng än SSRI-gruppen på självskattningsskalan. Detta visar att patienter som fick KBT-behandling istället för SSRI-behandling upplevde större grad av ökad livskvalitet (Orjuela-Rojas m.fl., 2015). En studie från Tyskland (Helmreich m.fl., 2012) med 368 deltagare varav 31,7 procent led av egentlig depression visade ett mer svårtolkat resultat. Detta eftersom jämförelsen mellan behandlingsgrupperna inte gjordes tydligt i tabellerna. Studien presenterade däremot en poäng i förändring på varje HAMD-17-kriterium. Den totala summan av förändring i gruppen som fick SSRI var signifikant högre på de flesta frågorna på HAMD-17-skalan än i gruppen som fick KBT, vilket tyder på en effektivare behandling efter 10 veckor för SSRI. Den andra studien från Tyskland (Petrak m.fl., 2015) undersökte om KBT-behandling kunde vara bättre än SSRI-behandling hos patienter med diabetes samt egentlig depression. Studien inkluderade 251 deltagare där man efter 15 månaders uppföljning fick resultatet att båda behandlingarna var effektiva i att minska de depressiva symtomen men att SSRI var aningen bättre än KBT.

I en studie (Henkel m.fl., 2010) från Tyskland undersökte de SSRI-behandling mot placebo samt KBT mot GSG (Guidad SjälvhjälpsGrupp), där 95 stycken deltagare deltog. Resultatet av studien visade att efter 10 veckors behandling var poängen, i SSRI, placebo och KBT gruppen, på HAMD-17-skalan likvärdiga. I studien (Orjuela-Rojas m.fl., 2015) från Mexiko visades att efter 12 veckors behandling hade KBT-och SSRI-gruppen samma resultat på HADS-D skalan. Detta visar på likvärdig effekt i denna studie. I en kanadensisk studie (Lam m.fl., 2013) fanns det inga signifikanta skillnader i förbättring mellan SSRI-gruppen samt SSRI+KBT-gruppen efter 12 veckor. Artikeln (Nakagawa m.fl., 2017) från Japan visade att 12 månader efter behandlingen hade TAU (Treatment As Usual)+KBT-gruppen och TAU-gruppen sjunkit med ungefär samma poäng på BDI-skalan, vilket tyder på en likvärdig effekt av KBT och TAU.

Är en kombinerad behandling effektivare än separata behandlingar?

En kombination av KBT samt SSRI kan vara effektiv vilket visade sig i flera av undersökningarna. I en av studierna från Kanada (Lam m.fl., 2013) undersöktes det om SSRI-behandling plus KBT kunde förbättra deltagarnas symtom och arbetsproduktivitet jämfört med enbart SSRI-behandling. 99 deltagare deltog och blev uppdelade i två grupper där den ena gruppen fick SSRI-behandling och den andra SSRI+KBT-behandling vilket skulle

utvärderas enligt MADRS. Från baslinjen fram till vecka 12 visade studien en reduktion på 17,9 poäng hos patienter som fick SSRI-preparatet Escitalopram samt KBT-behandling, jämfört med en reduktion på 14,7 poäng hos de som enbart fick SSRI-behandling. Detta var inte en signifikant skillnad. En annan studie från Kanada (Carney m.fl., 2017) med 107 deltagare visar även den på att en kombination av KBT och SSRI ger en signifikant god effekt då en minskning på 11,1 poäng på HAMD-17 syntes vid uppföljningen som gjordes efter 6 månader. Effekten av en kombinerad behandling kan däremot ifrågasättas då artikeln även jämförde KBT med placebo som gav en minskning på 10,85 poäng. Eftersom resultaten är så pass lika är det svårt att dra en slutsats att SSRI i kombination med KBT skulle vara bättre än placebo med KBT. Studien från Japan (Nakagawa m.fl., 2017) visade att en behandling med TAU där 52,5 procent av deltagarna fick SSRI kombinerat med KBT, gav bättre resultat än TAU enbart. Båda grupperna startade med samma utgångspoäng men TAU+KBT-gruppen hade en tydlig förbättring i både Grid-HAMD och BDI-skalan jämfört med TAU-gruppen. Tydligast kunde skillnaden ses vid 12-månadersuppföljningen där TAU+KBT-gruppen nästan hade en halvering av poängen på Grid-HAMD-skalan jämfört med TAU-gruppen. Detta resultat visar att ett tillägg av KBT i en medicinsk behandling mot depression kan ge tidigare och effektivare effekt än TAU ensamt.

Ger de olika behandlingsmetoderna olika effekt vid olika tidpunkter?

En tysk studie (Tadić m.fl., 2010) undersökte om någon behandling mot depression gav tidigare förbättring och huruvida denna tidiga förbättring även medförde en senare förbättring. Studien bestod av 223 deltagare som delades upp i fyra grupper: en som fick SSRI, en som fick placebo, en som fick KBT och en som fick GSG. Studien visade att två veckor in i behandlingen var det gruppen som fick KBT som uppnådde bäst resultat. Resultatet mättes med en förbättring på över 20 procent i HAMD-17-poängskalan där 39 procent av SSRI-gruppen, 49 procent av KBT-gruppen, 35 procent av placebogruppen och 40 procent av GSG-gruppen hade uppnått denna förbättring. Detta visar på att KBT kan vara den bästa behandlingsformen för depression under början av behandlingen. Bristen på behandlingssvar är även viktigt att uppmärksamma då det bör leda till nya strategier för behandlingsoptimering då det annars blir svårt för patienten att få bra behandlingssvar efter längre tid med behandlingen (Tadić m.fl., 2010). Liknande resultat kunde ses i en studie från Japan (Nakagawa m.fl., 2017) där de undersökte effekten av att komplimentera den vanliga läkemedelsbehandlingen, TAU, med KBT. 53 procent av deltagarna fick SSRI-behandling. Åttio deltagare deltog i undersökningen där de delades upp i två grupper. Ena gruppen fick enbart TAU och andra gruppen fick TAU+KBT-behandling. Efter 16 veckors behandling hade TAU+KBT-gruppen sjunkit med 12 poäng på BDI-skalan. Detta kan jämföras med TAU-gruppen som endast sjunkit med 9,3 poäng under samma tid.

