

OPSPORING AF HJERTEPATIENTER I RISIKO FOR ANGST OG DEPRESSION

SYSTEMATISK SCREENING I FASE II REHABILITERING - EN GUIDE



PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL



REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

*Opsporing af hjertepatienter
i risiko for angst og depression
Systematisk screening i fase II rehabilitering – en guide*

Copyright © Hjertereforeningen, Professionshøjskolen Metropol og REHPA 2017

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Tekst: Mette Thorsen
Foto: Martin Sønderby
Layout: Sangill Grafisk

ISBN: 978-87-91648-06-9

Tak til Henriette Knold Rossau (REHPA) og Pia Munkehøj (PH Metropol) for input til denne guide.

Udarbejdelsen af denne guide og tilhørende baggrundsrapport er delvist finansieret af støtte fra Helsefonden, Karl Peder Christensen og Lilly Edeling Christensens Fond samt Lund Fonden og er restfinansieret af Professionshøjskolen Metropol, REHPA og Hjertereforeningen.

FORORD

Denne guide er udarbejdet til sundhedsprofessionelle, som arbejder med opfølgning og rehabilitering af patienter med hjertesygdom på sygehusafdelinger og i kommuner. Guiden er tænkt som redskab og inspirationsmateriale til at implementere eller optimere systematisk screening for angst og depression blandt hjertepatienter.

Guiden er udarbejdet i samarbejde mellem Hjerteforeningen, Professionshøjskolen Metropol og Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet (REHPA), samt Psykologisk Institut, Syddansk Universitet, som led i projektet *'Mere systematik i screening for angst og depression i hjerterehabiliteringen.'*

Guiden bygger dels på data, som er indsamlet via en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse på rehabiliteringsenheder på hospitaler og i kommuner og dels på kvalitative interviews med 12 sundhedsprofessionelle på seks sygehuse og i fem kommuner.

Vi takker de mange sundhedsprofessionelle, som velvilligt har stillet op og bidraget med input og information til projektet.

Vi håber, at guiden kan være en hjælp til dig i dit arbejde med at screene hjertepatienter for angst og depression.

God læselyst.

Centerchef, professor, overlæge
Ann-Dorthe Zwisler
REHPA

Uddannelsesleder
Jannick Marschall
PH Metropol

Forebyggelseschef
Morten Ørsted-Rasmussen
Hjerteforeningen

INDHOLD

Om denne guide	5
80 % – så er vi i mål.....	5
FAKTABOKS Det giver mening at screene	6
Om screeningsværktøjet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	6
Spørgsmål og svar: Om brug af HADS	7
Bedre systematik i screeningen	8
Barrierer for screening	8
Holdningsmæssige barrierer for systematisk screening	8
Praktiske barrierer for systematisk screening.....	8
Spørgsmål og svar: Om barrierer for screening.....	9
Om at screene systematisk – en tjekliste	10
Tjekliste	10
Det bedste tidspunkt for screening.....	11
Patienter i risikozonen – hjælpemuligheder	11
Om screening af patienter med komplekse behov	11
Spørgsmål og svar: Om screening af patienter med komplekse behov	12
Sådan screener du med HADS	12
Sådan handler du på patientens score (cut-off værdierne)	13
Praktiske spørgsmål og svar til screening for angst og depression	14
Information og støtte til patienten	15
Referencer	16

OM DENNE GUIDE

Vi ved, at hjertepatienter har forhøjet risiko for at udvikle angst og depression. Derfor har vi – en projektgruppe bestående af Hjerteforeningen, Professionshøjskolen Metropol og Videncenter for Rehabilitering og Palliation – udarbejdet en guide for ensartet og systematisk screening af hjertepatienter i fase II rehabilitering.

Visionen er, at vi med denne guide kan reducere antallet af hjertepatienter med udiagnosticeret angst og depression og øge antallet af patienter, der får den relevante behandling.

Under forarbejdet har vi besøgt rehabiliteringsenheder landet over. Vi ville lære mere om det daglige arbejde med screeningsopgaven og bad jer dele jeres oplevelser og holdninger med os. Denne guide er skabt på grundlag af jeres input og henvender sig til alle, der arbejder med fase II hjerterehabilitering på sygehuse og i kommuner.

