

Klinisk retningslinje for opsporing af angst og/eller depression hos indlagte og ambulante patienter med kronisk obstruktiv lunget sygdom.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Dato: 22. maj 2015

Godkendt dato: 22.maj 2015

Revisionsdato: 22. maj 2019

Udløbsdato: 22. maj 2020

Titel

Klinisk retningslinje for opsporing af angst og/eller depression hos indlagte og ambulante patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.

Indeksering

Hovedsøgeord: Psykosociale forhold

Indeks søgeord: Angst, Depression, KOL, Kronisk obstruktiv lungesygdom, Screening

Forfattergruppe

Vi har udarbejdet retningslinjen i et forfatter fællesskab og alle har læst abstract, vurderet inkluderet artikler kritisk ved hjælp af checklister og bidraget til skriveprocessen.

Stine Lassen Nielsen, sygeplejerske, Stud. Scient. San. Medicinsk Enhed, Hvidovre Hospital

Minna Nielsen, sygeplejerske, MKS. Udviklings- og kvalitetskoordinator, Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling, Nordsjællands Hospital

Ingelise Trosborg Stassen, sygeplejerske, MVO. Klinisk sygeplejespecialist, Lungemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital

Grisja Vorre Strømstad, sygeplejerske, MEd. Klinisk oversygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital

Kontaktperson:

Minna Nielsen, minna.nielsen@regionh.dk, tlf. 48 29 57 79

Konsulenter:

Jon Torgny Wilcke, overlæge, Ph.d., Lungemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital har bidraget med gennemlæsning.

Asger Dirksen, Professor, overlæge, dr.med., Lungemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital har bidraget med artikelgennemgang og gennemgang af psykometriske metoder.

Per Bech, Professor, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center Nordsjælland har bidraget med kvalificering af anbefalingerne.

Godkendelse

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer.

Dato

Godkendt dato: 22. maj 2015

Revisionsdato: 22. maj 2019

Udløbsdato: 22. maj 2020

Ved opdatering af retningslinjen er det kontaktperson Minna Nielsen, som er ansvarlig for koordinering af en arbejdsgruppe på det givne tidspunkt.

Bedømmelse

Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.cfkr.dk

Målgruppe

Sundhedsfagligt personale som arbejder med indlagte og ambulante voksne patienter med KOL.

Baggrund

Definition af begreber og forkortelser:

Angst: Angst er en normal tilstand, som alle kender. Det er en ubehagelig tilstand med generende fysiske symptomer, fx hjertebanken, kvalme, svedudbrud, uro, rysten og svimmelhed. Angst er tæt forbundet med situationer, tanker eller forestillinger om noget aktuelt eller fremtidigt usikkert og truende. Handlingslammelse, øget alarmberedskab, flugt eller undgåelse er de typiske adfærdsmæssige reaktionsmønstre ved angst.

Situationer med kortvarig *stress* udløser ofte angstsymptomer i hverdagen. Langvarig stress er ikke i sig selv en sygdom, men derimod en risikofaktor for udvikling af en lang række fysiske og psykiske sygdomme, herunder angsttilstande.

Ved en angsttilstand i psykiatrisk forstand er angstsymptomerne så udtalte, at de fører til betydelig subjektiv lidelse og dårlig funktion i familie- eller arbejdsmæssig sammenhæng. På længere sigt kan førtidspension blive følgen.

Angstsymptomer er uspecifikke, idet de ses ved en række forskellige psykiske og somatiske lidelser. Dette skaber særlige diagnostiske problemer. I 10. udgave af WHO's internationale sygdomsklassifikation ICD-10(bilag 1) er der opstillet klare beskrivelser og diagnostiske kriterier for de enkelte angsttilstande (1).

Depression: I den danske officielle og gældende ICD-10 klassifikation defineres depression som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden, næsten hver dag, i de sidste 14 dage.

Diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode og periodisk depression efter defineres i overensstemmelse med ICD-10 sygdomsklassifikation(bilag 2) (2).

Det amerikanske diagnosesystem DSM-IV ligger meget tæt på ICD-10. I begge systemer regnes stemningsleje og mangel på lyst/interesse som kernesymptomer på depression. Mens man i ICD-10 også medregner nedsat energi/øget træthed som et kernesymptom(3).

Opsporing/screening: Ved screening forstås en systematiseret undersøgelse af hele befolkningen eller nærmere udvalgte grupper med henblik på efterfølgende diagnosticering. Det nationale begrebsråd for Sundhedsvæsenet anvender tidlig opsporing synonymt med screening(4). I retningslinjen anvendes opsporing/screening synonymt, da begrebet opsporing på engelsk oversættes med 'tracing', som har en anden betydning i denne sammenhæng.

Indledning

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en sygdom i luftvejene og lungerne, som medfører en tiltagende reduktion af lungefunktionen og deraf større og større vejrtrækningsbesvær (5) Det skønnes, at prævalensen for KOL i Danmark er ca. 430.000. Heraf har omkring 270.000 KOL i moderat til svær grad og ca. 40.000 af dem har svær KOL med betydeligt nedsat lungefunktion (6). KOL er en ressourcekrævende sygdom pga. hyppige kontakter til sundhedsvæsenet, nedsat arbejdsevne, den snigende sygdomsudvikling, som medfører svær åndenød i hvile, kvælningss fornemmelse, angst og social isolation. Desuden har mennesker med sygdommen en øget risiko for morbiditet og mortalitet. KOL er den fjerdehyppigste dødsårsag i verden(6-8).

Angst og depression hos patienten med KOL:

Angst og depression er hyppigt forekommende hos patienter med KOL og er langt mere udbredt blandt patienter med KOL end blandt alderssvarende raske personer(9–11). Sammenlignet med andre patientgrupper fx patienter med hjertesygdomme, kræft eller andre medicinske tilstande, er prævalensen af angstsymptomer også højere (12,13).

Nyere systematisk review fra 2013(14) viser, at mellem 10-55% af indlagte patienter og at mellem 13-46% ambulante oplever angst. Incidensen var 1,5 gang større hos kvinder med især en højere forekomst af specifik fobi og panikangst. Ligesom prævalensen af depression hos patienter med KOL er mellem 16-88,4%.

Den iøjnefaldende store variation i prævalens skyldes formentlig at der er anvendt forskellige metodiske tilgange samt inkonsistens i rapporteringen af data(rating scales/interviewtyper, forskelle i version af diagnosesystemer).

Mulige forklaringer på angst og depression hos patienten med KOL:

Årsager til den hyppige forekomst af angst og/eller depression hos patienter med KOL er ikke klarlagt, men er søgt forklaret med forskellige hypoteser.

En dansk oversigtsartikel fra 2004 (15,16) viser en sammenhæng mellem angstanfald og det at hyperventilere, som er et hyppigt fænomen hos patienter med KOL. Den følgende hypokapni, der kommer af at hyperventilere, menes at spille en rolle, ligesom et højt laktatniveau i blodet anses som en mulig årsag til angstanfald hos patienter med KOL. Derudover spiller frygten og en mistolkning af kroppens reaktioner på dyspnø og hyperventilation også en rolle og menes at kunne være årsag til angst. Desuden udpegede studiet fire faktorer, som mulig forklaring på depression: Hypoxi, rygning, exacerbationer af KOL og ubehandlede kroniske depressioner (17).

Pumar et al(18) peger i et review fra 2014 ligeledes på den kognitive adfærdsteori som mulig forklaring. Teorien er baseret på princippet om at normale kropslige reaktioner misfortolkes af patienter med panikangst, og forårsager panikanfald. I forhold til denne teori vil patienter med KOL have en øget risiko for traumatiske oplevelser under akutte eksacerbationer, og hermed en højere risiko for udvikling af panikangst.

Flere undersøgelser viser, at der er sammenhæng mellem rygning og forekomsten af angst og depression hos patienter med KOL(18–20). Angste og depressive personer er mere tilbøjelige til at starte med rygning, og har samtidig sværere ved at kvitte tobakken, hvilket har betydning for såvel sygdomsudvikling, og progression i KOL(18).

Den samme sammenhæng findes i artikel fra Hill et al(20), som har en hypotese om, at andelen af personer der udvikler KOL som konsekvens af rygning, allerede inden sygdommen opstår, er mere sårbare og har et højere niveau af angst, end det man finder hos den generelle befolkning. Yohannes et al(19) beskriver ligeledes en ond cirkel, hvor rygning giver sygdomsforværring, hvilket fører til, at patienterne oplever en mere anstrengende og stressende hverdag, og herved øges risikoen for udvikling af angst og/eller depression.

En anden forklaring er, at den kroniske inflammation som ledsager sygdommen KOL, spiller en rolle for den øgede forekomst af depression. Det er dog endnu uklart om et øget niveau af inflammatoriske biomarkører har en årsagsgivende sammenhæng med depression, eller om det er udtryk for en specifik KOL phenotype; såsom hyppige eksacerbationer(18,19).