Kan patientens egna preferenser påverka effekten av behandlingen?

Det finns olika behandlingar mot depression och behandlingsresultat kan skilja sig åt beroende på vad patienten själv föredrar. I en tysk studie (Mergl m.fl., 2011) undersöktes det om patienters egna preferenser hade någon betydelse i olika behandlingar mot depression. Studien bestod av tre grupper, med totalt 145 deltagare, där en grupp fick SSRI, en fick KBT och den tredje fick välja själva mellan dessa behandlingar utifrån sina egna preferenser. Majoriteten av deltagarna som fick välja behandling föredrog psykoterapi framför farmakologisk behandling. Det visade sig att patienter som föredrog SSRI förbättrade sin ursprungliga HAMD-17-poäng med 9 poäng under 10 veckor, jämfört med de som inte föredrog SSRI som endast förbättrade poängen med 5 poäng. I KBT-gruppen förbättrade patienter som föredrog KBT-behandling sin poäng med 8 poäng jämfört med de som inte föredrog detta, som endast

gjorde en förbättring på 2 poäng. Studien visar därmed att gruppen där patienterna själva fick välja behandlingsmetod hade signifikant förbättrade resultat oavsett om det var SSRI- eller KBT-behandling. Detta innebär att patienternas preferenser kan spela stor roll i vilken effekt en behandling mot depression kan ge.

Kan mätskalor skilja sig i resultat?

Som tidigare nämnts så visar den mexikanska studien (Orjuela-Rojas m.fl., 2015) ett tvådelat resultat där BDI-skalan visar på en tydlig skillnad i poäng, medan HADS-D inte påvisade skillnader. Den japanska studien (Nakagawa m.fl., 2017) mäter sitt resultat med två skalor, HAMD samt BDI. Resultatet är svårt att dra några slutsatser från då skalorna ger olika resultat. HAMD visar på en skillnad i resultat mellan grupperna men det gör inte BDI. Även den ena studien från Tyskland (Helmreich m.fl., 2012) som hade som syfte på att undersöka olika varianter av HAMD visar att varianterna generellt sett ger likvärdiga resultat men att de ändå skiljer sig något. Skillnaderna syntes inom olika kategorier då de hade utformats med syfte att fokusera mer på de enbart depressiva symtomen än vad HAMD-17 gör. De reviderade skalorna hade plockat bort de frågor som hade sitt fokusområde på biverkningar för att kunna urskilja förbättring av depression mer effektivt (Helmreich m.fl., 2012). Baserat på detta finns det skäl att anta att skillnaderna lär vara ännu större mellan olika sorters skalor som mäter depression som t.ex. HAMD eller MADRS.

Diskussion

Vår studie visar att både KBT samt SSRI är effektiva för behandling av depression. SSRI var något effektivare än KBT som enskild behandling i de flesta studier som granskades, men några andra studier hade resultat som visade att de två behandlingsformerna hade likvärdig effekt. Några studier visade att en kombination av dessa behandlingar syntes öka effekten ytterligare. Deltagarnas inställning till en behandling var också något som påverkade resultatet mycket. Om inställningen till viss behandling var positiv blev resultatet bättre. Mätskalorna som används för att utvärdera förändring i depression utifrån patientens egen uppskattning kunde variera och ge olika resultat i olika grad, vilket är viktigt att veta när man gör en bedömning av depression.

Metoddiskussion

Avgränsning och syfte

När avgränsningen skulle göras inför artikelsökningen användes PICO vilket gav oss möjligheten att avgränsa området som skulle undersökas på ett lämpligt sätt. Svårigheten var att inte begränsa sökresultatet för mycket och samtidigt undvika en för bred avgränsning som skulle kunna påverka resultatet negativt. Studier som jämförde KBT och SSRI var det vi sökte då tanken var att det skulle ge en mer rättvis jämförelse av de båda metoderna. Eftersom studierna använde sig av olika metoder och utfördes på olika sätt var förhoppningen därför att det skulle vara lättare att göra rättvisa jämförelser mellan de båda behandlingsmetoderna av depression. Det visade sig däremot vara svårt att hitta artiklar som gjorde direkta jämförelser mellan KBT och SSRI då behandlingsmetoderna i praktiken sällan används enskilt utan snarare i kombination med varandra. En kompromiss fick göras och de artiklar som vi fick

fram speglade denna svårighet. De artiklarna som sökningen resulterade i uppfyllde våra inklusions- samt exklusionskriterier men tyvärr skiljde sig artiklarna ganska mycket i övrigt gällande studiernas utförande samt vad deras primära mål med studien var. T.ex. var huvudfokuset i en av studierna att utvärdera hur KBT, SSRI, placebo samt en sömnbehandling kunde förbättra sömnen hos de med egentlig depression. Vi tror att skillnaden i studiernas målsättning kan påverka resultatet och val av metod vilket gör direkta jämförelser svårare. Om vi hade börjat om från början och gjort nya avgränsningar för sökningar hade vi nog valt att granska artiklar som enskilt bedömer effekten av SSRI eller KBT för att sedan ställa resultatet från studierna mot varandra. Nackdelen i det fallet hade varit att sökningen hade resulterat i fler resultat vilket sedan innebär fler avgränsningar. Som tidigare nämnts hade det även varit svårare att göra direkta jämförelser då studierna har olika populationer samt metoder.