Vi takker for mange inspirerende samtaler og håber, at I med denne guide får en praktisk og virkelighedsnær hjælp til at løfte opgaven.

EKSPERTEN

”Det er langt fra alle hjertepatienter, der får problemer. Når 15-30 procent rammes af angst og depressionssymptomer, er der 70-85 procent, som kommer sig rigtig fint og uproblematisk. Så det er vigtigt at huske, at vores opgave er at finde dem, der IKKE kommer sig. Og det er det, vi skal blive bedre til.”

Professor, kardiologisk overlæge, førsteforfatter på MTV om hjerterehabilitering, Ann-Dorthe Zwisler fra Projektgruppen/REHPA

KOLLEGAEN

”For mig er en guide noget, der sikrer, at vi alle gør det på den samme måde og handler på samme måde.”

Hvis du vil vide mere

- Bag denne guide ligger et større projektsamarbejde. En ekspertgruppe har fulgt udviklingsarbejdet med guiden og kvalificeret den med deres faglige indsigt og forslag. Du kan læse mere om projektet og få mange flere detaljer ved at læse rapporten, som danner baggrund for guiden. Du finder baggrundsrapporten [her](#)
- Sygehuse, der tilbyder hjerterehabilitering, skal indrapportere screeningdata til Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). Aktuelt har kommuner i Region Midt mulighed for at indrapportere screeningsdata mhp. opgørelse i DHRD. Der arbejdes på at gøre muligheden tilgængelig for kommuner i flere regioner. Læs om DHRDs arbejde [her](#)

80 % - så er vi i mål

Hvornår har vi gjort det godt? Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase har sat det som sit mål, at 80 % af alle patienter med iskæmisk hjertesygdom skal være screenet for angst og depression ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet.

Bliv inspireret af kolleger

I 2013 havde Hjerreambulatoriet på Roskilde Sygehus en screeningprocent på 76 %. I dag er procenten øget til 84 %. Læs mere om, hvordan Roskildes Hjerreambulatorium bar sig ad [her](#)

Hvis du vil vide mere

Hvis jeres enhed indrapporterer screeningsdata, kan I se de landsdækkende screeningsprocenter [her](#)

FAKTABOKS – DET GIVER MENING AT SCRENE

Sundhedsstyrelsen, (SST) Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD) og Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) anbefaler, at patienter med iskæmisk hjertesygdom i fase II rehabilitering screenes for angst og depression.

- Ubehandlet depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom fordobler morbiditeten og mortaliteten sammenlignet med patienter uden depression.¹⁻⁴
- Depression er dobbelt så hyppig hos patienter med hjertesygdom som hos resten af befolkningen.⁵
- Depression medvirker til, at patienterne ikke gennemfører deres hjerterehabilerings.⁶⁻⁹
- Hjerterehabilerings reducerer depressive symptomer med 50-70%.²
- Gennemført hjerterehabilerings bedrer livskvaliteten og mindsker antallet af genindlæggelser.¹⁰

Hvis du vil vide mere

Læs de nationale kliniske retningslinjer for screening [her](#)

Læs om evidensen bag screening for angst og depression i baggrundsrapporten [her](#)

KOLLEGAEN

”Det kan ikke nytte noget, at der er så mange, der falder igennem med angst og depression, uden vi når dem. Jeg talte engang med en kardiologisk overlæge, som sagde at vi skulle jo bare spørge dem, men det er der mange der ikke gør. [...] Vi er nødt til at være lidt mere vedholdende, og der synes jeg screeningsredskabet har sin plads.”

OM SCREENINGSVÆRKTØJET HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Der findes en række validerede værktøjer, som I kan bruge til denne opgave. Vi foreslår – i lighed med SST, DHRD og DCS – at I bruger screeningsværktøjet HADS i screeningen af hjertepatienter.

- HADS er veldokumenteret, internationalt anbefalet og valideret på hjertepatienter.^{10,11}
- HADS bliver brugt på de fleste sygehuse landet over.
- Når hospitals- og kommunale rehabiliteringsenheder anvender det samme screeningsredskab, opnår vi et ensartet vurderingsgrundlag på tværs af sektorer.