En artikel fra en multidisciplinær workshop i 2008(21) rapporterer, at en lang række faktorer synes at spille en rolle i udviklingen af angst og depression hos patienter med KOL; fx fysisk begrænsning, langtidsbehandling med hjemmeilt, lavt body mass index, svær dyspnø, FEV1 mindre end 50 % af forventet, dårlig livskvalitet, tilstedeværelse af andre komorbiditeter, at bo alene, at være kvinde, nuværende rygning og lav socioøkonomisk status(21).

Betydningen af disse faktorer genfindes i et nyere kinesisk studie fra 2012(22), som undersøger prævalens og sammenhængen mellem depression/angst og KOL. Studiet viser, at symptomer på angst eller depression hos patienter med KOL er associeret med: nedsat livskvalitet, yngre alder, højere uddannelses niveau, at være kvinde, lav husstandsindkomst og rygning. Studiet finder desuden en stærk sammenhæng mellem angst og depression, hvor 42% af de depressive patienter med KOL samtidig har tilstedeværelse af angstsymptomer, mens 72% af patienter med angst også har en depression.

Samlet viser studierne, at årsager til angst og depression hos patienter med KOL er kompleks, og endnu ikke fuldt forstået. Foruden rygning og biologiske forklaringer, er sygdommens fysiske, emotionelle og sociale indvirkning med til at fremme udvikling af depression og angst hos patienter med KOL, og at svær invaliderende KOL pga. nedsat funktionsniveau og social isolation kan føre til en tilstand af frustration, hjælpeløshed og håbløshed.

Patientperspektivet:

I et kvalitativt studie fra 2004 (23), har man gennemført dybdeinterview med 28 efterladte pårørende til patienter med KOL 3 til 9 måneder efter døden. Her fremkommer åndenød, angst og depression, nedsat funktionsniveau og isolation som de væsentligste symptomer og årsager til et øget behov for

kontakt med sundhedsvæsenet, flere besøg i hjemmet og løbende kontakt med praktiserende læge (23).

Et andet kvalitativt studie fra 2008 (24) har, på baggrund af 11 semistrukturerede interviews, med patienter med KOL i eget hjem fundet, at åndenød, angst og social tilbagetrækning/isolation var de hyppigst oplevede begrænsninger for at opretholde dagligdagsaktiviteter.

Mulighed for behandling af angst og depression hos patienter med KOL:

Der er omfattende evidens som viser at en kombination af struktureret fysisk træning og komplekse psykologiske interventioner, som kognitiv- og adfærdsregulerende terapi(KAT), teknikker til problemløsning, afslapning og forskellige stresshåndteringsredskaber og/eller livsstilsændringer og samtidig struktureret træning signifikant forbedrer symptomer på angst og depression hos patienter med KOL(16). Ligesom lungerehabilitering inklusiv patientuddannelse har vist signifikante forbedringer på patienternes emotionelle funktion(25).

Flere studier har undersøgt effekten af KAT. Studierne er af blandet kvalitet, men viser samstemmende positive resultater, med små til moderate forbedringer i patienternes score for angst og depression(18).

Belæg for antidepressiv behandling hos patienter med fysisk sygdom, som eksempelvis KOL, finder vi i et Cochrane Review fra 2010, hvor det viser sig, at antidepressiva er overlegen i forhold til placebo i behandlingen af depression hos patienter med fysisk sygdom (26). Ligesom et studie viser, at man opnår markante forbedringer, hvis man i tillæg til lungerehabilitering tilbyder målrettet behandling mod angst og depression(18).

Problemstilling

I de senere år bliver KOL i stigende omfang opfattet som en lungesygdom med en vigtig systemisk inflammatorisk komponent, og en øget forekomst af andre alvorlige helbredsproblemer(komorbiditeter), herunder angst og depression der ofte er tilstede samtidig(9,22).

Undersøgelser der har opgjort forbruget af sundhedsfaglige ydelser viser således, at patienter med KOL, med komorbiditeter som angst og depression har flere konsultationer hos egen læge, hyppigere genindlæggelser og længere indlæggelser på hospital (11,27). Flere undersøgelser viser, at depression og angst stiger hos patienter med terminal KOL, og at dette tiltager jo mere patienten nærmer sig døden(27,28).

Der er flere mulige forklaringer på den høje forekomst af angst og depression i patientgruppen. Foruden biologiske årsager som den systemiske inflammation, rygning og hypoxæmi, er det nærliggende, at svær

invaliderende KOL fremmer udvikling af angst og depression, da patienter med KOL ofte må opgive deres sædvanlige aktiviteter og derved oplever social isolation(15,16,18,19,22).

Med den høje forekomst af angst og depression hos patienter med KOL, samt de negative konsekvenser det har for prognose, livskvalitet, samt sundhedsøkonomiske omkostninger(9–11,18,19,21,22,29,30) er det vigtigt ikke at overse angst og depression hos patienter med KOL.

Flere studier har vist, at der er en stærk sammenhæng mellem angst og depression, og at de ofte er tilstede samtidig hos patienter med KOL(22,36,37). De somatiske symptomer ved KOL medfører en betydelig risiko for at psykiatriske symptomer overses, og flere undersøgelser peger på, at disse tilstande er underdiagnosticerede og underbehandlede hos patienter med KOL(15,16). Et væsentligt første skridt er derfor at opnå tidligere diagnosticering og behandling af disse to komorbiditeter.

Mange studier peger på at anvendelsen af screeningsinstrumenter i klinikken bør være et første skridt(9,18,20,22), og at patienter med høj score henvises til specialist mhp. diagnosticering. I væsentlige nationale og internationale guidelines er der bred enighed om, at screening bør gennemføres i særlige risikogrupper, bl.a. patienter med KOL (2,38), selvom et Cochrane review fra 2005 konkluderer, at systematisk screening kun har ringe eller ingen betydning for identificering, forvaltning og udfald af depression (39).

I litteraturen fremgår det, at der anvendes flere forskellige screeningsinstrumenter til at opspore angst og depression hos patienter med KOL. Både i form af spørgeskemaer og selvadministrerede spørgeskemaer, fx Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), SF-36 Health Survey, Profile of Mood States (POMS) og Beck Depression Inventory (BDI). Ingen af disse screenings-instrumenter er udviklet specifikt til patienter med KOL, men har været brugt til screeninger for angst og depression til en bred vifte af forskellige kliniske grupper (5,12,17,33–35,40).

På grund af den tætte sammenhæng som gør, at det er svært at skelne mellem somatiske symptomer ved KOL og psykiatriske symptomer, er det vigtigt, at undersøge om der findes screeningsinstrumenter, som er testet og valideret til klinisk brug hos patienter med KOL. Vi har drøftet relevansen af denne kliniske retningslinje med Sundhedsfagligt Råd for Lungemedicin i Region Hovedstaden, som anbefaler en afdækning af problemstillingen.

Formål

Formålet med den kliniske retningslinje er, at identificere screeningsredskaber der kan opspore angst og depression hos indlagte og ambulante patienter

med KOL, så patienter med angst og/eller depression bliver tilbudt relevant behandling.

Metode

Fokuseret spørgsmål

Hvilke screeningsredskaber kan akkurat og præcist opspore angst og/eller depression hos patienter med KOL?

Litteratursøgning og -vurdering

Den systematiske litteratursøgning i forhold til det fokuserede spørgsmål omfatter perioden fra hver af databasernes start og indtil 12. marts 2014. Der er søgt artikler på dansk, svensk, norsk og engelsk. Følgende limits er anvendt: Voksne > 19 år med KOL.

Litteratursøgningen er foretaget af forfattergruppen, og der er søgt litteratur i følgende databaser: The Cochrane Library, PubMed, Cinahl. Psyk-info og Embase. Endvidere er der søgt på internetsider, ligesom der er foretaget håndsøgning i referencelisterne fra de udvalgte artikler og guideline's (se bilag 4).

Vi har fundet følgende screeningsredskaber til opsporing af angst og depression hos patienter med KOL.

7 instrumenter blev fundet til opsporing/screening af depression;

- General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)
- Primary Care Evaluation of Mental Disorder (PRIME-MD)
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
- Hamilton Depression Scale (HDS)
- Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC)
- Geriatric Depression Scale (GDS-15)
- Major Depression Inventory (MDI)

4 instrumenter blev fundet til opsporing/screening for angst;

- Geriatric Anxiety Inventory (GAI),
- Hospital Anxiety Depression Scale – anxiety subscale (HADS-A)
- Anxiety Inventory for Respiratory Disease (AIR)
- Primary Care Evaluation of Mental Disorder (PRIME-MD)

Til litteratursøgningen er der opstillet inklusions- og eksklusions-kriterier i forhold til patientpopulation, intervention og studiedesign.

Inklusionskriterier:

- Studier, hvor målemetoder til opsporing af angst og/eller depression bliver vurderet i forhold til instrumentets validitet og/eller reliabilitet.
- Interventionsstudier der samtidig undersøger validitet og/eller reliabilitet for den anvendte målemetoder til opsporing af angst og/eller depression.
- Systematiske oversigtsartikler der præsenterer og vurderer forskellige målemetoder til opsporing af angst og/eller depression.
- At instrumentet til opsporing er oversat til dansk.