Fler artiklar i resultatet hade varit fördelaktigt då det var svårt att dra några slutsatser utifrån de artiklar som hittades för denna studie. Tyvärr var det svårt att hitta artiklar som föll inom ramarna av vad vi sökte utan att i grunden ändra på vilket typ av resultat som vi ville få från sökningarna som gjordes. Det går inte att utesluta möjligheten att relevanta artiklar till vår studie missades p.g.a. brist på erfarenhet inom artikelsökning.

Artiklar som relaterade till syftet söktes i flera olika databaser, Pubmed, Cinahl, Psycinfo och Cochrane. Samtliga artiklar som hittades var kvantitativa och hittades i Pubmed. Anledningen till att alla artiklar som användes är från Pubmed beror på att vi genom flera sökningar inte hittade några relevanta artiklar i de andra databaserna som svarade mot studiens syfte. Det hade möjligtvis varit en fördel om vi hittade några kvalitativa artiklar då vi kunde ha jämfört t.ex. patienternas egna upplevelser samt preferenser av behandling för att ytterligare stärka resultatet. En av de valda artiklarna hade endast 15 deltagare i sin studie. Detta antal är lågt, men trots det valde vi att inkludera denna artikel i studien då den svarade mot syftet. I kombination med de övriga artiklarna vidgar artikeln den övergripande bilden av resultatet. Resterande artiklar som inkluderades hade fler deltagare. Utöver den med 15 deltagare så hade den med näst minst deltagare 80 deltagare, vilket ger ett mer stabilt underlag som ger ett mer trovärdigt resultat.

Analysen av artiklarna var svår av flera olika anledningar. T.ex. var det svårt att bedöma och göra rättvisa jämförelser mellan de olika studiernas resultat på grund av deras skillnader i utformning samt syfte. Skillnaderna avser t.ex. att alla inte direkt jämför KBT med SSRI, olika storlekar på population eller att studierna hade olika huvudfokus som t.ex. att undersöka depression hos diabetespatienter. Studiernas mätskalor kunde skilja sig åt, vilket gjorde det svårt att jämföra med varandra. Därför fokuserade vi på att välja studier med liknande mätskalor för att erhålla en mer rättvis jämförelse. Många av studierna hade fokusområden utöver KBT och SSRI, exempelvis på patienter med insomni eller epilepsi, vilket försvårade jämförelsen ytterligare. En annan anledning var svårigheten att tolka resultaten i tabeller som vi tror beror på bristande kunskap i tolkningsförmåga. För att lösa detta fick vi läsa på om vad olika saker i tabellerna betyder för att sedan kunna utföra en rättvis tolkning av resultatet.

Studier från fyra olika länder inkluderades varav majoriteten var från Tyskland. Det finns både för- och nackdelar med att studierna kommer från olika länder. Fördelar är att man får en bredd som kan styrka resultatet då t.ex. kulturella skillnader eventuellt kan förekomma som spelar roll för studiernas utformning samt resultat. För somliga studier kan det vara en

nackdel att flera länder inkluderas då resultatet inte helt säkert är överförbart mot studiens syfte. I vårt fall var det en styrka att inkludera flera länder i studien. Att inkludera forskning från flera länder som kan peka på möjliga skillnader och likheter i resultat öppnar för större förståelse samt nya möjligheter till fortsatt forskning. Det kan tänkas att vi fördelaktigt kunde inkludera studier från ytterligare olika länder för att få en större bredd, men eftersom inte fler artiklar hittades blev det inte så.

Svarar artiklarna mot syftet?

På grund av det begränsade urval av texter som hittades varierade artiklarna ganska mycket i sina metoder. Detta innebar att vi behövde arbeta med ett svårare underlag som inte var lika unisont som vi hoppats på. Resultaten som vi fick var varierade, vilket speglade våra artiklar som såg olika ut, men det speglade även debatten om hur effektiva de respektive behandlingarna egentligen är då detta är omdebatterat. Resultatet svarar mot syftet samt frågeställningarna som ställdes i början av arbetet. Det är möjligt att frågeställningarna hade fått mer konsekventa samt koherenta svar men det är inte helt säkert. Det är möjligt att vårt resultat avspeglar hur många faktorer som spelar in när depression ska behandlas och att det var därför som vi fick dessa resultat.

Resultatdiskussion

Resultatet från studierna som granskades var intressanta men svårtolkade. Några studier (Orjuela-Rojas m.fl., 2015; Helmreich m.fl., 2012; Petrak m.fl., 2015) visade att SSRI hade en större effekt på depression än KBT. Andra studier (Henkel m.fl., 2010; Orjuela-Rojas m.fl., 2015; Lam m.fl., 2013; Nakagawa m.fl., 2017) visade att effekten var likvärdig utan några större skillnader. Resultatet pekar på att det fanns många variabler, så som olika SSRI-preparat, grad av depression, studieutformning, patientens preferenser samt olika mätskalor för depression m.m., som spelade in och att behandling av depression inte är helt enkelt att forska på. Vårt resultat uppvisade samma svårighet som Churchill m.fl., (2013) hade om att det är svårt att bevisa att någon av behandlingarna skulle kunna vara bättre. Svårigheterna var bl.a. att hitta tillräckligt med artiklar som svarade mot syftet samt artiklar som studerar långvariga effekter av KBT samt SSRI-behandling. En av anledningarna till att våra resultat var svårtolkade kan vara att patientens preferenser av behandling verkar spela stor roll för att uppnå förbättring av depression. Att respektera patientens önskemål är centralt inom personcentrerad vård och är också en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Utifrån det är det viktigt att respektera patientens preferenser till behandling samt att patienten få sin vilja hörd samt att få känna sig delaktig i sin egen omvårdnad (Quality and Safety Education for Nurses, u.å.).