KOLLEGAEN

”Vi vil bruge HADS, fordi det er det redskab, de bruger inde på ambulatoriet. Hvis vi skal se en sammenligning, udvikling eller ændring, er vi nødt til at bruge det samme redskab.”

Hvis du vil vide mere

Læs om HADS og evidensen bag i baggrundsrapporten [her](#)

SPØRGSMÅL OG SVAR: OM BRUG AF HADS

Når jeg screener, er det så mig, der har ansvar for at vurdere, om patienten har en behandlingskrævende reaktion?

Nej, HADS er et værktøj, der alene screener for symptomer på angst og depression. Diagnosen er det altid en læge eller autoriseret psykolog, der stiller.

Kan en screening skelne en naturlig krisereaktion fra en klinisk depression?

Nej, det kan den ikke. Uanset hvor godt et screeningsredskab er, kan og skal det ikke fange nuancerne i det hele menneske. En screening stiller ikke diagnosen. HADS er alene et værktøj til at spotte de patienter, som det kan give mening at give ekstra opmærksomhed.

Kan vi her på vores afdeling screene med et andet værktøj end HADS?

Ja, det kan I – der findes andre validerede screeningsværktøjer. Hvis I vælger at arbejde med et af dem, kan I stadig bruge denne guide til at styrke arbejdet med at systematisere screeningen.

Kan vi bruge HADS til at screene alle hjertepatienter?

Ja, det kan I. De kliniske retningslinjer anbefaler screening af patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og klapopererede.

Skemaet hedder Hospital Anxiety and Depression Scale. Kan vi så bruge det her i vores kommunale rehabilitering?

Ja, det kan I. Skemaet er oprindeligt udviklet til hospitaler, men det kan også bruges i andre ambulante enheder.

BEDRE SYSTEMATIK I SCREENINGEN

Siden 2013 har SST anbefalet at screene i fase II rehabiliteringsforløb. For hospitals-rehabiliteringer er det typisk en opgave, der skal integreres i et allerede veletableret workflow. For kommunale enheder er den samlede hjerterehabiliteringsopgave typisk en nyere opgave.

Projektgruppens undersøgelse viser at enheder, der arbejder med fase II rehabilitering, er kommet godt i gang. Men den viser også, at uklare arbejdsgange og usikkerhed på, om opgaven er meningsfuld, kan komme i vejen for systematisk screening. Med udgangspunkt i den viden vil vi foreslå handlemuligheder, der kan styrke jer i arbejdet med opgaven.

BARRIERER FOR SCREENING

Vores undersøgelse afdækkede følgende hovedbarrierer for systematisk screening.

Holdningsmæssige barrierer for systematisk screening

I er usikre på om:

- screening sygeliggør en naturlig krisereaktion
- risikopatienterne efterfølgende vil få den opfølgning, de har behov for
- I som sundhedspersoner har den faglige kompetence til at åbne og lande en samtale om psykiske emner, og om samtalen vil trække ud og tage tid fra dagens øvrige patienter

Praktiske barrierer for systematisk screening

I savner en fast rutine for:

- hvornår i forløbet I screener
- hvilke patienter I screener
- hvordan I screener

SPØRGSMÅL OG SVAR: OM BARRIERER FOR SCREENING

Jeg er usikker på, om patienten vil føle sig sygeliggjort af screeningen. Derfor foretrækker jeg kun at screene, når patienten er tydeligt ked af det.

Mange af dine kolleger har samme overvejelser. De løser problemet ved at indlede samtalen med at sige: *Det her spørger jeg alle hjertepatienter om, fordi I som gruppe er i forhøjet risiko. Det er lige så naturligt, at vi tjekker dit humør, som at jeg måler dit blodtryk. Det er alt sammen med til at passe godt på dig.* Så føler patienten sig ikke prikket til på en ubehagelig måde. Kan denne fremgangsmåde inspirere dig?

Det er ikke altid man kan fornemme på en patient, hvordan det står til. Her kan systematik i screeningen komme os til hjælp.

Jeg møder ofte patienter, der ikke vil til lægen med et psykisk problem – så får de bare lykkepiller, siger de. Giver det så mening at screene?