Eksklusionkriterier:

- Studier som ikke omhandler undersøgelse af målemetodens validitet og/eller reliabilitet i forhold til patienter med KOL.
- Artikler, der beskriver anvendte målemetoder til opsporing af angst og/eller depression hos patienter med KOL, uden at have undersøgt validitet og reliabilitet.
- Ledere, breve. Samt studier af utilstrækkelig kvalitet jf. noter til checkliste.

Formålet med at screene i vores retningslinje er at kunne diskriminere mellem de KOL patienter, som har tegn på angst og/eller depression, og de som ikke har mhp. efterfølgende verificering af diagnose.

Det er derfor et krav, at instrumentets kriterievaliditet er testet med tilstrækkelig kvalitet, med oplysninger om sensitivitet, specificitet og prædiktive værdier¹. Herudover vægter vi, at der er erfaring med anvendelse og fortolkning af instrumentet i en dansk kontekst, og at det kan anvendes og administreres i en klinisk hverdag.

Søgeord til fokuseret spørgsmål

I litteratursøgningen er engelske søgeord anvendt og kombineret som følger:

#1: Chronic obstructive airway disease (MESH / Headings) OR Chronic obstructive lung disease (MESH / Headings) OR Chronic obstructive pulmonary disease (MESH / Headings) OR Pulmonary disease, Chronic obstructive (MESH / Headings) OR COPD (all Fields/text)

#2: Anxiety (MESH / Headings) OR Anxiety disorder (MESH / Headings) OR Depression (MESH / Headings) OR Depressive disorder (MESH / Headings) OR Depression (all Fields) OR Anxiety (all Fields/text)

¹ Tjekliste vedr. diagnostiske test og tilhørende noter hentet fra Center for Kliniske Retningslinjers hjemmeside.

#3: Sensitivity and specificity (MESH / Headings) OR Sensitivity and specificity (all Fields/text)

#4: (#1 AND #2 AND #3)

Søgeprotokol er beskrevet detaljeret i bilag 4 og in- og ekskluderede artikler og guidelines fremgår af flowchart i bilag 5. Evidenstabeller er samlet i bilag 6.

Inkluderede artikler

Gennem litteraturgennemgangen blev der udvalgt 13 studier og 6 guidelines, der alle lever op til de fastsatte in- og eksklusionskriterier. De inkluderede studier er vurderet af alle i arbejdsgruppen uafhængigt af hinanden ved hjælp af tjeklister og tilhørende noter². De inkluderede guidelines er vurderet med Agree-instrumentet.

Inkluderede studier i den kliniske retningslinje er evidensgraderet ud fra en international anerkendt hierarkisk model, som angivet i manualen udviklet i regi af Center for Kliniske Retningslinjer (41). Guidelines tildeles evidensniveau IV jf. beslutning fra Center for Kliniske Retningslinjer.

Studier der har metodiske problemer, som ikke skønnes at påvirke resultaterne i undersøgelsen afgørende nedgraderes og markeres med “*”

Ved uenighed om inklusion eller vurdering har forfattergruppen haft mulighed for at søge vejledning hos lægelige konsulenter og det har været muligt for arbejdsgruppen, at diskutere sig frem til konsensus (se evidensstabeller i bilag 6).

Ekskluderede artikler

I første fase blev studier ekskluderet på baggrund af abstract, hvis de var åbenlyst irrelevante, eller hvis formålet ikke var at teste et eller flere målemetoder til opsporing af angst og/eller depression hos patienter med KOL. I anden fase blev der ligeledes ekskluderet artikler og guidelines, som var læst med fuld tekst på baggrund af fastsatte in- og eksklusionskriterier (se evidensstabeller i bilag 6).

² Tjeklister og tilhørende noter stammer fra det tidligere Sekretariat for Referenceprogrammer (SFR) i Sundhedsstyrelsen og er hentet fra Center for Kliniske Retningslinjers hjemmeside

Litteraturgennemgang

Spørgsmål

Hvilke screeningsredskaber kan akkurat og præcist opspore angst og/eller depression hos patienter med KOL?

Ved artikelgennemgang blev der inkluderet 4 studier, der undersøger validiteten af instrumenter til at opspore angst og/eller depression hos patienter med KOL. Endvidere inkluderes to internationale og fire nationale guidelines i litteraturgennemgangen.

Internationale Guidelines:

- NICE clinical guideline, 2009: 'Depression in adults with a chronic physical health problem'
- NICE clinical guideline, 2011: 'Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care'

Nationale Guidelines:

- Sundhedsstyrelsens 'Referenceprogram for unipolar depression', 2007
- Sundhedsstyrelsens 'Referenceprogram for angstlidelser hos voksne', 2007
- Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2010: 'Klinisk vejledning for Unipolar depression – Diagnostik og behandling'
- Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2010: 'Klinisk vejledning for Angsttilstande. Diagnostik og behandling'

2 instrumenter blev fundet til opsporing/screening af depression;

- Geriatric Depression Scale (GDS-15)(bilag 7)
- Major Depression Inventory(MDI)(bilag 8)

0 instrumenter blev fundet til opsporing/screening for angst;

Artikelgennemgang i relation til depression:

Laura J Julian et al. (42) har, som led i en større kohorteundersøgelse (n=188), undersøgt anvendelsen af GDS-15 til identifikation af depression hos patienter med KOL. Kriterievaliditeten er undersøgt ved direkte diagnostisk test, hvor MINI er brugt som referencestandard. Resultaterne viser en sensitivitet på 81 % og specificitet på 87 % i forhold til Major Depressive Disorder (MDD). Desuden en positiv prædiktiv værdi på 44 % og negativ prædiktiv værdi på 97 % i forhold til MDD ved cut-off på ≥ 5 . De diagnostiske statistikker, som er stratificeret efter alder og sygdommens sværhedsgrad (65 år og ældre versus mindre end 65 år og GOLD stadie) viste at GDS-15 er et anvendeligt screeningsredskab til at identificere patienter med MDD på tværs af aldersgrupper.

Studiet har et større frafald eftersom kun 188 ud af 300 adspurgte, har valgt at deltage i undersøgelsen. Dette kan give anledning til bias, da det er muligt, at de der deltager, har mere overskud og er mere raske, end de der fravælger at deltage. Dette kan muligvis forklare den lave positive prædiktive værdi og høje negative prædiktive værdi. Disse tal er afhængige af prævalensen i den undersøgte population og da det kan tænkes, at færre med depression deltager, påvirkes disse resultater. Ved anvendelse på en mere repræsentativ population, ville resultatet højst sandsynligt se anderledes ud. Instrumentet der er oversat til dansk, fungerer som selvrapportering, og er nemt og hurtigt at anvende (42) IIb*. Hvilket bekræftes i sundhedsstyrelsens 'Referenceprogram for unipolar depression' (2) IV, som finder at GDS-15 er velegnet til opsporing af depression.

Yasuji Arimura et al.(43), har i et studie (n=52) undersøgt den kliniske relevans i at bruge et instrument med 2 spørgsmål til at opspore depressive symptomer hos ambulante japanske patienter med KOL. Instrumentet med to spørgsmål er udviklet til opsporing af depression i primær sektor, og spørgsmålene er rettet mod de to kernesymptomer i flg. DSM-IV (Stemningsleje og lyst/interesse). Resultaterne fra instrumentet med de to spørgsmål blev evalueret ud fra resultaterne af et andet spørgeskema Center for Epidemiologic Studies Short Depression Scale (CES-D-10) til opsporing af depression. Resultaterne viser en sensitivitet på 73,3 % (95 % CI 51-95.7), specificitet på 73 % (95% CI 58.7-87.3), og et areal under ROC kurven på 0.73 (95% CI 0.59-0.87), når studiepopulationen bliver delt i to grupper med en cut-off på 1 point. På trods af at CES-D-10 ikke kan betragtes som et

egentligt diagnostisk redskab er konklusionen, at anvendelsen af et to-spørgsmåls instrument rettet mod kernesymptomer er velegnet til at opspore depression hos KOL patienter i en travl ambulant praksis(43) IIb.

Resultaterne er i overensstemmelse med NICE clinical guideline 'Depression in adults with a chronic physical health problem, 2009'(38), som anbefaler en trinvis model, hvor man rutinemæssigt screener risikogrupper med to meget sensitive spørgsmål, rettet mod de to kernesymptomer i flg. DSM-IV (Stemningsleje og lyst/interesse). Efterfulgt af en verificering af diagnosen, hvis patienten svarer bekræftende på blot et af spørgsmålene. (38) IV. Spørgsmålene svarer til de to første spørgsmål i Major Depression Inventory (MDI), og kan ses i bilag 6 sammen med algoritmen for DSM-IV.

Samme konklusion genfindes i Sundhedsstyrelsens 'Referenceprogram for unipolar depression(2), hvor man bekræfter, at screening med to spørgsmål, rettet mod kernesymptomer (stemningsleje og lyst/interesse), er effektiv i relation til opsporing af depression hos voksne (2) IV.

