

OPFØLGNING VED HJERTESYGDOM I DANMARK
**SCREENING FOR ANGST OG DEPRESSION
BLANDT HJERTEPATIENTER**

HVORFOR OG HVORDAN?



PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL



REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Screening for angst og depression blandt hjertepatienter Hvorfor og hvordan?

FORFATTERE

Henriette Knold Rossau, cand.scient.san.publ., REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

Pia Munkehøj, cand.mag. i psykologi og kommunikation, Professionshøjskolen Metropol.

PROJEKTGRUPPE

Stig Brøndum, senior projektleder, Hjerteforeningen.

Susanne S. Pedersen, institutleder, professor, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet og Hjertemedicinsk Afdeling B, Odense Universitetshospital.

Ann-Dorthe Olsen Zwisler, centerleder, professor, overlæge, REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

EKSPERTGRUPPE

Lotte Helmark, sygeplejerske, forløbskoordinator, Kardiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Birgitte Kvist, sundhedsfaglig konsulent i Sundhed og Pleje, Frederikshavn Kommune

Stephan Lang Jørgensen, psykolog ph.d., Kardiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Bo Christensen, professor, praktiserende læge, ph.d., Institut for Folkesundhed, Sektion for Almen Medicin, Aarhus Universitet.

Copyright © REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Nyborg 2017

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

Grafisk design: Sangill Grafisk

Foto: Martin Sønderby

Elektronisk ISBN: 978-87-93356-16-0

Hjerteforeningen

Vognmagergade 7, 3.sal

1120 København K.

www.hjerteforeningen.dk

Professionshøjskolen Metropol

Tagensvej 18

2200 København N.

www.phmetropol.dk

REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

www.rehpa.dk

PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL

SDU 

 **HJERTE
FORENINGEN**


Region
Syddanmark

REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

FORORD

Denne baggrundsrapport er udarbejdet til sundhedsprofessionelle, som arbejder med opfølgning af patienter med hjertesygdom på sygehusafdelinger og i kommuner. Rapporten er tænkt som et redskab til at optimere systematisk screening for angst og depression i forbindelse med rehabilitering af disse patienter. Rapporten er udarbejdet parallelt med en praksisorienteret guide, som bidrager med simple redskaber til, hvordan man i en travl, klinisk hverdag kan opnå bedre systematik i screening for angst og depression, og den skal betragtes som baggrundsmateriale for guiden.

Rapporten og den tilhørende guide er udarbejdet i samarbejde mellem Hjerteforeningen, PH 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'. Projektet er gennemført med delvis finansiering fra Helsefonden, Karl Peder Christensen og Lilly Edeling Christensens Fond samt Lund Fonden og er restfinansieret af Metropol, Hjerteforeningen og REHPA.

En ekspertgruppe bestående af Lotte Helmark, sygeplejerske, forløbskoordinator, Kardiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde; Birgitte Kvist, sundhedsfaglig konsulent i Sundhed og Pleje, Frederikshavn Kommune; Stephan Lang Jørgensen, psykolog ph.d., Kardiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde og Bo Christensen, professor, praktiserende læge, ph.d.,

Institut for Folkesundhed, Sektion for Almen Medicin, Aarhus Universitet har bidraget med vigtig, konstruktiv feedback. Projektgruppen skylder en stor tak til ekspertgruppen for indsatsen i forhold til det samlede projekt.

Rapporten er udarbejdet af Henriette Knold Rossau og Pia Munkehøj, som selvstændigt har stået for det betydningsfulde arbejde i forbindelse med kvalitative interviews med 12 deltagende sundhedsprofessionelle, fordelt på seks sygehuse og fem kommuner. Stor tak til Henriette og Pia og samtlige sundhedsprofessionelle, som velvilligt har stillet op og bidraget til at understøtte mere systematik i screening for angst og depression.

Læsevejledning

Rapporten er delt op i kapitler, hvis overskrifter er gengivet i en indholdsfortegnelse, så den kan bruges som opslagsværk, hvor de enkelte kapitler kan læses selvstændigt. Derfor vil der være gentagelser visse steder.

Igennem hele rapporten vil den hjertesygge refereres til som patient, velvidende at vedkommende i kommunalt regi kaldes 'borgeren'. Dette valg er truffet på baggrund af læsevenlighed. I kommunalt regi vil man kunne erstatte 'patient' med 'borger'.

Vi håber, at rapporten og den tilhørende guide kan være en hjælp til dig i dit arbejde med patienter med hjertesygdom.

God læselyst.

Centerleder, professor, overlæge
Ann-Dorthe Zwisler
REHPA

Uddannelsesleder
Jannick Marschall
PH Metropol

Forebyggelseschef
Morten Ørsted-Rasmussen
Hjerteforeningen

INDHOLD

Forord	3
Resumé	5
1) Hvorfor bør vi screene for angst og depression?	6
Formål.....	6
Evidens og retningslinjer	7
Screening for angst og depression – hovedbudskaber om evidens	7
Sundhedsstyrelsen anbefaler screening for angst og depression	8
For og imod screening.....	9
2) Hvad gør vi i dag?	9
Kortlægning af indsats på sygehuse og kommuner	9
Figur 1. Oversigt over udviklingen af screeningsopgaven fra 2013 til 2015.....	10
Kvalitativ undersøgelse af praksis	11
Overordnede fund	11
3) Hvordan gør vi det (endnu) bedre?	12
Metoder til screening med fokus på HADS.....	12
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	12
Organisering	14
Figur 2. Flowdiagram/illustration over screeningsproceduren	15
Screeningen foregår hjemme	16
Screeningen foregår i forbindelse med den indledende samtale.....	16
Håndtering af høj screeningsscore	16
Konkret bud på introduktion af skema til patienten (skriftligt eller mundtlig).....	17
Screeningssamtalen	18
Figur 3. Grundmodel for screeningssamtalen	19
Når samtalen ændrer karakter	19
Hvordan handler vi på resultaterne.....	20
4) Hvordan sikres implementering, evaluering og kvalitetssikring?	20
Implementering, evaluering og konsolidering af indsats	20
Dansk Hjerterehabileringsdatabase	22
Referencer	23

RESUMÉ

HVORFOR BØR VI SCREENE FOR ANGST OG DEPRESSION?

Patienter er sårbare i efterforløbet af alvorlig livstruende sygdom, og evidensen peger på, at en betydelig andel får angst og/eller depression. Angst og depression kan få en negativ indvirkning på deres helbred og rehabiliteringsforløb. Der er evidens for, at behandling i form af antidepressiva og kognitiv adfærdsterapi gør en forskel for patienterne, som ved den rette indsats i højere grad kan fastholdes i hjerterehabiliteringsforløb. Derfor anbefales det at screene hjertepatienter for angst og depression efter udskrivelsen og igen en eller flere gange. De patienter, som udviser symptomer på angst og depression ifølge screeningsværktøjet, henvises til egen læge med henblik på videre udredning og behandling.

HVAD GØR VI I DAG?

Sygehusafdelinger og kommuner landet over, som tilbyder hjerterehabilitering, er godt i gang med at screene for angst og depression, og der er siden 2013 sket en betydelig fremgang. Det viser sig imidlertid, at der er stor variation i indsatserne og i de metoder, der anvendes i screeningen og i praksis rundt om på landets sygehuse og i kommunerne. Det peger på et behov for ensretning og kvalitetsforbedring af screeningen.

Næste skridt i forhold til at opnå systematisk screening vil naturligt være en ensretning af tilbuddet og en sikring af, at hjertepatienter uanset geografisk tilhørsforhold i Danmark modtager samme høje kvalitet i indsatsen i forhold til at opnå forbedring af den psykiske trivsel blandt hjertepatienter.

HVORDAN GØR VI DET (ENDNU) BEDRE?

Screeningsopgaven er en fast del af arbejdet i hjerterehabiliteringen, hvor tiden ofte kan være knap. Med enkle, strukturerede metoder og tilgange, kan screening for angst og depression indføres som del af klinisk praksis ved opfølgning efter hjertesygdom, ligesom enkle metoder på kommunikationspraksis kan gøre det muligt at nå alle opgaverne inden for den afsatte tid.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er et let anvendeligt, valideret redskab til at evaluere patienters risiko for angst og depression. Hvis en patient scorer højt på enten angst- eller depressionsskalaen, er det i sidste ende altid egen læge eller en tilknyttet psykolog/psykiater, som skal stille en eventuel diagnose. Årsagen er, at HADS ikke er et diagnostisk redskab, og egentlig diagnosticering af angst/depression kræver en faglig uddannelse som læge, psykiater eller psykolog.