Er din patient klar over, at lægen kan anbefale meget andet end medicinsk behandling? Lægen kan fx henvise til psykolog, og de kliniske retningslinjer fra 2016 for non-farmakologisk behandling af depression anbefaler bl.a. støttende samtaler, kognitiv terapi og evt. mindfulness.

Og hvad har du ellers af hjælpemuligheder? Læs mere om, hvordan I på jeres enhed skaffer jer et overblik over lokale henvisningsmuligheder. Gå til *Patienter i risikozonen – hjælpemuligheder* [her](#)

Giver det mening at screene, når angst og depression kan komme langt senere – længe efter, at jeg har sluppet patienten?

Du kan opspore mange, men ikke alle. Og hos dem du ikke finder, har du måske sået et frø. Måske husker de, eller deres pårørende, at du satte ord på den særlige risiko, der er for at udvikle angst og depression og de derfor blev mere opmærksomme på at søge hjælp i tide.

Jeg er i tvivl, om jeg kan løfte denne opgave. Har jeg den faglighed, der skal til for at screene forsvarligt?

Ja, det har du. I dit daglige arbejde med rehabilitering mødes du med patienterne omkring sårbare emner, og du møder dem som hele mennesker. Netop denne sundhedsprofessionelle faglighed trækker du også på, når du screener. Husk – du står ikke med ansvaret for at diagnosticere – din opgave er at screene systematisk.

Jeg skal nå rigtig meget i løbet af en samtale. Og jeg bliver nødt til at prioritere – hvis patienten fx er svært overvægtig, bruger jeg tid på at tale om kost. Jeg vil nødtigt åbne for en patients dybe følelser, hvis ikke jeg har tid til at lytte ordentligt. Hvad gør jeg?

Mange af dine kolleger har samme overvejelser. Det er en del af jeres virkelighed og jeres kompetence, at I hele tiden må prioritere. Hvis du vurderer, at du ikke kan lande alle udfordringer forsvarligt, kan du så løse problemet ved at tilbyde en ny tid?

Her på afdelingen har vi ikke helt overblik over, hvad vi skal have på plads for at have en køreplan for screening.

Gå til tjeklisten [her](#), der hjælper jer med at lægge en god køreplan.

KOLLEGAEN

”Jeg synes, det er rigtig vigtigt, at vi ikke selv skal sidde og vurdere, når vi sidder overfor patienten, [...] det synes jeg er alt for risikabelt. Det bedste er, at alle får skemaet uanset hvad.”

OM AT SCRENE SYSTEMATISK - EN TJEKLISTE

Projektgruppens undersøgelse viser, at rehabiliteringsenheder landet over har meget forskellige arbejdsrutiner og ressourcer. Nogle af jer arbejder kun med hjerterehabilitering, andre med flere kroniske sygdomme. Nogle sender screeningskemaet hjem til patienterne, andre screener under samtalen. Der findes ingen one-size-fits-all model for, hvordan præcis jeres enhed bedst kan gribe opgaven an.

Projektgruppen har udarbejdet en tjekliste over de punkter, det er hensigtsmæssigt at have på plads for at kunne screene systematisk. Når I har afklaret punkterne, har I et overblik over, hvor I står – og om der er enkelte led i screeningopgaven, der trænger til jeres opmærksomhed.

TJEKLISTE

Projektgruppen foreslår, at jeres team sætter sig sammen og spørger:

- Hvornår screener vi patienterne?

Gå til *Det bedste tidspunkt for screening* [her](#)

- Hvem udleverer skemaet og hvordan? Fx i e-Boks, som postbrev eller under samtalen?
- Hvordan fortæller vi patienten om meningen med at screene?
- Hvordan screener vi patienter med kognitive eller sproglige udfordringer?

Gå til *Om screening af patienter med komplekse behov* [her](#)

- Hvordan afleverer patienten det udfyldte skema til os?
- Hvem tæller patientens score sammen og hvornår?
- Har vi en fast og enkel arbejdsgang for, hvordan vi følger op på vores screeninger?
- Har vi en fast og enkel arbejdsgang for, hvordan vi følger op på patienter med score i risikozonen?

Gå til *Patienter i risikozonen - hjælpemuligheder* [her](#)

- Hvordan gemmer vi data og score?
- For hospitalsansatte:
Hvornår indtaster vi i DHRD?
- Er alle os, der arbejder med hjerterehabilitering, trykke ved opgaven, eller har vi behov for viden eller undervisning?