Ligesom man i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) i en klinisk vejledning: 'Unipolar depression – Diagnostik og behandling' (44) skriver at man i test med to til tre spørgsmål fanger otte ud af ti deprimerede, dog på bekostning af relativt mange falsk positive(44). Vejledningen foreslår således screening for depression i risikogrupper, her iblandt patienter med KOL med de tre første spørgsmål i MDI.

1. Har du følt dig trist til mode, ked af det?
2. Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?
3. Har du følt, at du manglede energi og kræfter?

Bruges instrumentet til opsporing forlanges det, at minimum to ud af tre kernesymptomer i flg. ICD-10 diagnosekriterier, skal have været til stede det meste af tiden gennem de sidste 14 dage. Herefter bør diagnosen depression verificeres, evt. ved at stille de sidste syv spørgsmål i MDI(44) IV. Instrumentet kan ses i bilag 6 sammen med algoritmen for ICD-10.

Bech et al.(3) har i et studie(n=43) undersøgt kriterievaliditeten af MDI, mod The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) som referencestandard. Det er et veludført studie, hvor kriterievaliditeten undersøges ved diagnostisk test, hvor SCAN er bruges som

referencestandard. Resultaterne viser en sensitivitet på 90 % og specificitet på 82 % i forhold til Major Depression(DSM-IV) og arealet under ROC kurven for MDI er 0.97 med optimal cut-off på 26, hvor der en sensitivitet på 1.00 og specificitet på 0.82 (3) IIb.

I et valideringsstudie af Ellervik et al.(45) har man på baggrund af 14.787 respondenter fra GESUS populationen undersøgt 2 selvadministreret rapporteringsspørgeskemaer MDI og WHO-5, med DSM-IV og ICD-10 som referencestandarder. De finder at reproducerbarheden som de måler ved Mokken-analyse med Loevinger's koefficient H: 0.49 for MDI og 0.64 for WHO-5. MDI anses for dimensionalt acceptabel med Loevinger koefficienten mellem 0,40-0,49. MDI er udviklet på basis af universelle symptomer jf. DSM-IV major depression og ICD-10 moderat til svær depression. Instrumentet er generisk og måler patienters selvrapporterede symptomer på depression. Instrumentet er således valideret som både diagnoseinstrument ud fra DSM-IV og ICD-10, samt til at kunne bedømme sværhedsgraden af depressionen (45) III.

Artikelgennemgang i relation til angst:

Som tidligere nævnt blev der ikke fundet akkurate og præcise screeningsredskaber til opsporing af angst hos patienter med KOL.

I Sundhedsstyrelsens 'Referenceprogram for angstlidelser hos voksne' (46) gennemgås den eksisterende evidens i forhold til epidemiologiske forhold, diagnostik og udredning samt behandlingsformer. I programmet belyses hvordan opsporing af angsttilstande, herunder screening af særlige risikogrupper, bør håndteres. Her anbefales at diagnostikken i daglig klinik baseres på en grundig vurdering af de symptomer, der definerer angsttilstande, evt. med brug af forskellige guidelines og standardiserede redskaber til diagnostik og symptomregistrering. Samt at et klinisk udredningsprogram skal omfatte både psykiatrisk og somatisk diagnostik med fokus på psykiatrisk komorbiditet, især depression og misbrug, og somatisk komorbiditet, især hjerte- og stofskiftelidelser(46) IV.

NICE clinical guideline 'Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care' (47) anbefaler at der bør være særlig bevågenhed på generaliseret angst hos personer med kroniske fysiske helbredsproblemer,

samt særlig bevågenhed på generaliseret angst hos personer, som er urolige og hyppigt søger støtte vedrørende en lang række spørgsmål.

Forfattergruppen sammenfatter, at der er et utilstrækkeligt evidensgrundlag til at anbefale ét klinisk instrument til opsporing af angstlidelser. Og at den vigtigste metode til diagnostik, er grundigt at udspørge om de symptomer, der definerer angsttilstande, som de beskrives i kriterierne i ICD-10 (WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, klassifikation og diagnostiske kriterier).

Anbefalinger

Hos voksne patienter med KOL kan:

- De tre første spørgsmål i MDI, rettet mod kernesymptomer anvendes til opsporing af depression, med efterfølgende verifikation af diagnose.
- GDS-15 anvendes til opsporing af depression, med efterfølgende verifikation af diagnose.
(2, 38, 44) IV, (45)III, (3, 42, 43) IIb(**B**)

Der er ikke evidens for at anbefale ét screeningsredskab til opsporing af angst hos patienter med KOL(46,47) IV.

Anvendelighed

De tre første spørgsmål i MDI, relateret til kernesymptomer:

1. Har du følt dig trist til mode, ked af det?
2. Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?
3. Har du følt, at du manglede energi og kræfter?

Har været afprøvet som pilottest på 19 ambulante patienter med KOL. Der var 8 patienter(42%), som svarede bekræftende på 2 af de 3 spørgsmål, og i forhold til vores anbefaling skulle henvises til videre udredning på mistanke om depression. Sygeplejerskerne synes at spørgsmålene var lette at administrere, ligesom alle patienter accepterede at besvare spørgsmålene, og ingen forståelsesproblemer havde. Vi vurderer således at anvendelse af de tre spørgsmål vedrørende kernesymptomer ikke forudsætter særlige personalekompetencer.

For indlagte patienter med KOL bør man være særlig opmærksom på, at organisk delirium er en vigtig differentialdiagnose til angst og depression, da mange delirøse patienter frembyder affektive symptomer(48).

Dette gøres ved at optage en grundig anamnese i forhold til hvordan og hvornår patientens affektive symptomer er opstået. Der bør lægges vægt på en god og overskuelig dokumentation, omhandlende patientens affektive tilstand, da en sådan ofte afsløre store fluktuationer i patientens humør og initiativ, hvilket vil udelukke eksempelvis en depressionsdiagnose.

Hos indlagte patienter kan spørgsmålene supplere den indledende sygeplejevurdering. I ambulatoriet kan spørgsmålene stilles ved første kontakt, og gentages ved kontrolbesøg hver halve til hele år.

Vi anbefaler at der regionalt udarbejdes en instruks for screening af depression hos patienter med KOL, under indlæggelse og i ambulant forløb.

På trods af, at vi ikke kan anbefale et specifikt screeningsinstrument til identificering af angst, er det væsentligt, at sundhedspersonalet ikke overser tilstedeværelsen af angst hos patienter med KOL. Vi foreslår derfor, at man regionalt eller lokalt udarbejder instrukser for opsporing af angst hos patienter med KOL.

I den kliniske vejledning 'Angsttilstande. Diagnostik og behandling', fra DSAM, anbefaler man at bruge Angst-Symptom Spørgeskema (ASS) til udredning og monitorering af angsttilstande. Skemaet er bygget op om 10 spørgsmål, hvor et spørgsmål er rettet mod symptomernes påvirkning på de daglige funktioner og de ni øvrige spørgsmål er rettet mod angstsymptomer(1) IV.

Anbefalingerne kan implementeres i klinisk praksis ved hjælp af sundhedsstyrelsens NKR implementeringshåndbog.

Monitorering

Standard: 85 % af indlagte og ambulante voksne patienter med KOL bør screenes for depression.

Indikator: Andelen af indlagte og ambulante voksne patienter med KOL der bliver screenet for depression.

Monitorering: Halvårlig audit.

Formkrav

Opsætning og overskifter er fulgt, som angivet i manualen.

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidrag ydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interessekonflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje.

Referencer

1. Kaj Sparle Christensen, Lisa Monica Nielsen, Rosenberg, Rosenberg. Angsttilstande. Diagnostik og behandling [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010. Available from: <http://vejledninger.dsam.dk/media/files/7/angsttilstande-med-links.pdf>
2. arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2007. Available from: http://www.sst.dk/publ/publ2007/plan/sfr/sst_dep.rapport.pdf
3. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Disord. 2001 Oct;66(2-3):159–64.
4. Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen; 2005.
5. Brorson S, Gørlén T, Heebøll-Nielsen NC, Jakobsen M, Lange P, Moll Nielsen L, et al. KOL i almen praksis. Diagnostik, behandling, opfølgning, rehabilitering. [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2008. Available from: <http://www.dsam.dk/files/9/kol.pdf>
6. Løkke A, Fabricius PG, Vestbo J, Marott JL, Lange P. Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København - Resultater fra Østerbroundersøgelsen. Ugeskr Laeg. 2007(169/46):3956–60.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2013. Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

8. Juel K, Døssing M. KOL i Danmark Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet [Internet]. Statens Institut for Folkesundhed; 2003. Available from: <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kol.pdf>
9. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005 Apr;127(4):1205–11.
10. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002 Nov;122(5):1633–7.
11. Putman-Casdorph H, McCrone S. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung J Crit Care*. 2009 Feb;38(1):34–47.
12. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*. 2003 Dec;65(6):963–70.
13. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Dec;25(12):1209–21.
14. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care*. 2013 May;58(5):858–66.
15. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(1):65–70.
16. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2013;8(4):e60532.
17. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*. 2004 Jan;58(1):65–70.
18. Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, Yang IA, Rolls TA, Ward DL. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis*. 2014 Nov;6(11):1615–31.
19. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev Off J Eur Respir Soc*. 2014 Sep;23(133):345–9.

20. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J*. 2008 Mar;31(3):667–77.
21. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008 Oct;134(4 Suppl):43S–56S.
22. Lou P, Zhu Y, Chen P, Zhang P, Yu J, Zhang N, et al. Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study. *BMC Pulm Med*. 2012;12:53.
23. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Pettinari C. The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respir Med*. 2004 May;98(5):439–45.
24. Habraken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2008 Dec;58(557):844–9.
25. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2:CD003793.
26. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD007503.
27. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000 Dec;55(12):1000–6.
28. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2013;8(4):e60532.
29. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*. 2003 Dec;65(6):963–70.
30. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Dec;25(12):1209–21.
31. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005 Apr;127(4):1205–11.

32. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002 Nov;122(5):1633–7.
33. Putman-Casdorph H, McCrone S. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung J Crit Care*. Mosby, Inc.; 2009;38(1):34–47.
34. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008 Oct;134(4 Suppl):43S–56S.
35. Dalal A a, Shah M, Lunacsek O, Hanania N a. Clinical and economic burden of depression/anxiety in chronic obstructive pulmonary disease patients within a managed care population. *Copd*. 2011 Aug;8(4):293–9.
36. Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Motalipassi LR. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. *Chest*. 1985 Jan;87(1):35–8.
37. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Dec;15(12):1090–6.
38. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem Treatment and management [Internet]. NICE clinical guideline; 2009. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12327/45909/45909.pdf>
39. Simon Gilbody et al. Screening and cas-finding instruments for depression: a metaanalysis. *Cochrane Libr* [Internet]. 2005. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002792.pub2/abstract>
40. Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y. Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J*. 2008 Mar;31(3):667–77.
41. Center for Kliniske Retningslinjer. Skabelon og Manual til udformning af kliniske retningslinjer [Internet]. Center for Kliniske Retningslinjer - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje; 2012. Available from: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Manual_skabelon_revideret_180412.pdf
42. Julian LJ, Gregorich SE, Earnest G, Eisner MD, Chen H, Blanc PD, et al. Screening for depression in chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*. 2009 Dec;6(6):452–8.

43. Arimura Y, Yamazaki S, Yanagi S, Matsumoto N, Takegami M, Hayashino Y, et al. Clinical usefulness of the two-question assessment tool for depressive symptoms in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2013 Feb;191(1):101–7.
44. Damsbo N, Holm M, Bjerregaard Stage K. Unipolar depression. Diagnostik og behandling [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010. Available from: <http://www.e-pages.dk/dsam/990433113/>
45. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nord J Psychiatry*. 2014 Jan 29;
46. Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2007. Available from: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/PUBL2007/PLAN/SFR/SST_ANGSTRAPPORT_WEB.PDF
47. Arbejdsgruppe. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults - Management in primary, secondary and community care [Internet]. NICE clinical guideline 113; 2011. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG113/Guidance>
48. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):51–6.

Bilag

Bilag	Medforfattererklæring
Bilag 1	ICD-10 klassifikation af angst
Bilag 2	ICD-10 klassifikation af depression
Bilag 3	Resume
Bilag 4	Søgeprotokol
Bilag 5	Flowchart over udvælgelse af litteratur
Bilag 6	Evidenstabeller
Bilag 7	Geriatric Depression Scale (GDS-15) på dansk
Bilag 8	Major Depression Inventory(MDI) på dansk

MEDFORFATTERERKLÆRING

Bilag

Titel på klinisk retningslinje:

Klinisk retningslinje for opsporing af angst og/eller depression hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.

Hermed erklæres,

* at der ikke med arbejdet er forbundet kommercielle egeninteresser eller andre forhold, der kan medføre interessekonflikt.

* at der ikke foreligger ophavsretlige problemer i forbindelse med offentliggørelse af den kliniske retningslinje, f.eks. tilladelse til at benytte illustrationer etc.

* at personer og institutioner, der er nævnt, har accepteret det.

* at alle forfattere opfylder kriterierne for forfatterskab, jf. Vancouver-reglerne.

Manuskriptets forfattere:

Hovedforfatteren nævnes først, fulgt af de øvrige forfattere i indbyrdes aftalt orden, hvis der er flere forfattere.

Alle andre, der har bidraget til arbejdet, men som ikke er medforfattere, nævnes under vejledning/konsulenter.

Dato:

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

ICD-10 klassifikation af angst

Bilag 1

Agorafobi:

- A. Angst ved, eller undgåelse af ≥ 2 af følgende situationer:
- (1) menneskemængder
 - (2) offentlige steder
 - (3) færden alene
 - (4) færden uden for hjemmet
- B. ≥ 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst ét autonomt:
Autonome:
- (1) hjertebanken
 - (2) sveden
 - (3) rysten
 - (4) mundtørhed
 - (5) vejrtrækningsbesvær
 - (6) kvælningssfølelse
 - (7) trykken i brystet
 - (8) kvalme, maveuro
 - (9) svimmelhed
 - (10) uvirkelighedsfølelse
 - (11) frygt for at miste selvkontrollen
 - (12) frygt for at dø
 - (13) hedsure eller kuldegysninger
 - (14) dødshedsfølelse eller paræstesier
- C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.
- D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.
- E. Opførelsen begrænset til frygtede situationer eller tanken herom.
- F. Psykotiske lidelser og organisk ætiologi udelukkes.

Socialfobi – fobisk angst i sociale situationer:

- A. (1) frygt for at blive genstand for andres kritiske opmærksomhed eller for at opføre sig pinligt, eller
- (2) undgåelse af situationer, hvor man udsættes herfor.
- B. ≥ 2 angstsymptomer i frygtede situationer, som ved F40.0, heraf mindst et autonomt, ledsaget af mindst et af følgende:
- (1) rødmen
 - (2) frygt for at kaste op
 - (3) vandladnings- eller afføringstrang, eller frygt herfor.
- C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.
- D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.
- E. Symptomerne begrænset til eller dominerende i frygtede situationer eller ved tanken herom.
- F. Psykotiske lidelser og organisk ætiologi udelukkes.

Enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer:

- A. (1) frygt for objekter eller situationer, andre end ved agorafobi og social fobi eller
- (2) undgåelse af sådanne objekter eller situationer.
- B. ≥ 2 angstsymptomer ved udsættelse for sådanne objekter eller situationer, som ved F40.0, heraf mindst et autonomt.

- C. Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd.
- D. Erkendelse af, at angst eller undgåelse er overdreven eller urimelig.
- E. Symptomerne begrænset til frygtede situationer eller tanken herom.

Panikangst:

- A. ≥ 4 panikanfald inden for fire ugers periode med mindst fire af følgende, heraf mindst ét autonomt (1-4):
 - (1) hjertebanken
 - (2) sveden
 - (3) rysten
 - (4) mundtørhed
 - (5) åndedrætsbesvær
 - (6) kvælningss fornemmelse
 - (7) smerter eller trykken i brystet
 - (8) kvalme eller maveuro
 - (9) svimmelhed
 - (10) uvirkelighedsfølelse
 - (11) frygt for at miste selvkontrollen
 - (12) dødsangst
 - (13) kuldegysninger
 - (14) dødhedsfølelse eller paræstesier.
- B. Ikke forbundet med specifik situation eller objekt, reel fare eller fysisk belastning.
- C. Ikke forårsaget af fysisk lidelse eller af anden psykisk lidelse.

Generaliseret angst:

- Periode på ≥ 6 måneder med anspændthed, bekymringstendens og almen ængstelighed over for dagligdags begivenheder og problemer.
- A.
- B. Mindst fire angstspændingssymptomer, heraf mindst ét autonomt:
Autonome symptomer:
 - (1) palpitationer, hjertebanken eller hurtig puls
 - (2) sveden
 - (3) rysten
 - (4) mundtørhed.
Symptomer fra bryst og mave:
 - (5) følelse af åndenød
 - (6) kvælningss fornemmelse
 - (7) trykken eller smerte i brystet
 - (8) kvalme eller uro i maven
Psykiske symptomer:
 - (9) svimmelhed eller ørhed
 - (10) uvirkelighedsfølelse
 - (11) frygt for at blive sindssyg
 - (12) dødsangst
Almene symptomer:

- (13) varme eller kuldefølelse
- (14) dødhedsfølelse eller sovende fornemmelse

Tensionssymptomer:

- (15) muskelspænding eller -smerte
- (16) rastløshed, vanskelighed ved at slappe af
- (17) psykisk spændingsfølelse
- (18) følelse af synkebesvær

Uspecifikke symptomer:

- (19) tendens til sammenfaren
- (20) koncentrationsbesvær
- (21) irritabilitet
- (22) indsovningsbesvær

D. Organisk ætiologi, psykotiske lidelser og andre angsttilstande udelukkes.

Obsessiv-kompulsiv tilstand:

- A. Gennem mindst to uger:
 - (1) obsessioner (tvangstanker, ideer, forestillinger) og/eller
 - (2) kompulsioner (tvangshandlinger).
- B. (1) erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)
 - (2) tilbagevendende, ubehagelige og erkendes som overdrevne eller urimelige
 - (3) søges afvist eller modstået.
 - (4) oplevelse af, at tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioner).
- C. Medfører lidelse eller interfererer med dagliglivs funktioner.
- D. Ikke følge af anden psykisk lidelse (F2 og F3).