HVORDAN SIKRES IMPLEMENTERING OG KVALITETSSIKRING?

For at sikre en helt systematisk screening for angst og depression blandt hjertepatienter er der behov for lokalt at fokusere på faktorer, som kan understøtte implementering og kvalitetssikring af tiltagene. Dette vil bidrage til, at flest mulige patienter med hjertesygdom får diagnosticeret og behandlet angst og depression i forlængelse af deres sygdom samt til at forbedre hjertepatienters psykiske trivsel og livskvalitet.

1) HVORFOR BØR VI SCREENE FOR ANGST OG DEPRESSION?

Det at blive ramt af en alvorlig, livstruende sygdom som hjertesygdom vil af mange opfattes som en trussel på livet. At føle sig truet på livet eller at overvære andre truet på livet kan potentielt være traumatisk og kan derfor føre til en krisereaktion.

At blive hjertesyg kan således være traumatisk for både patienten selv, men også for de pårørende. Derfor kan hjertepatienten og pårørende som udgangspunkt være påvirkede, når rehabiliteringspersonalet møder dem i hjerterehabiliteringen første gang. Reaktionen er en naturlig respons på en livsomvæltende, 'unaturlig' begivenhed, som kræver, at patienten og de pårørende lærer at leve med sygdommen. Samt med de ændringer, af både helbredsmæssig, psykologisk og socioøkonomisk karakter, som følger i kølvandet. Det tager tid at lære at leve med det skete, og det er en proces, som ikke kan forceres. Det er derfor vigtigt, at møde patient og pårørende der, hvor de befinder sig følelsesmæssigt.

Reaktionerne på den nyopståede sygdom kan udefra ses som et ubevidst forsøg på at bevare det psykiske helbred efter den følelsesmæssigt voldsomme hændelse og kan helt overordnet forstås som en sorgproces. Sorg som klinisk fagudtryk hører under psykotraumatologien, men til trods for at sorg ikke i sig selv er en klinisk diagnose, kan sorgsymptomer medføre og diagnosticeres både som belastningsreaktioner, tilpasningsreaktioner, angsttilstande og depressive tilstande.

Når en forventelig reaktion på den nyopståede hjertesygdom ikke synes at aftage, eller hvis patient eller pårørende selv oplever reaktionen som værende problematisk, bør man som sundhedsprofessionel reagere.

Det er vigtigt at opdage depression hos hjertepatienter, idet tilstanden har en dårlig indvirkning på patientens livskvalitet, tilbagevenden til arbejdsmarkedet, ligesom den forøger risikoen for tidlig død på trods af optimal medicinsk og invasiv behandling.^{1,2} For at sikre, at alle patienter får den hjælp, de har brug for, fremhæver danske, kliniske retningslinjer det nødvendige i at screene systematisk for angst og depression efter hjertesygdom og efter behov henvise til yderligere udredning og behandling.

En nyere dansk undersøgelse har dokumenteret, at kun en mindre del af hjertepatienter faktisk screenes systematisk.³ I undersøgelsen var det blot 3% af hjertepatienterne, der oplyste, at de var blevet screenet for depression på hospitalet, og kun 27% af de praktiserende læger screenede for angst og depression. Det understreger vigtigheden af, at hjertepatienter screenes systematisk for angst og depression, og at screeningen italesættes over for patienten, når den udføres. Ifølge de kliniske retningslinjer er screening for angst og depression blandt hjertepatienter en opgave, som skal løftes i hjerterehabiliteringsforløbet,⁴ men det må i den forbindelse understreges, at al diagnosticering og medicinering/behandling af angst og depression i sidste ende ligger hos patientens egen læge eller en tilknyttet psykolog/psykiater. Den sundhedsprofessionelle i hjerterehabiliteringen har alene til opgave at sørge for, at en patient i risiko for at have angst eller depression videresendes til en sundhedsprofessionel, i dette tilfælde egen læge, som kan diagnosticere og intervenere som nødvendigt.

FORMÅL

Som ovenfor angivet skal hjertepatienter screenes for angst og depression i hjerterehabiliteringen. Formålet med denne rapport er at underbygge screeningsarbejdet med en dybere forståelse af opgaven, samt bidrage

med viden til igangsættelse og videreudvikling af systematisk screening for angst og depression hos patienter i efterforløbet af hjertesygdom. De anbefalinger, råd og forslag til bl.a. arbejdsgang, screeningsværktøj og kommunikation, som gengives her, er tiltænkt for at sikre denne udvikling.

I rapporten gennemgås evidens, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og registrering i Dansk Hjerterehabileringsdatabase, ligesom der gives konkrete løsningsforslag for optimering af systematisk screening. Som en hjælp til at afholde screeningsamtalen inden for den afsatte tid, gennemgås desuden en samtalemødel, som kan anvendes i kommunikationen med patienten.

EVIDENS OG RETNINGSLINJER

Depression forekommer dobbelt så hyppigt blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, sammenlignet med mennesker uden disse sygdomme,²¹ og både angst og depression har meget alvorlige konsekvenser for hjertepatienter. Undersøgelser har vist, at der generelt er større dødelighed blandt hjertepatienter med depression, hvor en ubehandlet depression hos iskæmisk hjertesygge øger morbiditeten og mortaliteten 2-3 gange sammenlignet med patienter uden depression.^{8,11,12} Patienter med blodprop i hjertet, som udvikler depression, har desuden en dårligere chance for at vende tilbage til arbejdsmarkedet,²⁰ mens depression er en medvirkende faktor til, at patienterne

SCREENING FOR ANGST OG DEPRESSION HOVEDBUDSKABER OM EVIDENS

- Depression ses hos op i mod hver tredje patient, som har været indlagt med blodprop i hjertet,^{5,6} og der er en sammenhæng mellem depressionens sværhedsgrad og dødelighed.⁷⁻⁹
- Dødeligheden og sygdomsforekomsten er betydeligt større hos hjertepatienter med depression end hos hjertepatienter uden depression.^{10,11}
- Ubehandlet depression hos iskæmisk hjertesygge patienter øger sygeligheden og dødeligheden 2-3 gange sammenlignet med patienter uden depression.^{1,12-14}
- Patienter med angst/depression har svært ved at møde op til og gennemføre hjerterehabilering.¹⁵
- Depression påvirker hjertepatientens sundhedsadfærd negativt i forhold til rygning, medicin compliance samt kost og motion.^{7,10}
- Patienter skal screenes tidligt i forløbet, så angst/depression kan opdages og behandles og således fjerne denne barriere for at gennemføre rehabilitering og den dermed forbedrede prognose.^{10,16,17}
- Der er større risiko for, at patienter med depression ikke vender tilbage til arbejde.¹⁸⁻²⁰

ikke gennemfører et hjerterehabiliteringsforløb.^{10,15-17} Identifikationen af depression hos hjertepatienten og betydningen heraf er således dobbelt, idet studier tyder på, at hjerterehabilitering reducerer depressive symptomer med 50-70%.¹² Ydermere peger evidens på, at behandling af depression med antidepressiva eller kognitiv adfærdsterapi kan resultere i moderat forbedring af depressive symptomer efter et myokardieinfarkt og hos stabile iskæmiske hjertepatienter,^{22,23} og det forbedrer deltagelsen i hjerterehabilitering.¹⁰

Udover det faktum, at depression gør det sværere for hjertepatienter at gennemføre hjerterehabilitering, udgør depression også en barriere for livsstilsændringer, såsom at stoppe med at ryge og leve sundere.¹⁰ Ligeledes påvirker tilstedeværelsen af depression hjertepatientens livkvalitet.²⁴

Ud fra ovenstående evidens er det let at følge vigtigheden af, at angst og depression hos hjertepatienter diagnosticeres så tidligt som muligt. Angst- og depressionssymptomer kan identificeres ved screening med et simpelt, standardiseret og valideret spørgeskema, som eksempelvis Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), hvor grænseværdier på skalaen angiver sværhedsgraden af symptomer og peger på hvorvidt patienten bør henvises for yderligere udredning og behandling.²⁵

SUNDHEDSSTYRELSEN ANBEFALER SCREENING FOR ANGST OG DEPRESSION

Screening for angst og depression er anbefalet af Sundhedsstyrelsen i de nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering:

"Arbejdsgruppen anser det som god praksis at opspore angst og depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom (AMI, an-

gina pectoris, CABG og PCI), hjertesvigt og patienter som har gennemgået en hjerteklapoperation".⁴

Sundhedsstyrelsen opfordrer til screening allerede i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet og opfordrer samtidig til, at proceduren gentages, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt i forløbet. Målet er, at alle hjertepatienter screenes og tilbydes behandling ved behov.⁴ Det kan være relevant at screene andre hjertepatienter også. De nationale retningslinjer foreskriver ikke hvilke kvalifikationer man skal have for at screene for angst og depression. Generelt bør man være oplært. Med oplæring vil sundhedsprofessionelle, som arbejder systematisk med hjertepatienter, kunne varetage screeningsopgaven, mens det i alle tilfælde vil være en læge, som stiller diagnosen.