Studien från Japan (Orjuela-Rojas m.fl., 2015) hade ett ojämnt baslinjevärde (23,4 och 20,8) vilket gör att man kan ifrågasätta om resultatet från studien bär någon tyngd. Slutsatsen blir därför svagare då det finns en potentiell möjlighet att resultatet hade varit mer lika om båda grupperna utgått från en likvärdig utgångspunkt, samt att de var få deltagare i studien. En annan faktor som sänker styrkan i resultatet är att de fick ett annorlunda resultat när de mätte på HADS-D-skalan.

Mergl m.fl. (2011) visade tydligt att patientens preferens till vald behandling spelade stor roll för hur effektiv den är. Detta innebär i praktiken att när behandling ska väljas för en patient så

bör patientens inställning kartläggas till KBT och SSRI. Detta ger även nytt perspektiv på de övriga artiklarna som inkluderades i denna studie då man kan tänka sig att resultatet utifrån ett omvårdnadsperspektiv kunnat bli annorlunda om man tagit med patientens egna preferenser i beräkning. Eftersom Mergl m.fl. (2011) visar att detta har stor betydelse bör den faktorn inkluderas i framtida studier och behandlingar. För att behandlingen ska bli så effektiv som möjligt behöver patienten ha förståelse för vad behandlingarna innebär. Då sjuksköterskan ofta har en nära kontakt som t.ex. kontaktperson (Fransson Sellgren, 2014) till patienter med depression är det därför viktigt att man kan hjälpa denne till att bli positivt inställd till behandlingarna. Teamarbete samt god kommunikation är viktigt för att kunna erbjuda kontinuitet och personcentrerad vård, då detta ger patienten trygghet och en god chans till förbättrad hälsa (Quality and Safety Education for Nurses, u.å.). Detta kan ske genom t.ex. motiverande samtal som sjuksköterskan håller i (Socialstyrelsen, u.å.).

Studierna tar inte upp biverkningar hos SSRI vilket kan vara problematiskt då Daly m.fl., (2011); Hsu m.fl., (2011); Warden m.fl., (2009) tar upp vilka biverkningar som uppvisades hos patienterna de undersökte. Även om vårt resultat visar att SSRI var något bättre än KBT i fråga om att minska depression så är det viktigt att tänka på biverkningar som minskad aptit, muntorrhet, minskad sexuell lust samt illamående kan tillkomma (Daly m.fl. 2011). Att ignorera biverkningar är att blunda för en viktig faktor när det gäller hälsa. (SFS 2010:659) menar att sjuksköterskan har en skyldighet att utöva sakkunnig samt omsorgsfull vård, och ska i största möjliga mån utforma vården i samråd med patienten. Detta innebär att informera patienten om effekter och eventuella biverkningar av SSRI för att en patientsäker vård ska kunna utföras. Även om depressionen minskat kan andra symtom från biverkningar vara jobbiga även om de inte visar sig på depressionsskalorna.

Sjuksköterskan behöver ha en dialog med läkare, samt patient, för att diskutera eventuella biverkningar och hur de kan påverka patienten. Detta teamarbete är av stor vikt och det är viktigt att alla kollegor respekterar varandra och tar vara på varandras kunskap och resurser (Quality and Safety Education for Nurses, u.å.). Ulfvarson & Bergqvist, (2014) nämner att sjuksköterskan har ett farmakologiskt omvårdnadsansvar som innebär att denne gör bedömningar och utvärderingar när läkemedelsbehandling utförs. T.ex. har sjuksköterskan ansvar att informera samt utvärdera effekten av läkemedel som patienten får. Ur ett hälsoperspektiv är det därför problematiskt att studierna som vi granskade inte tog upp detta. Med tanke på att det kan förekomma biverkningar från SSRI är det positivt att några av våra artiklar fick resultatet att KBT gav tidigare effekt än SSRI därför att KBT inte har några läkemedelsbiverkningar. Författarna till dessa studier trodde att det kan bero på att deltagarna lärde sig hantera sin depression med de verktyg de fick, kunde acceptera sin situation, samt att SSRI tar längre tid innan det börjar ge effekt. Om sjuksköterskan har kunskap om att KBT potentiellt kan ge tidigare effekt kan denne tillgodose patienter med information och stöttning.

Ett av problemen med studierna är att de inte är särskilt långa. Som längst har en av studierna (Petra m.fl., 2015) ett års uppföljning. Många av studierna följde upp endast i ett antal veckor. Detta är problematiskt då behandling med SSRI ofta behövs under en längre tid (Spigset, 2014). Det går inte att utläsa i våra studier om en eventuell tillbakagång mot baslinjen senare eller efter behandlingen. Långtidseffekterna av de olika behandlingarna är oklara utifrån dessa studier och därför önskar vi att mer forskning görs gällande långtidseffekter. Det är särskilt viktigt just vid långa behandlingar att de utförs i samråd med patienten och att denne får vara delaktig i sin omvårdnad. Enligt lag SFS 2014:821 ska patienten vara

delaktig i sin egen vård vilket vår studie stärker vikten av gällande positiva effekter av att patienten själv är positivt inställd till behandlingen.