Akut belastningsreaktion:

- A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk og psykisk belastning (af katastrofekarakter).
- B. Umiddelbart (inden for en time) efterfulgt af symptomer:
 - (1) som ved generaliseret angsttilstand
 - (2) (a) tilbagetrukkethed
 - (b) bevidsthedsindsnævring
 - (c) desorientering
 - (d) vrede eller verbal aggressivitet
 - (e) fortvivelse eller håbløshed
 - (f) overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
 - (g) ubehersket og overdreven sorgreaktion, i forhold til kulturel baggrund.
- C. Symptomerne aftager hurtigt
 - (1) < 8 timer ved forbigående belastning
 - (2) < 48 timer ved bestående belastning.
- D. Anden psykisk lidelse udelukkes.

Posttraumatisk belastningsreaktion:

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning af katastrofekarakter.

- B. (1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i »fl ashbacks«, påtrængende erindringer, mareridt eller
- (2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet.
- C. Undgåelse af alt, der minder om traumet.
- D. (1) delvis, evt. fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
- (2) vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
 - (a) indsovnings- eller gennemsovningsbesvær
 - (b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) koncentrationsbesvær
 - (d) hypervigilitet (øget årvågenhed)
 - (e) tilbøjelighed til sammenfaren.
- E. optræder inden for 6 mdr. efter den traumatiske oplevelse.

Tilpasningsreaktion:

- A. Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig eller katastrofeagtig karakter) inden for den sidste måned.
- B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande.
- C. Varighed < 6 måneder.

ICD-10 klassifikation af depression

Bilag 2

A-kriterier Opfyldt – varighed mindst 2 uger Ikke tidligere hypomani eller mani Somatisk årsag udelukket.
B-kriterier – depressive kernesymptomer Nedtrykthed Nedsat lyst eller interesse Nedsat energi eller øget træthæd.
C-kriterier – tillægskriterier Nedsat selvtillid eller selvfølelse Selvbeprejdelse eller skyldfølelse Tanker om død/selvmod Tænke- eller koncentrationsbesvær Agitation eller hæmning Søvnforstyrrelser Appetit- eller vægtændring.

Gradinddeling efter ICD-10

Let depression: A + mindst to B + mindst to C (evt. tre B + et C)

Moderat depression: A + mindst to B + mindst fi re C (evt. tre B + tre C)

Svær depression: A + alle B + mindst fem C.

Resume

Bilag 3

SKABELON TIL LÆGMANDSRESUME

Titel

Klinisk retningslinje for opsporing af mulig angst og/eller depression hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.

Forfatter-gruppe

Stine Lassen Nielsen, sygeplejerske. Stud. Scient. San. Medicinsk Enhed, Hvidovre Hospital

Minna Nielsen, sygeplejerske, MKS. Udviklings- og kvalitetskoordinator, Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling, Nordsjællands Hospital

Ingelise Trosborg Strassen, sygeplejerske, MVO. Klinisk udviklingssygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital

Grisja Vorre Strømstad, sygeplejerske, MEd. Klinisk oversygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital

Kontaktperson:

Minna Nielsen, minna.nielsen@regionh.dk, tlf. 48 29 57 79

Godkendt af

Godkendt af Center for
Kliniske retningslinjer, den

Dato for revision:

Ophørs dato:

Baggrund

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en sygdom i luftvejene og lungerne, som medfører en tiltagende reduktion af lungefunktionen og deraf større og større vejtrækningsbesvær. Angst og depression er hyppigt forekommende hos denne patientgruppe og er langt mere udbredt blandt patienter med KOL end blandt alderssvarende raske personer. Prævalensstudier har vist, at mellem 10-96 % af patienter med KOL har angst og at mellem 16-88,4 % har depression. Den store variation i prævalens skyldes formentlig, at der er anvendt forskellige metodiske tilgange samt forskellige diagnostiske redskab. Angst og/eller depression hos patienter med KOL kan have både personlige men også samfundsøkonomiske konsekvenser. Det kan være svært at skelne mellem somatiske symptomer ved KOL og psykiatriske symptomer og det er derfor vigtigt, at undersøge, om der findes screeningsinstrumenter, som er testet og valideret til brug hos patienten med KOL.

Formål

Formålet med den kliniske retningslinje er, at identificere screeningsredskaber der kan opspore angst og depression hos patienter med KOL, så patienter med angst og/eller depression bliver tilbudt relevant behandling.

Anbefalinger

Hos voksne patienter med KOL kan:

	• De tre første spørgsmål i MDI, rettet mod kernesymptomer anvendes til opsporing af depression, med efterfølgende verifikation af diagnose. • GDS-15 anvendes til opsporing af depression, med efterfølgende verifikation af diagnose. (2, 38, 44) IV, (45)III, (3, 42, 43) IIb(B) Der er ikke evidens for at anbefale ét screeningsredskab opsporing af angst hos patienter med KOL (46,47) IV
Monitorering	'Standard: 85 % af indlagte og ambulante voksne patienter med KOL bør screenes for depression. Indikator: Andelen af indlagte og ambulante voksne patienter med KOL der bliver screenet for depression. Monitorering: Halvårlig audit.'
Referencer	2. Arbejdsgruppen nedsat af Sekretariatet for referenceprogrammer. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2007. Available from: http://www.sst.dk/publ/publ2007/plan/sfr/sst_dep.rapport.pdf 3. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Disord. 2001 Oct;66(2-3):159-64. 38. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem Treatment and management [Internet]. NICE clinical guideline; 2009. Available from: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12327/45909/45909.pdf 42. Julian LJ, Gregorich SE, Earnest G, Eisner MD, Chen H, Blanc PD, et al. Screening for depression in chronic obstructive pulmonary disease. COPD. 2009 Dec; 6(6):452-8. 43. Arimura Y, Yamazaki S, Yanagi S, Matsumoto N, et al. Clinical usefulness of the two question assessment tool for depressive symptoms in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. Lung. 2013 Feb;191(1):101-7

	44. Damsbo N, Holm M, Bjerregaard Stage K. Unipolar depression. Diagnostik og behandling [Internet]. Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010. Available from: http://www.e-pages.dk/dsam/990433113/ 45. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. Nord J Psychiatry. 2014 Jan 29; 46. Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2007. Available from: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/PUBL2007/PLAN/SFR/SST_ANGSTRAPPORT_WEB.PDF 47. Arbejdsgruppe. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults - Management in primary, secondary and community care [Internet]. NICE clinical guideline 113; 2011. Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG113/Guidance
Link	Link til en mere omfattende udgave af den kliniske retningslinje

Søgeprotokol

Bilag 4

Spørgsmål: Hvilke screeningsredskaber kan akkurat og præcist opspore angst og/eller depression hos patienter med KOL?

Søgeord:

PubMed: Anxiety[Mesh] OR Anxiety disorders[Mesh] OR Depression[Mesh] OR Depressive disorders[Mesh] OR anxiety[all fields] OR depression[all fields] AND Chronic obstructive pulmonary disease[Mesh] OR COPD[all fields] AND sensitivity and Specificity[Mesh] OR "Sensitivity and specificity"[all fields]

Embase og PsycINFO: Anxiety[Subject Headings] OR Anxiety disorders[Subject Headings] OR Depression[Subject Headings] OR Depressive disorders[Subject Headings] OR anxiety[all fields] OR depression[all fields] AND Chronic obstructive lung disease[Subject Headings] OR COPD[all fields] AND sensitivity and Specificity[Subject Headings] OR "Sensitivity and specificity"[all fields]

Cinahl: Anxiety[MH exact subject Heading] OR Anxiety disorders[MH exact subject Heading] OR Depression[MH exact subject Heading] OR anxiety[all text] OR depression[all text] AND Pulmonary disease, chronic obstructive[MH exact subject Heading] OR COPD[all text] AND sensitivity and Specificity[MH exact subject Heading] OR "Sensitivity and specificity"[all text]

The Cochrane library: Anxiety[Mesh] OR Anxiety disorders[Mesh] OR Depression[Mesh] OR Depressive disorders[Mesh] OR anxiety[all text] OR depression[all text] AND Pulmonary disease, chronic obstructive [Mesh] OR COPD[all text] AND sensitivity and Specificity[Mesh] OR "Sensitivity and specificity"[all text]

Udover det er der søgt i Nationale og Internationale guidelines: Med følgende danske ord: angst, depression, KOL og følgende engelske ord: anxiety, depression, COPD

Udvælgelseskriterier		
Inkludér	Ekskludér	Databaser
<u>Patientpopulation:</u> Voksne > 19 år med KOL <u>Litteraturtyper:</u> Studier der undersøger målemetoden i forhold til validitet og reliabilitet Interventionsstudier, der samtidig undersøger målemetodens validitet og/eller reliabilitet Systematiske oversigtsartikler og guidelines,	Artikler på andre sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk. Artikler uden abstracts eller metodebeskrivelser. Artikler som udelukkende omhandler anvendelsen af målemetoderne. Ledere, breve eller studier af utilstrækkelig kvalitet jf. tjeklister.	PubMed Cochrane library Cinahl Embase PsycInfo <u>Internetsider:</u> Nice Gold Guidelines Sundhedsstyrelsen(SST) Dansk lungemedicinsk Selskab(DLS) <u>Håndsøgning:</u>

som præsenterer og vurderer målemetoder		Referencelister fra udvalgte artikler og publicerede retningslinjer
---	--	---

Systematisk litteratursøgning i forhold til fokuseret spørgsmål omfatter perioden fra databasernes start og indtil 12. marts 2014.