Ud fra den nationale kliniske retningslinje bør hjertepatienter således screenes for angst og depression.⁴ Patienter, der screenes positivt, bør desuden tilbydes den nødvendige udredning og behandling ved henvisning til den alment praktiserende læge (evt. liaisonpsykiatrisk afdeling el. afdelingspsykolog i hospitalsregi), som herefter har det videre ansvar. Det forventes, at man ved at øge systematikken i screening sikrer, at patienter med angst/depression henvises rettidigt til udredning og behandling. Der vil være patienter, som har fx demens i en så udtalt grad, at det ikke giver mening at screene for angst og depression i praksis. Depression hos demente er en særlig opgave, som ligger uden for hjerterehabiliteringsområdet. Er der mistanke om, at en patient med demens er deprimeret, skal patienten henvises til videre undersøgelse og vurdering hos egen læge.

Med oprettelsen af Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) er der opsat en række kvalitetsindikatorer, heriblandt for screening for angst og depression, hvor man har opstillet

et mål om, at mindst 80% af alle iskæmiske hjertepatienter er screenet for angst og depression ved afslutning af hjerterehabiliteringen.²⁶

Hovedparten af viden om rehabilitering af hjertepatienter findes for gruppen af iskæmiske hjertepatienter, hvilket afspejles både i afsnittet om evidens og i kvalitetsindikatorerne opstillet af DHRD. Sundhedsstyrelsen anbefaler dog som god praksis, at man screener hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede, og det er denne kontekst, denne rapport vælger at skrive sig ind i.

FOR OG IMOD SCREENING

Når man generelt udfører screeninger for sundheds- og sygdomstilstande er det vigtigt, at man overvejer risikoen for skadevirkninger som følge af screeningsindsatsen, fx risikoen for falsk positive testresultater med en følgende behandling, som kan være behæftet med bivirkninger. I tilfældet med screening for angst og depression i hjerterehabiliteringen er det kendt, jf. afsnit om evidens, at forekomsten af angst og depression blandt hjertepatienter er høj, og at sådanne tilstande har betydning for patienternes prognose. Derfor har man i Danmark valgt at fremhæve identificering af angst og depression ved screening blandt hjertepatienter, som en væsentlig forudsætning for at kunne yde en passende indsats.⁴ For at sikre etik i screening er det naturligvis vigtigt, at man har henvisningsmulighed til en relevant fagperson, så udredning og behandling kan igangsættes hurtigst muligt. I Danmark vil det i langt de fleste tilfælde være patientens praktiserende læge, som rehabiliteringspersonalet skal henvise videre til.

2) HVAD GØR VI I DAG?

KORTLÆGNING AF INDSATS PÅ SYGEHUSE OG KOMMUNER

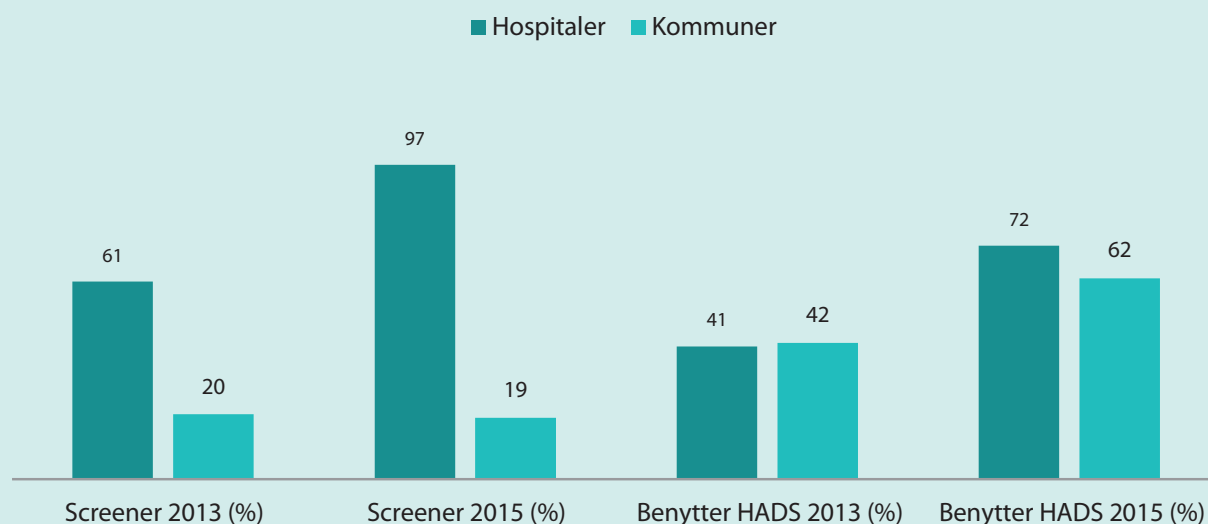
Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) gennemfører kortlægninger af hjerterehabiliteringsindsatsen på de danske sygehuse med faste tidsintervaller – første gang i 2013 og senest i 2015. Kortlægningerne er en metode til at undersøge de strukturelle betingelser for efterbehandlingen af iskæmisk hjertesygdom. Deltagelse er obligatorisk for sygehuse, som tilbyder hjerterehabilitering, mens deltagelse i kommunerne er frivillig og er i 2013 og 2015 finansieret og gennemført af henholdsvis af Region Sjælland og Hjerteforeningen/REHPA som et tillæg til DHRD kortlægningen.

Af kortlægningen i 2013, hvor alle 36 sygehuse (100%) og 80 ud af 98 kommuner (82%) deltog, fremgik det, at 61% af hospitalerne screenede for angst og depression, hvoraf 41% benyttede HADS til screeningen.

I kommunerne samme år angav 20% af de besvarende kommuner, som tilbød rehabilitering i fase II, at de screenede for angst og depression, hvoraf knap halvdelen (42%) af disse benyttede HADS som screeningsredskab.

I 2015 hvor alle 35 sygehuse (100%) og 86 ud af 98 kommuner (88%) deltog, ses det, at stort set alle de danske sygehusafdelinger (97%), som tilbyder hjerterehabilitering, screener personer med hjertesygdom for angst og depression.²⁷ I forhold til screeningsredskab benytter 72% af afdelingerne HADS. I den kommunale rehabilitering screener 19% af de kommuner, som tilbyder hjerterehabilitering i fase II, for angst og depression, hvoraf 62% benytter HADS som screeningsværktøj.

FIGUR 1. OVERSIGT OVER UDVIKLINGEN AF SCREENINGSOPGAVEN FRA 2013 TIL 2015



På sygehusene er der således sket en mærkbar forbedring af indsatsen siden 2013, hvor den første kortlægning under DHRD blev udført. I kommunalt regi ses ikke fremgang i andelen af kommuner, som screener. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at arbejdsdelingen mellem sygehuse og kommuner kan være meget forskellig. Såfremt hospitalerne varetager screeningsopgaven, er kommunerne ikke pålagt at varetage opgaven.

I kortlægningerne, som blev gennemført i 2015, var der spurgt uddybende ind til screeningspraksis. For både sygehuse og kommuner angiver knap halvdelen (hhv. 47% og 42%), at der er behov for forbedring af screeningsproceduren.