Kunskapen om att olika mätskalor av depression kan ge olika resultat är värdefull därför att sjuksköterskan har ofta nära kontakt med patienten och får även del av resultaten från skattningssakolorna. Även om skillnaderna inte är väldigt stora så finns det en grund att ifrågasätta och utvärdera resultaten. Att som sjuksköterska lita blint på resultat utan att betrakta och samtala med patienten kan bli problematiskt. Ingen skala reflekterar en persons välbefinnande perfekt, utan är ett verktyg som bara ger en indikation om hur personen mår. Som sjuksköterska har man ansvar för att följa kunskapsutvecklingen och med det ansvaret krävs kritiskt tänkande och ifrågasättande inom omvårdnaden (Idvall & Andersson, 2014). Med detta ansvar kan sjuksköterskan potentiellt vara med och utforma framtidens skattningsskalor med målet att bättre kunna mäta förbättring av depression vilket underlättar för sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Slutsats

Vid en behandling av depression är det många faktorer som spelar roll för att den ska anses vara effektiv. Det är viktigt att se till patientens egna preferenser och låta de vara delaktiga i sin behandling för att öka chansen till effektivare behandling samt bättre behandlingsresultat. En viktig del i behandlingen är att få en tidig effekt för att minska patientens lidande.

Kliniska implikationer

SSRI- och KBT-behandling kan vara effektiva var för sig, men kombinerat kan de ge ytterligare positiva behandlingsresultat. Resultatet är inte så tydligt som förhoppningen var att det skulle vara och lämnar möjligtvis fler frågor än svar. I ljuset av detta behöver sjuksköterskan kunna förhålla sig kritisk till forskning och ta in och applicera det som är av värde. Vikten av att sjuksköterskan har kunskap om farmakologisk samt icke-farmakologisk behandling vid depression är stor. Kunskap ger sjuksköterskan verktyg för att förmedla den vidare till patienten för att kunna ge bästa möjliga vård.

Fortsatt forskning

Depression är idag ett stort problem och mer forskning behövs för att kunna ge bättre behandlingsmetoder som leder till en mer personcenterad vård. Ytterligare forskning skulle även kunna ge sjuksköterskan bättre behandlingsmetoder inom omvårdnad för att kunna minska patientens lidande och istället inge hopp om en bättre framtid. Det är därmed viktigt att fortsätta forska om effekten av depressionsbehandlingar.

Referenslista

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Kuchibhatla, M., Lachowski, A. M., Bogouslavsky, O., Krystal, A. D., & Shapiro, C. M. (2017). Cognitive behavioral insomnia therapy for those with insomnia and depression: a randomized controlled clinical trial. *Sleep*, 40(4), zsx019.
- CBS 60 minutes. (2012). *Treating depression: is there a placebo effect?*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.cbsnews.com/news/treating-depression-is-there-a-placebo-effect/>
- Cho, S. H., & Crisafio, A. Depression and Primary Care: A Review of the Prevalence, Burden, Costs, Screening, and Treatment Strategies. *J Psychiatry Behav Health Forecast*. 2018; 1 (1), 1002.
- Churchill, R., Moore, T., Furukawa, T., Caldwell, D., Davies, P., Jones, H., . . . Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2013(10), CD008705.
- Idvall, E., Andersson, A-C. (2014). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens Grunder - Ansvar och Utveckling* (s. 331-357). Lund: Studentlitteratur AB.
- Daly, E. J., Trivedi, M. H., Fava, M. R., Shelton, R. W., Wisniewski, S., Morris, D., . . . Rush, A. (2011). The Relationship Between Adverse Events During Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment for Major Depressive Disorder and Nonremission in the Suicide Assessment Methodology Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 31-38.
- Doktorerna.com. (u.å). *Tolkning av HAD för bedömning av depression och ångest*. Hämtad 2019-04-15 från <https://doktorerna.com/tolkning/had-tolkning/>
- Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens Grunder - Hälsa och Ohälsa* (s. 729-755). Lund: Studentlitteratur AB.
- F Hieronymus, A Lisinski, S Nilsson, & E Eriksson. (2017). Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in the absence of side effects: A mega-analysis of citalopram and paroxetine in adult depression. *Molecular Psychiatry*, 23(8), 1731-1736.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Depression – ett stort folkhälsoproblem som kan förebyggas*. Hämtad 2019-03-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/depression-ett-stort-folkhalsoproblem-som-kan-forebyggas/>
- Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens Grunder - Ansvar och utveckling* (s. 253-277). Lund: Studentlitteratur AB.