I kan finde mere viden om screening og HADS i baggrundrapporten [her](#)

Hold også øje med muligheden for kurser og temadage fx på [Hjerteforeningen.dk](#) og [REHPA.dk](#)

DET BEDSTE TIDSPUNKT FOR SCREENING

De nationale retningslinjer anbefaler, at I screener to gange – første gang ved opstarts-samtalen. Symptomer på angst og depression kan udvikle sig over tid, og derfor anbefaler retningslinjerne, at alle hjertepatienter igen screenes ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet.

Læs mere om det bedste tidspunkt for screening i boksen gå til *Praktiske spørgsmål og svar om screening* [her](#)

PATIENTER I RISIKOZONEN - HJÆLPEMULIGHEDER

En screening giver mening, når der på en grundig og forsvarlig måde bliver fulgt op på patienter, der har behov for hjælp. Du kan altid opfordre patienter i risikozonen til at søge egen læge mhp. udredning. Men der er forskel på, hvordan patienterne reagerer på denne opfordring. Og der er forskel på, hvad der i øvrigt findes af lokale hjælpemuligheder til patienter i risikozonen.

Projektgruppen foreslår, at I danner jer et overblik over de lokale opfølgings- og henvisningsmuligheder. Fx:

- Har jeres enhed mulighed for selv at tilbyde ekstra sygeplejerskesamtaler?
- Har I et godt samarbejde med praksislægerne i jeres område, og kan I selv tage kontakt til dem?
- Har lokale psykologer plads til de patienter, der kommer med henvisning, eller er ventelisterne meget lange?
- Findes der et lokalt liaisontilbud, eller har den lokale Hjerteforening relevante rådgivningstilbud?
- Nogle enheder kontakter systematisk dropout patienter og spørger ind til grunden. Giver dette mening for jer, og har I mulighed for at gøre det?

OM SCREENING AF PATIENTER MED KOMPLEKSE BEHOV

Af og til kan der komme en patient, hvor det af sproglige eller kognitive grunde ikke giver mening at screene. Alligevel kan patienten have en angst- eller depressionsproblematik, det er relevant at tage hånd om. Er patienten alene, eller findes der en pårørende eller anden støtteperson, du kan tale med?

Du må vurdere, hvad næste skridt bør være. Ikke alle opgaver kan ligge på dit bord – læg da opgaven på det rette bord. Egen læge er ofte den person, du kan kontakte mhp. at aftale, hvad der skal ske som det næste.

KOLLEGAEN

”Alle bliver screenet – selv Gerda på 86 og nærmest skindød, der har sin datter med, men hun kunne svare.”

SPØRGSMÅL OG SVAR: OM SCREENING AF PATIENTER MED KOMPLEKSE BEHOV

Vi tager imod en del patienter, der forstår dansk dårligt eller slet ikke. Det er ikke altid muligt at få en tolk. Screener vi de patienter?

Afhængig af beliggenhed kan nogle hjerte-rehabiliteringer få flere og flere patienter, der har svært ved at forstå dansk. Har patienten en pårørende eller anden støtteperson, der kan hjælpe? Hvis det af sproglige grunde ikke er muligt at screene, må I orientere egen læge om situationen.

Giver det mening at screene demente patienter? De har jo svært ved at huske tilbage og se, hvordan humøret var – de lever i nuet.

Hvis patientens demens er fremskreden, kan patienten ikke udfylde HADS. Men der kan alligevel være en angst- og depressionsproblematik i spil. En dement patient vil som regel komme med en pårørende. Har patienten og den pårørende behov for hjælp? Meld tilbage til egen læge.

Giver det mening at screene patienter, der allerede er i behandling for depression? Dem er der jo taget hånd om i forvejen.

Ja, det giver god mening. Hjertehændelsen kan have udløst en forværring, så den aktuelle behandling måske ikke længere er den rigtige.

SÅDAN SCREENER DU MED HADS

Selve udfyldelsen af skemaet er en lille opgave, der typisk tager under fem minutter. Men nogle barrierer kan komme i vejen for, at den bliver en god oplevelse og for, at I holder tiden.