Analysen af sygehusenes besvarelser viser, at personalet efterspørger hhv. mere tid og mere viden i forhold til forbedring af scree-

ningsproceduren. I forhold til viden peges der oftest på viden om 1) *patientreaktioner i forbindelse med screening*, 2) *angst*, 3) *depression*, og 4) *screeningsredskabet*, mens knap halvdelen af dem, der mangler viden, mangler den om 5) *viderehenvielse og behandlingsmuligheder*.

I kommunalt regi er de væsentligste forbedringspotentialer viden, arbejdsgange og ansvarsfordeling/rollefordeling. Her er det særligt viden om 1) *screeningsredskabet* og 2) *arbejdsgang og procedure i forbindelse med screening af hjertepatienter for depression*, der peges på. Dog angiver mere end halvdelen (58%) af de kommuner, som screener, at der ikke er behov for forbedring af screeningsproceduren.

Læs mere om praksis i Danmark i DHRD strukturrapport [2013](#) og [2015](#),^{27,28} som kan hentes ned via sundhed.dk.

KVALITATIV UNDERSØGELSE AF PRAKSIS

Kortlægningerne fra 2015 dannede grundlag for udvælgelse af seks hospitaler og fem kommuner, som blev kontaktet mhp. deltagelse i en kvalitativ undersøgelse af praksis for screening for angst og depression. Den kvalitative undersøgelse blev gennemført dels som semistrukturerede interviews, der blev optaget og efterfølgende transskriberet og analyseret, dels ved observationsstudier, hvor samtaler og undervisning blev overvåret. Sygehuse og kommuner blev udvalgt på baggrund af tre kriterier: 1) Geografisk placering med repræsentation af alle regioner, 2) Angivelse af forskellige screeningsprocedurer, og 3) Angivelse af forskellige grader af barrierer i screeningen.

Indledende indholdsanalyser fra de 12 interviews viser, at forståelsen af hvornår man screener og hvad der skal til for at man gør det systematisk, varierer. Derudover er sundhedsprofessionelle ansat i hjerterehabileringen, både på hospitaler og i kommuner, grundlæggende i tvivl om hvorfor de skal screene hjertepatienterne, fordi de samtidig er i tvivl om, hvilke tilbud de kan tilbyde patienter, som viser tegn på angst og depression, samt hvornår patienten viderehenvises. Hovedparten af de sundhedsprofessionelle finder det både tidsmæssigt og psykisk krævende, at tale med hjertepatienten om den psykiske tilstand, og for størstedelen er det tillige vanskeligt at åbne, og især at lukke, en samtale med en patient, som udviser følelsesmæssige reaktioner.

Igennem observationsstudierne blev det tydeligt, at et fåtal af de sundhedsprofessionelle forklarer patienten baggrunden for og formålet med screeningen. Mange er ydermere i tvivl om, hvorfor der skal indrapporteres til DHRD, og hvad disse oplysninger bruges til.

OVERORDNEDE FUND

Opsummerende peger de kvalitative data på følgende forskelle i praksis:

- **Screeningsredskab**

Det er forskelligt, hvad der bruges som screeningsværktøj, selvom de fleste bruger HADS. Måden, hvorpå HADS bruges, varierer meget, og flere steder har den enkelte sygeplejerske udviklet en særegen metode til at screene.

- **Screeningsprocedure**

I forhold til screeningsproceduren er der store variationer i alt fra hjemsendelse af screeningskemaet til patienten, besvarelse af screeningskemaet i modtagelsen umiddelbart før samtalen, til besvarelse af screeningskemaet under samtalen.

Det er ligeledes forskelligt, hvad der svares, hvis en patient spørger til meningen med de enkelte spørgsmål i HADS. For eksempel fortæller én sundhedsprofessionel på forhånd om, hvilke spørgsmål der kan være svært forståelige og fortolker spørgsmåls betydningen.

- **Tidspunkt for screeningen**

Det varierer, hvornår i rehabiliteringsforløbet patienten screenes og hvor mange gange.

- **Hvem der formidler screeningsscoren, og hvor og hvornår den formidles**

Det er forskelligt, om det er en læge, sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut eller ergoterapeut, der formidler screeningsscoren til patienten. Ligeledes er det forskelligt, hvornår det gøres, og hvad der siges.

- **Vurderingen af hvem der ikke skal screenes**

Det er ofte den enkelte sundhedsprofessionelles subjektive vurdering af, hvem der skal og ikke skal screenes, som ligger til grund for praksis, og de fleste steder screenes patienter, der vurderes at være kognitivt svækkede, ikke.

3) HVORDAN GØR VI DET (ENDNU) BEDRE?

METODER TIL SCREENING MED FOKUS PÅ HADS

I udførelsen af systematisk screening af alle hjertepatienter er det vigtigt, at vælge ét redskab til screeningen og være konsistent i brugen, således at alle patienter på den enkelte enhed modtager samme behandling, og der opnås rutine i afdelingen med det enkelte redskab. Der findes flere dansk-validerede spørgeskemaer til screening for angst og/eller depression (fx PHQ-9, PHQ-2, MDI, BDI), men da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foreslås i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje, og da mange afdelinger og kommuner har taget skemaet til sig, fokuserer denne rapport på brug af HADS som redskab.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

HADS er vurderet til at være et brugbart redskab, idet der er tale om et kort og let forståeligt skema, som samtidig er valideret til brug blandt somatiske patienter.^{7,25} Skemaet kan, som et af de eneste validerede redskaber, anvendes til at screene for både angst og depression samtidig.

Hvad er HADS?

Et grundigt, valideret spørgeskema, der ved hjælp af 14 spørgsmål måler risikoen for henholdsvis angst- og/eller depressionstilstand (7 spørgsmål relateret til hver tilstand) hos patienter med somatiske symptomer.

HADS måler symptomniveauet for angst og depression og endda med ret stor præcision.^{7,25} Alligevel er det særdeles vigtigt at

understrege, at HADS *ikke* et diagnostisk redskab. Det er vigtigt at informere patienter, som scorer moderat eller højt på en eller begge skalaer, om, at dette blot er et opmærksomhedspunkt, som egen læge – efter patientens samtykke – informeres om og udreder nærmere i samråd med patienten. Den sundhedsprofessionelle, som overleverer screeningsresultatet, må tale med patienten om, hvorvidt udfaldet af screeningen stemmer overens med patientens egen oplevelse af humør og psykisk tilstand. I samme forbindelse kan informeres om sammenhængen mellem hjertesygdom, angst og depression.

Hvorfor HADS?

Med konsistent brug af et screeningsredskab som HADS, opnår man et målbart resultat og et ensartet vurderingsgrundlag, hvorved subjektive vurderinger af patientens psykiske tilstand undgås. Dette fjerner et stort ansvar fra den sundhedsprofessionelle i hjerterehabiliteringen, som undgår at skulle overveje om og hvilke diagnoser, der kan være i spil. I sidste ende er det altid lægen, som stiller diagnosen.

HADS er som nævnt bredt anvendt i screening for angst og depression blandt hjertesygge, og er valideret til denne brug.²⁹ HADS er vist at have høj specificitet og sensitivitet ved anvendelse af de anbefalede cut-off scores (lavt symptomniveau 0-7, moderat symptomniveau 8-10, højt symptomniveau 11-21), hvilket betyder, at redskabet med ret stor sikkerhed vil kunne opdage en angst- eller depressionstilstand hos en patient med somatiske symptomer^{25,29} og derved undgå en stor mængde falsk positive udfald.

Hvordan anvendes HADS?

Zigmond og Snaith fremhævede i præsentationen af deres dengang nyudviklede redskab, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, vigtigheden af at få patienten til at forstå, at spørgeskemaet udfyldes ud fra dennes psykiske tilstand i hele den forgangne uge, samt at patienten udfylder skemaet ud fra første indskydelse uden at tænke for meget over svaret.²⁵ HADS er med andre ord udviklet som et selvudfyldt spørgeskema, hvorfor det er vigtigt, at patienten selv afkrydser i svarkategorierne og således ikke får hjælp til udfyldelsen (medmindre der findes en god grund hertil).

Hvornår bør HADS-testen optimalt set gennemføres og hvorfor?