- Friberg, F. (2017). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. I F. Friberg (Red.). *Att göra en litteraturoversikt*, 141-152.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A. K., Hautzinger, M., Henkel, V., ... & Tadić, A. (2012). Sensitivity to changes during antidepressant treatment: a comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(4), 291-304.
- Henkel, V., Mergl, R., Allgaier, A. K., Hautzinger, M., Kohnen, R., Coyne, J. C., ... & Hegerl, U. (2010). Treatment of atypical depression: post-hoc analysis of a randomized controlled study testing the efficacy of sertraline and cognitive behavioural therapy in mildly depressed outpatients. *European Psychiatry*, 25(8), 491-498.
- Herlofson, Jörgen, and Mats Landqvist. *MINI-D IV : Diagnostiska Kriterier Enligt DSM-IV-TR*. Ny Utg.] ed. Danderyd: Pilgrim, 2002
- Hsu, J. W., Su, T. P., Huang, C. Y., Chen, Y. S., & Chou, Y. H. (2011). Faster onset of antidepressant effects of citalopram compared with sertraline in drug-naïve first-episode major depressive disorder in a Chinese population: a 6-week double-blind, randomized comparative study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(5), 577-581.
- InformedHealth.org. (2015). *Depression: How effective are antidepressants?*. Hämtad 2019-04-15 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361016/>
- Internetmedicin.se (u.å.). *Tolkning av MADRS-S*. Hämtad 2019-03-13 från <https://www.internetmedicin.se/material/Tolkning%20av%20MADRS-S.pdf>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kjellström, S. (2015). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lam, R. W., Parikh, S. V., Ramasubbu, R., Michalak, E. E., Tam, E. M., Axler, A., ... & Manjunath, C. V. (2013). Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 358-365.
- Läkemedelsverket. (2016). *Läkemedelsbehandling av depression, ångest- syndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna*. Uppsala: Läkemedelsverket.
- Mein, L (2006). Teoretisk bakgrund. I L-G. Ös (Red.), *KBT Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (s. 13-14). Stockholm: Natur och Kultur
- Mergl, R., Henkel, V., Allgaier, A. K., Kramer, D., Hautzinger, M., Kohnen, R., ... & Hegerl, U. (2011). Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results

- from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 39-47.
- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., ... & Ono, Y. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), 1126-1135.
- Newsweek. (2010). *Why antidepressants are no better than placebos*. Hämtad 2019-04-15 från <https://www.newsweek.com/why-antidepressants-are-no-better-placebos-71111>
- Quality and Safety Education for Nurses. (u.å.) *QSEN Competencies*. Hämtad 2019-04-30 från: http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/#quality_improvement
- Orjuela-Rojas, J. M., Martínez-Juárez, I. E., Ruiz-Chow, A., & Crail-Melendez, D. (2015). Treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study of cognitive behavioral therapy vs. selective serotonin reuptake inhibitors. *Epilepsy & Behavior*, 51, 176-181.
- Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- P4 Blekinge. (2014). *Debatt om utskrivning av antidepressiva*. Hämtad 2019-04-05 från <https://sverigesradio.se/sida/gruppsida.aspx?programid=105&grupp=22923&artikel=6017941>
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hermanns, N., Hiemke, C., Hiller, W., ... & Zahn, D. (2015). Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: the diabetes and depression (DAD) study: a randomized controlled multicenter trial. *Diabetes Care*, 38(5), 767-775.
- Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 201-217). Stockholm: Liber AB.
- (SBU) Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2018). *Interpersonell terapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna*. Stockholm: SBU.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sharp, R. (2015). The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occupational Medicine*, 65(4), 340.
- Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 99-127). Lund: Studentlitteratur AB.
- Skärsäter, I. (2014). Psykisk Ohälsa. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg (Red.), *Omvårdnadens Grunder - hälsa och ohälsa* (s. 611-642). Lund: Studentlitteratur AB.

- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 2019-03-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Suicid*. Hämtad 2019-03-07 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid>
- Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om dödsorsaker 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Allt fler får antidepressiva läkemedel*. Hämtad 2019-04-17 från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/alltflerfarantidepressivalakemedel>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *BDI (Becks Depression Inventory)*. Hämtad 2019-03-13 från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/bdi>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *MI (Motiverande samtal)*. Hämtad 2019-04-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spigset., O. (2014). *Läkemedel vid psykiska sjukdomar*. I H. Nordeng., O. Spigset (Red.), *Farmakologi och läkemedelsanvändning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening
- SVT Nyheter. (2018). *Antidepressiva effektiva - trots allt*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.svt.se/nyheter/konsument/antidepressiva-effektiva-trots-allt>
- Tadić, A., Helmreich, I., Mergl, R., Hautzinger, M., Kohlen, R., Henkel, V., & Hegerl, U. (2010). Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *Journal of Affective Disorders, 120*(1-3), 86-93.
- Ulfvarson, J., Bergqvist, M. A-C. (2014). *Omvårdnadsaspekter vid läkemedelsbehandling*. I A-K.
- Warden, D., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Lesser, I. M., Mitchell, J., Balasubramani, G. K., ... & Rush, A. J. (2009). Identifying risk for attrition during treatment for depression. *Psychotherapy and psychosomatics, 78*(6), 372-379.
- Wessling, A., Ramsberg, J., & Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2008). *Genomgången av läkemedel mot depression (1. uppl. ed.)*. Solna: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV.
- Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet - om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Williams, J. B., & Kobak, K. A. (2008). Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (SIGMA). *British Journal of Psychiatry*, 192(1), 52-58.
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg (Red.), *Omvårdnadens Grunder - hälsa och ohälsa* (s. 37-51). Lund: Studentlitteratur AB.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Bilagor

Bilaga 1

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-03-05	<p>((((((((Major depression*) AND health center*) AND Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) OR SSRI) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 10 years"[PDat])) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 10 years"[PDat])) AND CBT) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 10 years"[PDat])</p>	<p>Clinical trial Last 10 years</p>	128	8	8	<p>5 st</p> <p>Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm.</p> <p>Treatment of atypical depression: post-hoc analysis of a randomized controlled study testing the efficacy of sertraline and cognitive behavioural therapy in mildly depressed outpatients.</p> <p>Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression.</p> <p>*Cognitive Behavioral Insomnia Therapy for Those With Insomnia and Depression: A Randomized Controlled Clinical Trial.</p> <p>*Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder.</p>