- Det kan ske, at ordet "depression" virker voldsomt at sige – fx hvis patienten fremstår upåvirket og uinteressert i at tale om psykiske eftervirkninger af sin hjertehændelse. Den oplevelse kan du komme i forkøbet, ved at du og dine kolleger sammen planlægger, hvordan I italesætter screeningen. (Se tjeklisten [her](#)) Når du er tryk ved opgaven, bliver det nemmere at komme i gang med screeningen, og du styrker den systematiske screening, som går på tværs af subjektive vurderinger.

- Det kan ske, at et spørgsmål sætter patienten i gang med at fortælle om en svær oplevelse. Så kan I hurtigt komme til at bevæge jer væk fra screeningen. Den oplevelse kan du komme i forkøbet ved at forberede patienten på, at I koncentrerer jer om screeningen først, og at du bagefter er klar til at høre om de tanker, den har sat i gang.

Læs mere om, hvordan du tilrettelægger screeningen, så den bliver en god oplevelse:

- Gå til *Spørgsmål og svar: Om barrierer for screening* [her](#)
- Gå til *Praktiske spørgsmål og svar til screening for angst og depression* [her](#)

Patienten svarer på syv spørgsmål relateret til angst og syv spørgsmål relateret til depression. Hvert spørgsmål besvares med et af fire udsagn og udløser en score fra 0-3. Når patienten har udfyldt skemaet, regner du scoren ud:

1. Scor hvert spørgsmål i hver kategori
2. Læg pointene fra hver kategori sammen – ét resultat for angst og ét for depression

Nu kan du se patientens symptomniveau for angst og depression.

DE TRE SCORENIVEAUER

- 0-7 point: Lavt symptomniveau
- 8-10 point: Moderat symptomniveau
- 11-21 point: Højt symptomniveau

SÅDAN HANDLER DU PÅ PATIENTENS SCORE (CUT-OFF VÆRDIERNE)

Score under 8 udløser ingen handling. Men er du alligevel bekymret for patienten, kan du selvfølgelig henvise til egen læge eller på anden måde handle, som du finder bedst.

Score 8-10 er tegn på, at patienten har et moderat symptomniveau for angst/depression. Du må spørge ekstra ind til, hvordan patienten oplever sit befindende. Er det blevet bedre eller værre? Er patienten alene, eller er der nogen, der hjælper? Kan du og patienten lægge en plan for, hvad det er fornuftigt at gøre som næste skridt?

Score 11 og derover er tegn på, at patienten har et højt symptomniveau for angst/depression. Du må vurdere, om patienten selv kan kontakte egen læge mhp. udredning, eller om du skal hjælpe med kontakten. Igen må du spørge ekstra ind til, hvordan patienten oplever sit befindende. Er det blevet bedre eller værre? Er patienten alene, eller er der nogen, der hjælper? Kan du og patienten lægge en plan for, hvad det er fornuftigt at gøre som næste skridt?

Gå til *Patienter i risikozonen – hjælpemuligheder* [her](#)

KOLLEGAEN

”Jeg tror aldrig, at jeg har sendt en ud af døren, som har været dybt rystet. Jeg tænker, at hvis de scorer så højt, så har de godt vidst det.”

PRAKTISKE SPØRGSMÅL OG SVAR TIL SCREENING FOR ANGST OG DEPRESSION

Kan jeg flytte screeningen fra opstartsamtalen hen til en af de senere samtaler, hvis det passer bedre rent praktisk?

Det er bedst, hvis du kan screene ved opstartsamtalen. Patienter med symptomer på angst/depression er også dem, der får sværere ved at ændre livsstil og gennemføre et rehabiliteringsforløb.

Her i kommunen får vi patienterne henvist fra ambulatoriet. Jeg kan se i journalerne, at de er nyscreenede, når de kommer til os. Giver det mening, at jeg screener så kort tid efter?

Endnu har vi ikke en fælles retningslinje for overførsel af patienter fra hospital til kommunal rehabilitering. Her må du bruge din sunde fornuft – hvis patienten screenede negativt, kan det give mening kun at screene til sidst. Hvad synes patienten selv?

Er det lige meget, hvem af os i vores tværfaglige team, der screener?