Første screening for angst og depression bør gennemføres ved første og indledende samtale i hjerterehabiliteringen. Ifølge Casey og kolleger er der i de første to uger efter opstart størst risiko for, at deprimerede patienter dropper ud af hjerterehabiliteringen.¹⁰ Da mange hjertepatienter reagerer psykisk på det at være ramt af alvorlig livstruende sygdom, vil der være forholdsvis flere patienter, som udviser symptomer på angst og depression i den tidlige fase. Dette er baggrunden for andre anbefalinger fra bl.a. Dansk Cardiologisk Selskab om at udskyde den første screening til 4-6 uger efter opstået akut sygdom. Ideelt set bør screeningen gentages ved afsluttende samtale i hjerterehabiliteringen for at sikre, at patienten ikke har tilbagefald eller lignende.

Hvordan administreres HADS til patienten?

Introduktionen af screeningsredskabet er vigtig, uanset om der er tale om skriftlig eller mundtlig formidling. Hvis HADS skemaet sendes hjem til patienten, skal denne kunne læse sig frem til en fremgangsmåde for udfyldelsen af skemaet, som er let forståelig og giver mening. HADS kommer allerede med en introduktion, som står på det trykte skema,

hvilket gør det ligetil at formidle. I forbindelse med screening under samtalen er det dog vigtigt med en god og præcis, mundtlig introduktion af skemaet til patienten. Et bud på en sådan præsentation samt den fortrykte introduktion til HADS findes i afsnittet *Konkret bud på introduktion af skema til patienten (skriftligt eller mundtlig)*.

Uanset om screeningstesten sendes hjem til patienten og udfyldes her, eller om den udfyldes ved den indledende rehabiliteringssamtale, så er det *patienten selv*, der besvarer og udfylder spørgeskemaet. Det er derfor vigtigt, at patienten forstår, at den sundhedsprofessionelle ikke hjælper med at udfylde skemaet, hvorfor det bør understreges, at patienten må svare ud fra første indskydelse. I tilfælde hvor patienten alligevel henvender sig med tvivlsspørgsmål, fx om fortolkning af et spørgsmål, kan den sundhedsprofessionelle gentage fra introduktionen:

”Jeg kan ikke hjælpe dig med at fortolke meningen af spørgsmålene – du må stole på din egen fornemmelse til at svare, hvad der er det rigtige for dig”.

I tilfældet hvor patienten er kognitivt svækket eller har vanskeligt ved selv at læse spørgeskemaet, kan den sundhedsprofessionelle læse teksten højt uden yderligere tolkning eller kommentarer.

Det anbefales at bruge HADS og ikke dele af HADS eller af andre screeningsredskaber, da det er det fulde skema, som er valideret.

Hvordan scorer man HADS?

Hvert af de 14 spørgsmål besvares på en skala fra 0-3. Pointene fra angst- og depressionsdimensionerne udregnes separat, og pointene fra de syv spørgsmål fra hver dimension lægges sammen, så patienten får en samlet score for angst og en for depression – begge med en score, der ligger mellem 0-21.

HADS er designet sådan, at hvert andet spørgsmål hører til hhv. angst- og depressionsskalaen. Samtidig er svarene og dermed pointfordelingen skiftevis vendt opad og nedad. I siderne af skemaerne findes svarkategoriernes tilhørende point afmærket svarende til de to skalaer.

Hvad betyder scoren?

0-7 point: lavt symptomniveau for angst og/eller depression

8-10 point: moderat symptomniveau for angst og/eller depression

11-21 point: højt symptomniveau for angst og/eller depression

Se hvordan du handler på resultaterne [her](#)

Hvordan får man adgang til HADS?

Licens til brug af HADS-skemaet er indhentet via DHRD og herigennem kan opnås adgang til skemaet. Der er betalt for brug af HADS i forbindelse med fase II hjerterehabilitering i Danmark, og det kan således bruges såvel i kommuner som på sygehuse. Hent skemaet [her](#)

HADS findes tilgængeligt på 115 sprog, men der er kun købt licens til hjerterehabiliteringsarbejdet med den danske oversættelse. Ved behov for oversættelser på andre sprog, vil dette være betalingspåkrævet.

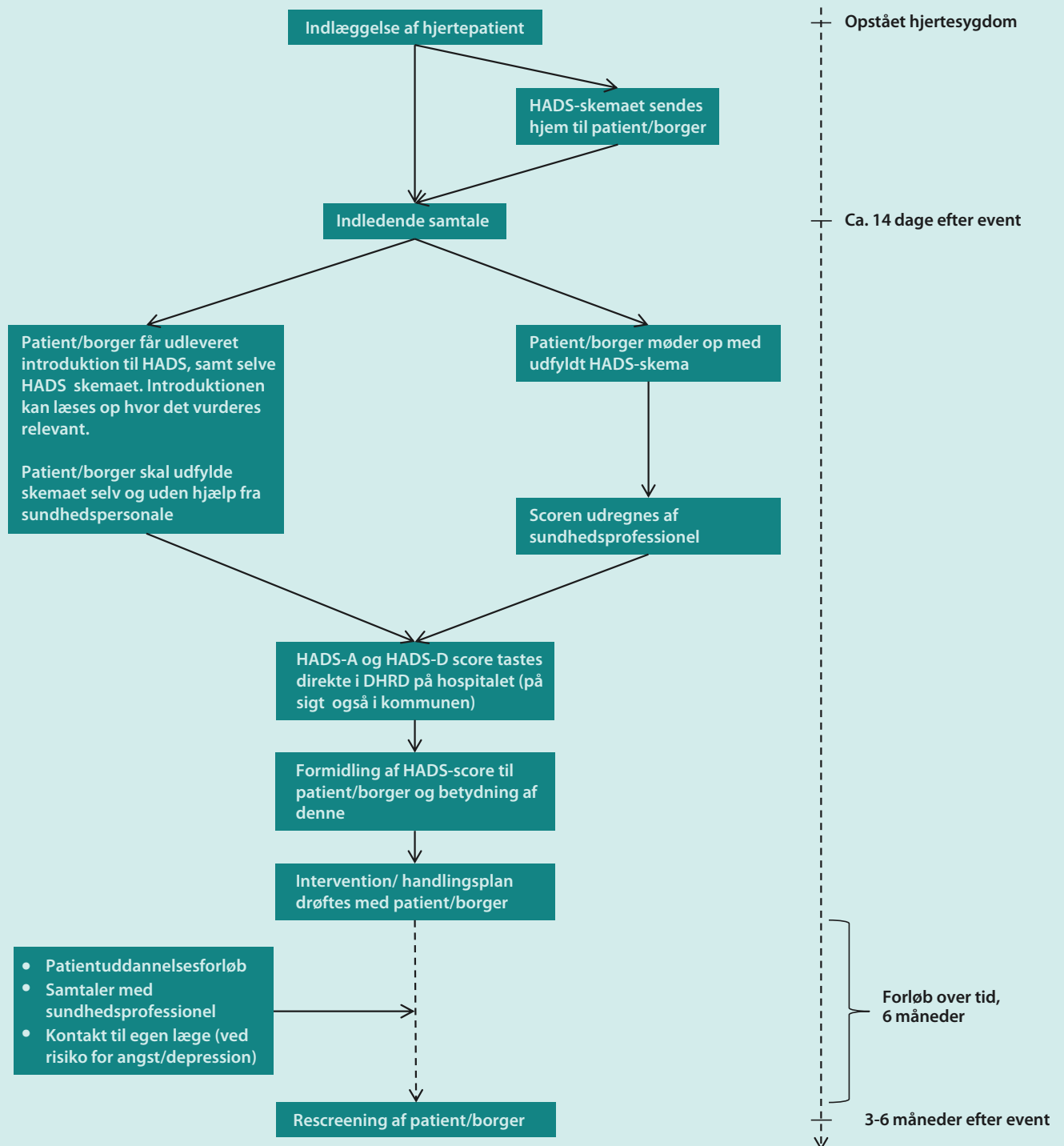
ORGANISERING

I det følgende præsenteres eksempler på to forskellige modeller hvorpå screeningen kan implementeres, så alle hjertepatienter på sygehuset eller i kommunen screenes systematisk for angst og depression. De to modeller er tilpassede eksempler fra hjerterehabiliteringen to forskellige steder i Danmark og er fremhævet med udgangspunkt i, at der i dag findes mange forskellige måder at køre hjerterehabiliteringen på i Danmark. De to modeller må således forsøges bedst muligt passet ind i afdelingens/kommunens kontekst og nuværende praksis.