2019-03-15	((((((((((cognitive therapy) AND pharmacotherapy) AND atypical depression) AND (depression disorder, major OR depression[MeSH Terms])) AND (Serotonin Uptake Inhibitors OR 5-Hydroxytryptamine Uptake Inhibitors OR Sertraline[MeSH Terms])) AND Cognitive Behavioral Therapy[MeSH Terms]) OR CBT))) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 5 years"[PDat]) AND (HAMD17 OR HAMD-17 OR Hamilton Depression Scale)) AND Clinical Trial[ptyp] AND "last 5 years"[PDat])	Clinical trial Last 5 years	37	4	4	3 st Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial *Cognitive Behavioral Insomnia Therapy for Those With Insomnia and Depression: A Randomized Controlled Clinical Trial.
2019-03-15	(((major depression[Title/Abstract] OR Depressive Disorder, Major)) AND (HAMD OR HAM-D OR HRSD OR HDRS OR Hamilton Rating Scale for Depression OR MADRS OR Montgomery Åsberg Depression Rating Scale OR BDI OR Beck Depression	Last 10 years Clinical trial Adult 19 +	39	7	7	5 st Treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy: a pilot study of cognitive behavioral therapy vs. selective serotonin reuptake inhibitors Sensitivity to changes during antidepressant treatment: a comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-

	Inventory)) AND (Inhibitors, Serotonin Uptake OR SSRI OR Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)) AND (CBT OR cognitive behavior therapy OR Behavioral Therapies, Cognitive)				<p>C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression</p> <p>*Cognitive Behavioral Therapy Versus Sertraline in Patients With Depression and Poorly Controlled Diabetes: The Diabetes and Depression (DAD) Study: A Randomized Controlled Multicenter Trial.</p> <p>*Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder.</p> <p>*Cognitive Behavioral Insomnia Therapy for Those With Insomnia and Depression: A Randomized Controlled Clinical Trial.</p>
--	--	--	--	--	---

Bilaga 2

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultatet	Kvalitet *enligt SBU
Raymond W. Lam, Sagar V. Parikh, Rajamannar Ramasubbu, Erin E. Michalak, Edwin M. Tam, Auby Axler, Lakshmi N. Yatham, Sidney H. Kennedy and	Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder	Syftet var att jämföra om SSRI i kombination med KBT kunde förbättra de depressiva symtomen och deltagarnas arbetsförmåga jämfört med SSRI enbart.	Alla deltagare fick SSRI preparat under 12 veckor. Grupp A fick telefon eller grupp KBT samtidigt som grupp B inte fick någon KBT utan enbart SSRI och vanliga telefonsamtal	Via randomisering delades deltagarna upp i grupper Grupp A - 52 st deltagare. Medelålder 42,3 år Grupp B - 53 st deltagare. Medelålder 44,2 år	Resultatet visade inte i några signifikanta skillnader mellan grupp A och B. Dock visade det att SSRI + KBT emellertid ledde till förbättrande i vissa aspekter av arbetsproduktiviteten.	Hög

Chinnapalli V. Manjunath 2013 Kanada			där vanliga frågor om medicinering kunde tas upp			
Mergl R, Henkel V, Allgaier AK, Kramer D, Hautzinger M, Kohnen R, Coyne J och Hegerl U. 2010 Tyskland	Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm.	Syftet med studien var att undersöka effekten av SSRI (sertralin) med KBT behandling av primärvårdspatienter med Egentlig depression	Deltagarna placerad slumpmässigt ut i 5 grupper (SSRI, placebo, KBT, modererad självhjälp och behandling med SSRI eller KBT enligt patientens val) där 3 av grupperna är relevanta för denna studien. Utifrån FMP-TP poäng delades deltagarna in i grupper, antingen i den grupp de ville vara i eller i den andra.	145 primärvårdspatienter deltog i undersökningen. Utifrån deltagarnas egna preferenser gällande behandling delades deltagarna upp i tre grupper 32 deltagare hamnade i medicineringsgruppen 85 deltagare hamnade i KBT gruppen 28 deltagare hamnade i en obestämmd behandling preferens grupp	Det visade sig att de patienter som fick den behandling de önskade, antingen SSRI eller KBT fick bättre effekt än de patienter som fick en behandling de inte önskade.	Hög
Colleen E. Carney, Jack D. Edinger, Maragatha Kuchibhatla, Angela M. Lachowski, Olya Bogouslavsky, Andrew D. Krystal, Colin M.	Cognitive Behavioral Insomnia Therapy for Those With Insomnia and Depression: A Randomized Controlled Clinical Trial	Jämföra KBT för sömnlöshet (CBT-I) + antidepressiv medicin (escitalopram) mot behandlingar som enskilt riktar sig mot depression eller enbart	Randomiserad split-plot experimentell design. Tre interventionsgrupper (CBT-I + escitalopram, CBT-I + placebo, och escitalopram + Sleep Hygiene Control	Män och kvinnor: 18-64 år. 107 deltagare. Egentlig depression samt insomnia disorder.	Alla tre grupper fick tydliga förbättrade resultat på HAMD-skalan, däremot var skillnaden mellan resultatet i grupperna små.	Hög