De nationale retningslinjer beskriver ikke hvilke kvalifikationer man bør have for at kunne screene systematisk, men projektgruppen anbefaler, at du som minimum sætter dig grundigt ind i de officielle instruktioner for brugen af screeningsskemaet, men også træner det praktiske forløb med en erfaren kollega. Husk at det altid er en læge, der stiller en diagnose. Læs mere om screeningssamtalen i baggrundsrapporten [her](#)

Det sker, at patienterne bliver forvirrede over spørgsmålene i HADS skemaet. Hvad er fx forskellen på "meget af tiden" og "næsten hele tiden"? Hvad svarer jeg i den situation?

Andre af dine kolleger oplever af og til en lignende undren. De løser problemet ved at sige: *Du gør det godt og rigtigt, når du stoler på din egen evne til at svare som det er rigtigt for dig.*

Skemaets pålidelighed hviler på, at patienten selv besvarer.

Det sker, at patienterne bliver usikre på deres følelser, mens de udfylder HADS skemaet. Det vil de gerne tale med mig om. Hvad gør jeg i den situation?

Det ligger i den sundhedsprofessionelles natur at hjælpe. Men her er det bedst, hvis du forklarer, at resultatet er mest præcist, når patienten svarer på egen hånd. Forklar, at man ikke skal spekulere længe over spørgsmålene – bare svare efter sin umiddelbare indskydelse.

Skemaets pålidelighed hviler på, at patienten selv besvarer.

Der kan godt komme en lidt presset stemning i de minutter, hvor jeg regner scoren ud, og patienten sidder og kigger spændt på mig.

Sæt gerne ord på, at du lige nu skal bruge et par minutter på at regne sammen. Det skaber tryk hos patient og pårørende at fortælle, hvad du gør.

KOLLEGAEN

"En god samtale er fra min vinkel, når vi sammen får skabt den der fortrolighed – at jeg får de ting ud af patienterne, som de synes er det største problem for dem. Det er det jeg hjælper dem med i første hug. At vi har den fortrolighed, og at vi kan kommunikere.

Før var mit udgangspunkt måske bare at spørge, hvordan det er gået psykisk. Jeg havde ikke noget håndgribeligt. Jeg oplever screeningsredskabet som støtte."

INFORMATION OG STØTTE TIL PATIENTEN

- Hjerteforeningen har udgivet pjecen *Psykiske reaktioner på hjertekarsygdom til hjertesygge*, som du evt. kan give patienten med hjem. Pjecen kan støtte patienten i at reflektere over det I har talt om og samtidig hjælpe med at genkende symptomer på angst og depression. Pjecen er gratis og kan bestilles hos Hjerteforeningen. Klik [her](#)
- Hjerteforeningen tilbyder gratis og individuel rådgivning til både patienter og pårørende. Patienten kan kontakte Hjerteforeningens rådgivning på telefon 7025 0000 eller på www.Hjerteforeningen.dk
- På www.Helbredsprofilen.dk ligger korte patientfilm bla. om angst og depression. Måske kan det være en støtte eller hjælp til patienten.

PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL



REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

REFERENCER

1. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350-1369.
2. Milani RV, Lavie CJ. Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *The American journal of medicine*. 2007;120(9):799-806.
3. Sokoreli I, de Vries JJ, Pauws SC, Steyerberg EW. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2016;21(1):49-63.
4. Wu Q, Kling JM. Depression and the Risk of Myocardial Infarction and Coronary Death: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Medicine*. 2016;95(6):e2815.
5. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(5):409-416.
6. Casey E, Hughes JW, Waechter D, Josephson R, Rosneck J. Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal of behavioral medicine*. 2008;31(5):421-431.
7. Beswick AD, Rees K, West RR, et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal of advanced nursing*. 2005;49(5):538-555.
8. McGrady A, McGinnis R, Badenhop D, Bentle M, Rajput M. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*. 2009;29(6):358-364.
9. Swardfager W, Herrmann N, Marzolini S, et al. Major depressive disorder predicts completion, adherence, and outcomes in cardiac rehabilitation: a prospective cohort study of 195 patients with coronary artery disease. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(9):1181-1188.
10. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;67(1):1-12.
11. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont (Pa : Township))*. 2009;6(1):38-51.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370.