På illustrationen på næste side vises de to modeller. Begge modeller starter øverst med, at hjertepatienten er indlagt eller er i ambulans forløb og har fået en diagnosticeret hjertesygdom. Hvor den højre model (*Screeningen foregår hjemme*) tager udgangspunkt i, at HADS-skemaet sendes hjem til patienten eller udleveres i ambulatoriet/kommunen forud for den indledende samtale i hjerterehabiliteringen, tager den venstre (*Screeningen foregår i forbindelse med den indledende samtale*) udgangspunkt i, at skemaet udleveres under den indledende samtale.

Herunder beskrives de to versioner af systematisk screening mere uddybende.

**FIGUR 2. FLOWDIAGRAM/ILLUSTRATION
OVER SCREENINGSPROCEDUREN**



SCREENINGEN FOREGÅR HJEMME

Denne screeningsmodel kræver noget administrativt forarbejde, idet skemaet skal sendes hjem til patienten forud for første møde i rehabiliteringen. Det vil praktisk betyde, at der bruges tid på forberedelserne, men spares noget tid i selve samtalen, idet selve udfyldelsen af skemaet for de flestes vedkommende vil være sket på forhånd. Her er det dog også nødvendigt at have ekstra skemaer tilgængelige, i fald patienten ikke har udfyldt og returneret skemaet som instrueret. Ved denne model, "screeningen foregår hjemme", er den skriftlige instruks til skemaet ekstra vigtig og bør vedlægges eller være påhæftet skemaet som i den originale version. Erfaringsbaseret viden om denne form for screening kan man læse om i Larsen og kollegers artikel fra 2016.³⁰

Forløbet for denne screeningsmodel vil være som herunder beskrevet.

Efter udskrivelsen modtager patienten HADS med posten (evt. E-post) med besked på enten at returnere skemaet i den vedlagte svarkuvert eller medbringe skemaet, når patienten møder til første samtale i rehabiliteringen. Det er vigtigt med en vedlagt instruks til patienten om, at skemaet først skal udfyldes umiddelbart inden rehabiliteringssamtalen samt instruks i, hvordan skemaet udfyldes.

Ved den indledende samtale har patienten enten tilsendt skemaet til rehabiliteringsenheden på forhånd eller møder op med det udfyldte skema. Scorer for de to skalaer udregnes samtidig med, at en samtale om psykisk velbefindende kan finde sted. Scoren kan eventuelt indtastes samtidig i DHRD. Screeningen vil således foregå som en slags katalysator for at tale om, hvordan patienten har det psykisk. Det er følgelig vigtigt, at man som sundhedsprofessionel har gjort sig tanker om, hvordan en evt. positiv screeningsscore overleveres, og i det hele taget hvordan man taler om følsomme emner som fx angst og depression.

SCREENINGEN FOREGÅR I FORBINDELSE MED DEN INDLEDENDE SAMTALE

I denne screeningsmodel får patienten udleveret HADS under den indledende samtale i rehabiliteringen, og her kan introduktionen til skemaet derfor enten læses op eller læses selvstændigt af patienten. Det er, som ovenfor beskrevet, vigtigt at pointere over for patienten, at vedkommende svarer ud fra sin egen første indskydelse og at skemaet skal besvares selvstændigt, idet skemaet er udviklet som et selvadministreret spørgeskema²⁵ (se afsnit *Hvordan administreres HADS til patienten?*). Eventuelle tvivlsspørgsmål i forhold til betydning af spørgsmål er således ikke til diskussion, men må besvares efter bedste evne.

Når HADS er udfyldt, udregnes scorer for angst og depression og drøftes dernæst med patienten. Scoren kan eventuelt indtastes samtidig i databasen. En snak om hvad scorerne betyder, er også i denne screeningsmodel vigtig, og man kan ved samme lejlighed komme ind på, hvad patient og pårørende skal være opmærksom på, i fald en reaktion tilstøder senere hen (se afsnittet *Information og støtte til patienten* i guiden). Du finder guiden [her](#)

Efter den indledende samtale deltager patienten (ideelt set) i det fulde rehabiliteringsforløb. Ved afsluttende samtale bør patienten screenes igen, dels for at sikre at alt er som det skal være, dels for at vurdere eventuel fremgang.

HÅNDTERING AF HØJ SCREENINGSSCORE

Ved en positiv score (både moderat og højt symptomniveau) er det vigtigt at spørge, om patienten oplever, at der har været en fremgang, eller om det er uændret eller værre end tidligere, samt om patienten får hjælp til at håndtere sine symptomer og følelser. Hvis patienten ikke får hjælp, og der ikke

er fremgang, skal der ageres i forhold til videre henvisning. I sygehusregi kan man om muligt henvise til liaisonpsykiatrisk afdeling eller afdelingens psykolog, men i langt de fleste tilfælde vil det være patientens egen læge, som skal kontaktes eller henvises til. I kommunalt regi kan der sendes en korrespondancemeddelelse til egen læge ved samtykke fra borgeren. Hvis patienten ikke viser tegn på angst eller depression, eller patienten har lettere tegn på angst og depression, men har oplevet fremgang inden for de seneste uger, må man gennemgå, hvad patienten og pårørende skal være opmærksomme på i tiden fremover, hvad angår patientens psykiske velbefindende (se afsnittet *Information og støtte til patienten i guiden*). Du finder guiden [her](#)

KONKRET BUD PÅ INTRODUKTION AF SKEMA TIL PATIENTEN (SKRIFTLIGT ELLER MUNDTLIG)

Skriftlig introduktion til HADS ved hjemsendelse af skema

Man er opmærksom på, at følelser spiller en vigtig rolle i mange sygdomme. Hvis din behandler kender dine følelser, vil han/hun bedre være i stand til at hjælpe dig.

Dette spørgeskema er designet til at hjælpe din behandler til at forstå, hvordan du har det. Læs hvert spørgsmål nedenfor og kryds det svar af, som kommer nærmest, hvordan du har haft det *i den seneste uge*.

Din umiddelbare reaktion på hvert enkelt spørgsmål er ofte mere nøjagtig end et nøje gennemtænkt svar, så angiv det svar, som falder dig ind umiddelbart og brug ikke for lang tid på spørgsmålene.

Mundtlig introduktion til HADS udfyldelse i forbindelse med den indledende samtale

Dette skema [som du får af mig nu] er beregnet til at vurdere, hvordan du har det psykisk. Det er lavet som en hjælp til os [de sundhedsprofessionelle] i hjerterehabiliteringen, fordi vi ofte oplever, at det at få en hjertesygdom kan påvirke det psykiske velbefindende. Skemaet er lavet sådan, at du skal besvare de 14 spørgsmål efter din bedste evne og efter din første indskydelse. Der ikke noget rigtigt eller forkert svar, og jeg må ikke fortolke meningen af spørgsmålene sammen med dig. Du skal stole på din første indskydelse af, hvad der er det rigtige for dig og ikke tøve for længe med at svare. Den første indskydelse er ofte den rigtige.

Når du har svaret på alle 14 spørgsmål, regner jeg sammen, hvad du scorer på skalaen for både angst og depression, og så taler vi sammen om, om det stemmer overens med din egen oplevelse, og hvad du og dine pårørende videre skal være opmærksomme på.

SCREENINGSSAMTALEN

I den indledende samtale i hjerterehabileringen er der som regel mange forskelligartede opgaver, som skal varetages. Der skal klares alt fra blodtryk og medicinering til psykosocial trivsel og dermed screening for angst og depression. Tiden opleves af mange sundhedsprofessionelle som begrænset, og der er, som beskrevet i den kvalitative undersøgelse tidligere, gennemgående enighed om, at det kan være svært på kort tid både at åbne, men også især at lukke en samtale, som berører følsomme, tabubelagte emner som fx angst og depression. En samtale bliver dog ikke nødvendigvis bedre af, at den er lang. Derimod kan struktur og metodik medvirke til at gøre samtalen overskuelig, behagelig og formålsnyttig for både patienten og den sundhedsprofessionelle på trods af knap tid. En fast samtalestruktur, som kort skitseres for patienten, kan være en hjælp i forhold til at løse og registrere de mange opgaver, og den kan samtidig medvirke til, at alle opgaver klares inden for den afsatte tid.