Shapiro. 2017 Kanada		sömnlöshet.) samt fyra grupper inom grupperna (baseline, mid-treatment, posttreatment, and 6-month follow-up). KBT-behandlingarna var utförda med en enkelblind metod och den farmakologiska behandlingen var gjord med en dubbelblind metod.			
Henkel V, Mergl R, Allgaier AK, Hautzinger M, Kohnen R, Coyne JC, Möller HJ och Hegerl U. 2010 Tyskland	Treatment of atypical depression: post-hoc analysis of a randomized controlled study testing the efficacy of sertraline and cognitive behavioural therapy in mildly depressed outpatients	Syftet var att jämföra sertralinbehandling (SSRI) med placebo samt att jämföra KBT med guidad självhjälpsgrupp (GSG)	Deltagarna delades upp i fyra grupper. Sertralin, placebo (dubbelblind), KBT och GSG (enkelblind) som under 10 veckor behandlades	95 st deltagare Sertralin - 22 Placebo gruppen - 25 deltagare KBT gruppen - 22 deltagare GSG gruppen - 26 deltagare	KBT visade sig ha en större förbättring på HAMD-17 skalan än GSG. Inga större skillnader i IDS c - skalan mellan sertralin och placebo uppkom förutom efter vecka 6 då placebogruppen blev försämrad i sin depression.	Hög
Atsuo Nakagawa, Dai Mitsuda, Mitsuhiro Sado, Takayuki Abe, Daisuke Fujisawa, Toshiaki Kikuchi, Satoru Iwashita,	Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled	Jämföra effekten av TAU (treatment as usual) med TAU + tillägg av KBT-behandling hos patienter med farmakoterapiresistent depression	16 veckor s RCT med två parallella grupper med en 12 månaders uppföljning.	80 deltagare mellan 20-65 år, egentlig depression enligt DSM-IV	Resultatet förbättrades mer hos patienterna som fick KBT + TAU jämfört med de som endast fick TAU.	Hög

Masaru Mimura and Yutaka Ono 2017 Japan	Trial					
Isabella Helmreich, Stefanie Wagner, Roland Mergl, Antje-Kathrin Allgaier, Martin Hautzinger, Verena Henkel, Ulrich Hegerl, Andre Tadic 2012 Tyskland	Sensitivity to changes during antidepressant treatment: a comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression	Målet med studien var att jämföra flera endimensionella underskalor av HAMD och IDS med hänsyn till deras känslighet av förändringar gällande symtom av depression i ett urval av patienter med mild egentlig depression, minor eller sub-syndromal depression.	Studien är en prospektiv 10-veckors RCT med fem behandlingsgrupper	368 patienter med mild egentlig depression, minor depression samt sub-syndromal depression.	Under vecka 10 kunde en större förbättring hos SSRI deltagarna ses jämfört med KBT-gruppen	Hög
Juan Manuel Iris E. Martínez-Juárez, Angel Ruiz-Chow, Daniel Crail-Melendez 2015 Mexiko	Treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study of cognitive behavioral therapy vs. selective serotonin reuptake inhibitors	Syftet med studien var att jämföra SSRI behandling mot KBT vid Egentlig depression (hos patienter med epilepsi)	15 deltagare delades upp i två grupper. Första gruppen fick tot 12 KBT sessioner under 12 veckor Den andra gruppen fick SSRI behandling under 12 veckor. Studiens mätningar gjordes tre gånger under	7 st deltagare fick grupp KBT 8 st deltagare fick SSRI	Upplevelsen av livskvalitet var signifikant högre i KBT gruppen än i SSRI gruppen. Dock hade SSRI gruppen högre poäng på BDI -skalan	Medel pga det låga antalet deltagare i studien

			studien.			
Frank Petrak, Stephan Herpertz, Christian Albus, Norbert Hermanns, Christoph Hiemke, Wolfgang Hiller, Kai Kronfeld, Johannes Kruse, Bernd Kulzer, Christian Ruckes, Daniela Zahn, and Matthias J.Müller 2015 Tyskland	Cognitive Behavioral Therapy Versus Sertraline in Patients With Depression and Poorly Controlled Diabetes: The Diabetes and Depression (DAD) Study A Randomized Controlled Multicenter Trial	Syftet med studien var att jämföra den långvariga effekten av en diabetesspecifik kognitiv beteendegrupp terapi (KBT) med sertralin i patienter med diabetes samt depression som börjat få effekt av en kortvarig depressionsbehandling	Prospektiv, randomiserad, multicenter, parallel arm studie. Två grupper, CBT vs SER.	251 deltagare mellan 21-69 år. Insulinbehandad diabetes typ 1 och 2. Egentlig depression.	Depressiva symtom minskade kraftigt i båda grupperna. Ingen signifikant skillnad observerades mellan effekterna av KBT eller sertralin.	Hög
Tadić A, Helmreich I, Mergl R, Hautzinger M, Kohlen R, Henkel V, Hegerl U. 2010 Tyskland	Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression	Syftet var att se vilken behandling mot depression som gav tidigast effekt.	Deltagarna delades upp i fyra Grupp 1 fick SSRI, grupp 2 fick placebo, grupp 3 fick KBT och grupp 4 fick GSG. Studien varade i 10 veckor och resultatet jämfördes under vecka 2,4,6,8, och 10.	Grupp 1 SSRI - 84 deltagare Grupp 2 Placebo - 57 deltagare Grupp 3 KBT - 56 deltagare Grupp 4 GSG - 26 deltagare	Kriteriet för förbättring, definierat som en mer än 20% minskning av HAMD-17 totaltpoäng, uppfylldes av 39% i sertralin gruppen och 49% av KBT gruppen, samt 35% i placebo gruppen och 40% GSG gruppen vid vecka 2. Dvs. en tidig förbättring kunde tydligast ses i KBT gruppen under vecka 2.	Hög