Flowchart over udvælgelse af litteratur

Bilag 5

**200 Abstracts blev fundet ved databasesøgning
(heraf 29 genganger)**

PubMed 44 abstracts

Embase(28) 13 nye abstracts

PsycInfo(52) 49 nye abstracts

Cinahl (65) 61 nye abstracts

The Cochrane Library(11) 4 nye abstracts

Der blev yderligere fundet

5 internationale guidelines(NICE : 4 og GOLD: 1) og

5 nationale guidelines (SST: 2, DSAM: 2 og DLS: 1)

og ved håndsøgning i litteraturlister blev der fundet yderligere 4 nye artikler

Ialt

171 Abstracts, 4 håndsøgte artikler og 10 guidelines

18 artikler, inkl. de håndsøgte

5 internationale guidelines og

5 danske guidelines

læses som fuld tekst

157 abstracts ekskluderes ud fra
in- og eksklusionskriterier (bilag 2)

13 artikler

2 internationale guidelines og

4 danske guidelines udtages til kritisk
læsning med henholdsvis checklister og
vurdering med Agree (guidelines)

5 artikler og 4 guidelines ekskluderes
ud fra
in- og eksklusionskriterier (bilag 2)

4 artikler, 2 internationale guidelines og
4 danske guidelines inkluderes på
baggrund af kritisk læsning

9 artikler ekskluderes efter kritisk læsning
(begrundet i bilag 4)

Evidenstabeller

Bilag 6

Inkluderet studier og guidelines

Forfatter, år	Studiedesign ++/+/ -	Intervention	Outcome	Bemærkning	Evidens niveau
Bech P et al. J Affect Disord, 2001; (2-3):159-64	Diagnostisk test ++	Kriterievaliditet af MDI, mod SCAN som referencestandard .	Veludført test AUC for MDI på 0.97, med optimal cutoff på 26 (sensitivitet på 1.00 og specificitet på 0.82)	På trods af at testen ikke er gennemført hos KOL patienter, inkluderes artiklen til at bestyrke DSAM i at anvende MDI til opsporing.	I Ib
Laura J Julian et al. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2009, 6:452-458	Valideringsstudie Del af en Kohorteundersøgelser - Wave 5 interview inkluderede 375 individer hvoraf 300 har COPD, heraf deltog 188 i en hjemmebaseret vurdering. Man skulle være engelsk talende, 55 eller ældre diagnosticeret COPD og bosiddende i nord California Til vurdering af sygdomsgrad anvendes GOLD kriterier. ++	GDS-15 testet i forhold til depression Referencestandard : MINI('gold standard' for vurdering af Major Depressive Disorder - MDD, eller any mood disorder(AMD)) Tester GDS på patienter med COPD, suppl. Med test i forhold til sværhedsgrad af sygdom + mellem yngre og ældre	Sensitivitet og specificitet Cutoff større eller = 5 for at identificere case of MDD Cutoff 4 eller over til at identificere case's of AMD	Inkluderes på baggrund af at GDS-15 er oversat til dansk og anvendes af geriater i regionen	I Ib* Nedgradueres på grund af risiko for bias jf frafald
Yasuji Arimura et al. Lung, 2013; 191:101-107	Diagnostisk test ++	Kriterievaliditet af 2 spørgsmål rettet mod kernesymptomer i DSM-IV (stemningsleje og lyst/interesse) evalueres på baggrund af referencestandard CES-D-10	Veludført test med Sensitivitet 73,3 % Specificitet 73 % PPV 52.4 NPV 87.1 Ved en cutoff på 1 AUC på 0.73	Inkluderes	I Ib
Ellervik C et al. Nord J	Valideringsstudie	MDI og WHO-5 Begge selv-administreret	Reproducerbarhed målt ved Mokken-analyse	Inkluderes, da det bekræfter	III

Psychiatry . 2014 Jan 29	14.787 respondenter fra GESUS populationen ++	rapporterings- spørgeskemaer Referencestandard : DSM-IV og ICD- 10	med Loevinger's koefficient H: 0.49 for MDI og 0.64 for WHO-5. MDI anses for dimensionalt acceptabel med Loevinger koefficienten mellem 0,40-0,49	anvendelsen af skalaen i en meget stor bred population. Artiklen er med til at bestyrke DSAM i at anvende MDI til opsporing.	
--------------------------------	---	--	---	--	--

NICE Guideline, 2009	Depression in adults with a chronic physical health problem – Treatment and management
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltning og behandling af depression hos voksne med en kronisk fysisk sygdom og nedsat funktionsforstyrrelse.
Metode	NICE er en uafhængig organisation, der har til opgave at udvikle retningslinjer indenfor det britiske sundhedssystem. Retningslinjerne udarbejdes af uafhængige arbejdsgrupper, som består af specialister fra sundhedssektoren, og er baseret på den bedst tilgængelige evidens. I arbejdsprocessen følger man anerkendte videnskabelige principper udvikling af guidelines, dvs. udarbejdelse af kliniske spørgsmål, systematisk og udtømmende litteratursøgning, udvælgelse og kritisk evaluering af litteraturen med checklister, samt sammenfatning af anbefalinger. Hvor evidens mangler indarbejdes anbefalinger baseret på konsensusbeslutninger blandt arbejdsgruppens medlemmer.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Det er et uafhængigt ekspertpanel, som har valideret den endelige guideline inden udgivelse.
Anbefalinger relateret til vores kliniske retningslinje	Der bør være særlig bevågenhed på depression hos personer med kroniske fysiske helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau. Der anbefales en trinvis model, hvor man i almindelig klinisk praksis anvender to screenings-spørgsmål vedr. stemningsleje og lyst/interesse med efterfølgende verifikation af diagnose.

NICE Guideline, 2011	Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care.
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltning af generaliseret angst hos voksne i primær og sekundær sektor.
Metode	NICE er en uafhængig organisation, der har til opgave at udvikle retningslinjer indenfor det britiske sundhedssystem. Retningslinjerne udarbejdes af uafhængige arbejdsgrupper, som består af specialister fra sundhedssektoren, og er baseret på den bedst tilgængelige evidens. I arbejdsprocessen følger man anerkendte videnskabelige principper udvikling af guidelines, dvs. udarbejdelse af kliniske spørgsmål, systematisk og udtømmende litteratursøgning, udvælgelse og kritisk evaluering af litteraturen med checklister, samt sammenfatning af

	anbefalinger. Hvor evidens mangler indarbejdes anbefalinger baseret på konsensusbeslutninger blandt arbejdsgruppens medlemmer.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Det er et uafhængigt ekspertpanel(review 2011), som har valideret den endelige guideline inden udgivelse. Panelet består af medlemmer fra følgende sektorer: Primære sundhedssektor, sekundær sundhedssektor, jura, folkesundhed og industri. Denne guideline benytter DSM-IV kriterier på baggrund af at evidensen for behandling i høj grad er baseret på dette system.
Anbefalinger relateret til vores kliniske retningslinje	Der bør være særlig bevågenhed på generaliseret angst hos personer med kroniske fysiske helbredsproblemer. Der bør være særlig bevågenhed på generaliseret angst hos personer, som er urolig og hyppigt søger støtte vedr. en lang række spørgsmål.