Når hjertepatienten møder op til første og indledende samtale, er det umuligt at forudsige, hvordan patienten eller eventuelle pårørende reagerer, hvilket kan lede til en vis usikkerhed. At have en fast samtalestruktur vil kunne hjælpe til med at skabe struktur for den sundhedsprofessionelle og som følge heraf også for patient og pårørende. Samtalestrukturen vil typisk bestå af tre kerneområder:

- **Indhold**

Det faglige indhold, som bestemmes af samtales formål, fx at screene og give information, måle blodtryk, etc.

- **Proces**

Opbygningen af selve samtalen, fx at sætte rammen, vedligeholde og afrunde kontakten til patienten

- **Relation**

Relationen, der opbygges i mødet med patienten, og som handler om at skabe tillid, udvise anerkendelse og gensidig respekt.

I den første og indledende samtale med hjertepatienten lukkes den sundhedsprofessionelle ind i et helt univers af patientens tanker om hjertesygdommen og skal således være klar til at tale om de mange følelser, der kan være forbundet med det at få en livstruende, kronisk sygdom.

Der findes forskellige typer af professionelle samtaler, fx det medicinske interview med anamnesen, informationssamtalen med eksempelvis testsvar, den motiverende samtale med ændring af livsstilsadfærd og den eksistentielle samtale med uhelbredelige eller døende, etc. Alle disse samtaler skal kunne rummes af en sundhedsprofessionel, og det at arbejde professionelt med kommunikation og patientsamtale har mange fordele.

At arbejde systematisk og ud fra en samtalestruktur kan blandt andet

- skabe struktur dels for den sundhedsfaglige, men i høj grad også for patienten
- sikre kvaliteten, idet alle emner for mødet med patienten gennemgås
- skabe overblik over de opgaver, der skal tages hånd om under første og indledende samtale, herunder screeningen
- skabe tryghed, bl.a. fordi struktur signalerer professionalisme, og at der er styr på tingene
- sikre, at samtalen indledes og afsluttes professionelt.

På næste side ses et eksempel på opbygningen af screeningssamtalen.

FIGUR 3. GRUNDMODEL FOR SCREENINGSSAMTALEN

1. Forberedelse

Den sundhedsprofessionelle sikrer, at papirer er på plads, at der er et rum til rådighed, at der er stole nok etc.

2. Rammesætning

Den sundhedsprofessionelle opridser mundtligt (evt. med støtte fra en skriftlig oversigt) punkterne på dagsordenen for samtalen, samt fortæller hvor lang tid, der er sat af til hele samtalen.

3. Indledende opsummering

Patienten fortæller om forløbet fra opstået af hjertesygdom og indtil nu.

4. Emnevalg (fx screening)

Den sundhedsprofessionelle udfører opgaver og overbringer information for et punkt ad gangen på dagsordenen – fx screeningsopgaven, hvor skemaet skal gennemgås/udfyldes og information og samtale om scoren finder sted.

5. Patienten opsummerer

For hvert emne sikrer den sundhedsprofessionelle sig, at patienten har modtaget og forstået information ved at bede patienten genfortælle med sine egne ord. Herefter tages hul på den næste opgave/det næste punkt på dagsordenen.

6. Afrunding

Samtalen afrundes af den sundhedsprofessionelle ved et kort resumé af, hvad der er drøftet, og hvem der gør hvad.

NÅR SAMTALEN ÆNDRER KARAKTER

En opgavestyret samtale om et bestemt tema kan ofte ændre karakter, når grundlæggende menneskelige problemer kommer op, bryder konteksten og derved ændrer samtalen til en primært eksistentiel samtale.

Den professionelle kan føle sig på nogenlunde sikker grund så længe samtalen forløber inden for eget ansvars- og kompetenceområde, men kan opleve usikkerhed, når den opgavestyrede og strukturerede samtale

overgår til den eksistentielle. Når man står midt i et andet menneskes personlige krise, får empati og forståelse, snarere end faglighed, pludselig afgørende betydning.

Et redskab til at håndtere karakterskiftet i samtalen er at synliggøre skiftet, eksempelvis ved helt konkret at sætte ord på det nye emne, lade det fylde og italesætte, at eventuelle uafsluttede opgaver i samtalen må klares enten efterfølgende eller ved at lave en ny tid, afhængig af enhedens rammer.

MERE OM KOMMUNIKATION

Hvis man som sundhedsprofessionel er interesseret i at vide mere om samtalestruktur og professionel kommunikation kan man fx læse om det i bogen Medicinsk Kommunikation af Kaj Sparle Christensen m.fl.

Ligeledes findes i følgende artikel information om og forslag til hvordan man håndterer den svære samtale: *Roessler, KK.; Lindemann, F-W. How to cope with anxiety in hospital settings: Evaluation of a professional training. The Expository Times, 2014, 126.2: 63-70.*³¹

HVORDAN HANDLER VI PÅ RESULTATERNE

Når en patient screenes for angst og depression med HADS og på en eller begge skalaer opnår en score på 8 eller derover, er det vigtigt, at man som sundhedsprofessionel reagerer. I *alle* tilfælde, uanset score, bør der tages en snak med patienten og gerne de pårørende om, hvad scoren betyder, og hvad der skal ske jf. nedenstående, eller hvad man skal være opmærksom på fremadrettet.

- I tilfælde, hvor en **HADS score ligger <8**, skal patienten informeres om, at psykisk reaktion på hjertesygdom er normalt samt informeres om, hvad vedkommende skal være opmærksom på af eventuelle symptomer i tiden efter.
- I tilfælde, hvor en **HADS score ligger mellem 8-10**, skal patienten informeres om, at der er et moderat symptomniveau for angst/depression. Ved scorer i denne kategori må man spørge uddybende ind til, hvordan patienten oplever sin psykiske tilstand, om der er sket en udvikling i bedre/værre retning, om hvorvidt der er socialt netværk og derudover sammen med patienten planlægge forløbet.

- Patienter med **HADS scorer ≥ 11** , hvor tilstanden ikke er blevet bedre over de sidste uger, og hvor patienten ikke allerede får hjælp, skal henvises til egen læge (eller liaisonpsykiatrisk afdeling/psykolog hvor det er muligt) med henblik på afklaring af, om patienten har en angst/depression. For de patienter, som vurderes særligt belastede, kan man som sundhedsprofessionel, for at sikre sig at der opnås videre hjælp, være behjælpelig med at etablere/rette kontakt på patientens vegne.

Al diagnosticering og medicinering/behandling ligger i sidste ende hos patientens egen læge eller psykolog/psykiater. Opgaven som sundhedsprofessionel i hjerterehabiliteringen er at sørge for, at en patient med symptomer på angst eller depression sendes videre til en sundhedsprofessionel, som kan diagnosticere og intervenere som nødvendigt.

4) HVORDAN SIKRES IMPLEMENTERING, EVALUERING OG KVALITETSSIKRING?

IMPLEMENTERING, EVALUERING OG KONSOLIDERING AF INDSATS

Indførelsen af en ny metode til screening kræver en systematisk og organiseret indsats. På Roskilde Sygehus har man gennemført og evalueret en implementeringsstrategi, hvor man har benyttet sig af følgende fem temaer, som i et internationalt studie blev fundet vigtige for implementeringen af en ny screeningsmetode.^{32,33}

DE FEM TEMAER

- 1) Struktureret feedback med mulighed for opfølgende undervisning.
- 2) Kvalitetssikring af indsatsen.
- 3) Gennemsigtighed i arbejds gange.
- 4) Mere undervisning, således at viden opdateres og vedligeholdes.
- 5) Patienter med positiv screening henvises systematisk til videre behandling/konsultation.³³

Ud fra disse fem temaer har man i Roskilde:

- 1) Arbejdet målrettet med feedback, bl.a. ved kvartalsvise møder i det tværfaglige team og etablering af en database, hvorfra data kan udtrækkes og herudfra debatteres.
- 2) Udfærdiget standardtekster til brug i journalføringen.
- 3) Udarbejdet en detaljeret instruks om hele screeningsproceduren fra udlevering til intervention.
- 4) Udbudt et målrettet undervisningsprogram med henblik på at klæde sygeplejersker (el. andre) på til screeningsopgaven.
- 5) Udarbejdet en simpel procedure for henvisning af de hjertepatienter, som scorer højt og derfor skal henvises til videre udredning og behandling. Det har været nødvendigt at justere i arbejds gange undervejs og løbende informere alle parter.³³

Eksemplet på en implementering af en helt systematisk screeningsprocedure, som er beskrevet ovenfor, viser, at der er flere punkter, man bør være opmærksom på, når man sigter imod implementering af nye arbejds gange. Som det ses af de fem fremhævede temaer har det været nødvendigt: at arbejde med en mødestruktur, hvor man i teamet har fået mulighed for at tale om problemer og løsningsmodeller samt konkrete resultater fra implementeringsarbejdet; at arbejde med standardtekster og udførlige instrukser. Ligeledes har man fundet det brugbart at tilbyde undervisning til teamet i hjerterehabiliteringsafdelingen.

Mange af disse punkter er forsøgt imødekommet i denne rapport, men yderligere tiltag, som implementeringen af DHRD, har også gjort det mere tilgængeligt at justere afdelingens/kommunens screeningsprocedure. DHRD har fx allerede en funktion til journaltekst, og i denne rapport er der bud på screeningsproceduren. Der vil dog stadig være elementer af implementeringsarbejdet, som nødvendigvis må prioriteres på den enkelte afdeling/i den enkelte kommune, hvor man fra ledelsens side må vurdere opgaven relevant og vigtig. Det store arbejde, man har udført i Roskilde, ville fx ikke have været muligt, hvis der ikke var en ledelsesmæssig opbakning til opgaven. Som overordnet præmis, når der skal implementeres nye procedurer, er opbakningen fra ledelsen en afgørende faktor.

Der findes endnu ingen fælles retningslinje for overlevering af patientdata mellem hospital og kommune. Hvis man i den kommunale rehabilitering modtager en patient, som netop er blevet screenet, fra hospitalsregi, må man ud fra resultatet og sin sunde fornuft vurdere, hvorvidt det er meningsfuldt at screene patienten igen udover den opfølgende, afsluttende screening. I arbejdet med kvalitetssikring i rehabiliteringsenheden kan det give mening at se på procedurer for overleveringen af patientdata mellem kommunen og samarbejdende hospitaler.

DANSK HJERTE-REHABILITERINGSDATABASE

Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) er en national klinisk kvalitetsdatabase, som er etableret med det formål, at indsamle sundhedsfaglige data om hjerterehabilitering i Danmark.

Oprettelsen af DHRD er et centralt tiltag af nyere dato, som sætter fokus på at styrke kvalitet og ensartethed i hjerterehabilitering,^{26,34} herunder også den psykosociale støtte, i erkendelse af, at der er anselig variation i kvaliteten af hjerterehabiliteringen i Danmark. I databasen måles kvaliteten af kerneydelserne i hjerterehabiliteringen, herunder screening for angst og depression. På nuværende tidspunkt er implementeringen af DHRD i kommunalt regi fortsat i planlægningsfasen.

Samtlige opgaver, som typisk gennemføres ved den indledende samtale i hjerterehabiliteringen, kan indregistreres i DHRD. Derfor kan man med fordel, i den indledende samtale, bruge databasens startskema som udgangspunkt for en fast samtalestruktur og indregistrere de data DHRD beder om (fx BMI, blodtryk, HADS score, etc.) samtidig med samtalen afholdes. DHRD vil, som udgangspunkt for en samtalestruktur, kunne være potentielt tidsbesparende, idet sygeplejersken, fysioterapeuten eller anden sundhedsprofessionel, som udfører indledende samtale med patienten, indtaster de obligatoriske data simultant med patientkontakten, og derfor ikke behøver gå fra til denne opgave efterfølgende.

Det er naturligvis vigtigt, at det er patienten og samtalen, der er i fokus, og man blot bruger databasen som rettesnor til rækkefølgen af emner, man skal igennem. For at gøre arbejdet med databasen effektivt indeholder DHRD en journal-tekst-programmering, som gør det muligt at kopiere et stykke standardiseret journaltekst med de nødvendige informationer over i det elektroniske journalsystem. Herved undgår man dobbeltregistrering af oplysninger, som skal bruges begge steder.

Det er ambitionen, at man monitorerer kvaliteten af hjerterehabiliteringsaktiviteterne i henhold til den nationale kliniske retningslinje uafhængigt af, om de leveres i sygehus- eller kommunalt regi.⁴ Dermed forbedres muligheden for at følge den enkelte patient på tværs af sektorer og fx se, hvilken score patienten har fået ved første HADS screening og at sammenholde dette med anden screening og eventuelle efterfølgende kontrolscreeninger. Region Midtjylland har som den første region pr. 1. januar 2017 gjort det obligatorisk for kommunerne at monitorere hjerterehabiliteringsaktiviteterne. Det forventes at resten af landets regioner vil følge efter inden for de kommende år.

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. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:95.
3. Larsen KK. Depression following myocardial infarction. *Danish medical journal*. 2013;60(7):1-18.
4. Sundhedsstyrelsen. *National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering*. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
5. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(1):30-38.
6. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Jama*. 2008;300(18):2161-2171.
7. 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.
8. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle JP, de Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General hospital psychiatry*. 2011;33(3):203-216.
9. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2009;16(6):651-659.
10. 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.
11. Ladwig K, Kieser M, König J, Breithardt G, Borggrefe M. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1991;12(9):959-964.
12. Milani RV, Lavie CJ. Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *The American journal of medicine*. 2007;120(9):799-806.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Worcester MU, Elliott PC, Turner A, et al. Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery. *Heart, lung & circulation*. 2014;23(5):444-453.

19. de Jonge P, Zuidersma M, Bultmann U. The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. *General hospital psychiatry*. 2014;36(4):363-367.
20. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
21. 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.
22. Thombs BD, Roseman M, Coyne JC, et al. Does evidence support the American Heart Association's recommendation to screen patients for depression in cardiovascular care? An updated systematic review. *PLoS one*. 2013;8(1):e52654.
23. Shen BJ, Gau JT. Influence of Depression and Hostility on Exercise Tolerance and Improvement in Patients with Coronary Heart Disease. *Int J Behav Med*. 2016.
24. Hamo CE, Heitner JF, Pfeffer MA, et al. Baseline distribution of participants with depression and impaired quality of life in the Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure with an Aldosterone Antagonist Trial. *Circ Heart Fail*. 2015;8(2):268-277.
25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370.
26. Dansk Hjerterehabileringsdatabase *Dokumentalistrapport*. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program;2015.
27. Dansk Hjerterehabileringsdatabase *Strukturelle forhold i 2015 samt opgørelse af patientgrundlag for - og kodeaktivitet i relation til rehabiliteringsydelser opgjort fra Landspatientregisteret i 2014*. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program;2016.
28. Dansk Hjerterehabileringsdatabase *Strukturelle forhold og opgørelse af patientgrundlag og aktivitet i Landspatientregistret 2013*. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program;2015.
29. Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, Mullan MG, McLaughlin TJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General hospital psychiatry*. 2005;27(4):275-284.
30. Larsen KK, Vestergaard CH, Schougaard LMV, et al. Contacts to general practice and antidepressant treatment initiation after screening for anxiety and depression in patients with heart disease. *Danish Medical Journal*. 2016;63(2):5.
31. Roessler KK, Lindemann F-W. How to cope with anxiety in hospital settings: Evaluation of a professional training. *The Expository Times*. 2014;126(2):63-70.
32. Smolderen KG, Buchanan DM, Amin AA, et al. Real-world lessons from the implementation of a depression screening protocol in acute myocardial infarction patients: implications for the American Heart Association depression screening advisory. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2011;4(3):283-292.
33. Helmark KC, Ingwersen GE. Hjertesygge bliver screenet for depression. *Sygeplejersken*. 2013;14:64-68.
34. Zwisler A-D, Rossau HK, Nakano A, et al. The Danish Cardiac Rehabilitation Database. *Clin Epidemiol*. 2016;8:451.