Sundhedsstyrelsen, 2007	Referenceprogram for unipolar depression hos voksne.
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltningen af unipolar depression hos voksne
Metode	Arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsens Sekretariat for Referenceprogrammer(SfR) baserer sit arbejde på strenge metodiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af studiets kvalitet og angivelse af evidensens styrke.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Arbejdsgruppen har blandt andet baseret deres arbejde på den engelske NICE-guideline nr. 23 (National Institute of Clinical Excellence (NICE): <i>Depression: Management of depression in primary and secondary care</i>) fra 2004 og den svenske SBU-rapport (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering: <i>Behandling av depressionssjukdomar</i>) fra 2004. Endvidere har sundhedsstyrelsen publiceret en medicinsk teknologivurdering (MTV-rapport) om <i>Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani)</i> . Der findes i disse rapporter en grundig gennemgang af effekten af både farmakologisk og kognitiv behandling af depressionssygdomme, ligesom der er værdifulde epidemiologiske og andre relevante oplysninger og derfor baserer arbejdsgruppen i dette referenceprogram primært evidensvurdering af behandlingseffekt på disse rapporter.
Anbefalinger relateret til vores kliniske retningslinje	Rutinemæssig opsporing af depression anbefales hos særlige risikogrupper, herunder KOL patienter. Til opsporing og diagnostik af depression anbefales brug af ICD-10's kriterier for depression eller spørgeskemaet Major Depression Inventory (MDI). Til screening kan desuden anbefales spørgeskemaerne WHO-5 Trivselsindeks og Geriatric Depression Scale (GDS).

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010	Klinisk vejledning for Unipolar depression – diagnostik og behandling
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltningen af
Metode	Arbejdsgruppe udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin baserer sit arbejde på strenge metodiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af studiets kvalitet og angivelse af evidensens styrke.

	Litteratursøgningen er foretaget af DSAM's lægelige konsulenter for kliniske vejledninger i perioden 18. juni 2005 til 15. september 2008. Der er foretaget systematisk søgning i følgende databaser: PubMed, Embase, Cochrane Library, PsycInfo og Cinahl. Søgeord: 'depressive disorder, major'(MeSH) kombineret med specifikke søgeord fra forskellige undergrupper.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Rapporten blev fundet anbefalelsesværdig.
Anbefalinger relateret til vores kliniske retningslinje	Til opsporing af kernesymptomer ved depression anbefales tre enkle spørgsmål: 1. Har du følt dig trist til mode, ked af det? 2. Har du manglet interesse for dine daglige gøremål? 3. Har du følt, at du manglede energi og kræfter? Kan to af tre spørgsmål bekræftes af patienten, er der grund til mistanke om depressionstilstand.

Sundhedsstyrelsen, 2007	Referenceprogram for angstlidelser hos voksne.
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltningen af indsatsen for voksne med angstlidelser.
Metode	Arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsens Sekretariat for Referenceprogrammer(SfR) baserer sit arbejde på strenge metodiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af studiets kvalitet og angivelse af evidensens styrke. Litteratursøgningen er foretaget fra september 2005 og afsluttet sommeren 2006.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Referenceprogrammet er blevet vurderet af uafhængige skandinaviske peer reviews i maj-juni 2007 hos professor, overlæge Lars von Knorring, Sverige, professor, dr.psychol. Asle Hoffart, Norge og praktiserende læge Annette Sofie Davidsen, København. Referenceprogrammet har desuden været sendt til høring i faglige fora i august-september 2007.
Anbefalinger anvendt i denne kliniske retningslinje	Der er et utilstrækkeligt evidensgrundlag til at anbefale ét bestemt klinisk spørgeskema til identifikation af angstlidelser.

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2010	Klinisk vejledning for 'Angsttilstande. Diagnostik og behandling'
Formål	Sammenfatter eksisterende faglig viden/evidens og erfaring for god klinisk praksis i forvaltningen af
Metode	Arbejdsgruppe udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin baserer sit arbejde på strenge metodiske krav til systematisk litteratursøgning, vurdering af studiets kvalitet og angivelse af evidensens styrke. Litteratursøgningen er foretaget af DSAM's lægelige konsulenter for kliniske vejledninger fra 2005 til 2010.
Kvalitet	++
Bemærkninger	Rapporten blev fundet anbefalelsesværdig.
Anbefalinger anvendt i denne kliniske retningslinje	Det anbefales man at bruge Angst-Symptom Spørgeskema (ASS) til udredning og diagnosticering af angstlidelser hos patienter med KOL.

Ekskluderede studier

Forfatter, år	Studiedesign ++/ +/-	Intervention	Outcome	Bemærkning	Evidens niveau
Aydin IO, Ulusahin A. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23(2):77-83	Diagnostisk test ÷	Kriterievaliditet af GHQ-12. CIDI brugt som reference- standard	Sensitivitet 83,3 og specificitet 80 ved cutoff på 5/6.	Ekskluderes pga. manglende oplysning om blinding i vurdering af test og referencestandard	I Ib
Mark E Kunik et al., Psychosomatics 2007; 48:16-21	Valideringsstudie som led i et RCT ÷	Kriterievaliditet af PRIME-MD for depression 2 punkter og angst 3 punkter Referencestandard BDI og BAI	Sensitivitet, Specificitet, PPV og NPV undersøgt for både for depression eller angst, samt som kombineret score. Evne til diskrimination ved AUC. Cutoff defineret	Ekskluderes pga. populationsbias, Blinding i vurdering af test og referencestandard ikke oplyst. Reference- standard er ikke målt på alle patienter.	I Ib
Femke Lamers et al., Journal of Clinical Epidemiology 2008, 61; 679- 687	Valideringsstudie som del af Delta studiet ÷	Kriterievaliditet af PHQ-9 Referencestandard MINI Construct validity Test-retest	Vægtet sensitivitet og specificitet og sikkerhed interval AUC CUTOFF defineret	Ekskluderes pga. manglende blinding i vurdering af test og referencestandard. For en stor del, var det kun patienter med positiv test, som blev interviewet med MINI. Reference- standard er ikke målt på alle patienter.	I Ib
Kurt B. Stage, Thomas Middelboe, Charlotta Pisinger. Nord J Psychiatry, vol 57, no 4, 200, 297-301	Valideringsstudie af HDS og HDSS. ÷	Kriterievaliditet af HDS og HDSS. Psykiatrisk interview ud fra ICD-10 kriterier guldstandard.	Kun HDSS havde en acceptabel intern validitet: med cut-off værdi på ≥ 6 var sensitiviteten 91 % og specificiteten 88 %. PPV var 87 og NPV var 91.	Ekskluderes pga. manglende blinding i vurdering af test og referencestandard. ICD-10 kriterier kan give anledning til kritik, da disse indeholder somatiske symptomer, som også er tilstede ved KOL sygdom.	I Ib

Forfatter, år	Studiedesign ++/+/ -	Intervention	Outcome	Bemærkning	Evidens niveau
Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Int J Geriatr Psychiatry. 2000 Dec;15(12):1090-6	Diagnostisk test ++	Kriterievaliditet af BASDEC. GMS brugt som reference-standard	Veludført test med en sensitivitet på 100 % og specificitet på 93 % En positiv prædiktiv værdi på 91 % og negativ prædiktiv værdi på 100 %	Ekskluderes pga. manglende valideret dansk oversættelse af BASDEC	I Ib
Gary Cheung et al. International Psychogeriatrics, 2012, Volume 24, Issue 01, pp 128-136	Diagnostisk test ++	Kriterievaliditet af GAI og HADS-A (selvrapporterede) mod MINI som referencestandard	I relation til HADS-A, som findes i valideret udgave på dansk. Findes en Sensitivitet 79% og specificitet 71% En positiv prædiktiv værdi på 48% og negativ prædiktiv værdi på 91% HADS-A; Cutoff ≥ 4 (er højere ved test i andre populationer)	Ekskluderes på trods af veludført diagnostisk test, da HADS-A på grund af den lave cutoff værdi endnu ikke kan anbefales til klinisk brug. Det vil kræve flere undersøgelser før ændring af cutoff kan anbefales. Ligesom de to efterfølgende artikler rejser væsentlig kritik af instrumentets egenskaber. GAI er ikke oversat til dansk	I Ib
Tang WK, Wong E, Chiu HF, Lum CM, Ungvari GS. Int J Methods Psychiatr Res. 2008;17(2):104-10	Valideringsstudie af HADS-A ++	DIF analyse (differential item functioning) af HADS-A.	Studiet finder at item nr.7 ("I get sudden feelings of panic") kan give anledning til bias Tester kun angst	Ekskluderes, da artiklens formål ikke er at beregne kriterievaliditet. Artiklen er dog med til at begrunde, at HADS-A ikke er et velegnet instrument pga. Items-bias	III
Martin CR. Curr. Psychiatry Rev. 2005 Jan 1;1(1):69-73	Review	Undersøger i forhold til HADS, rapporterede faktoranalyser udført med forskellige metoder.	Afhængig af metode til faktoranalyse, rejses der tvivl om, hvorvidt den grundlæggende antagelse om, at HADS er bi-dimensionel, er forkert, og at HADS muligvis er tri-dimensionel.	Ekskluderes, da artiklens formål ikke er at vurdere kriterievaliditet. Artiklen er dog med til at begrunde, at HADS-A ikke er et velegnet instrument til KOL patienter pga. tvivl vedr.	IV

Forfatter, år	Studiedesign ++/+/ -	Intervention	Outcome	Bemærkning	Evidens niveau
			I stigende omfang føres der evidens for, at subskalaen for angst yderligere kan opdeles i to.	instrumentets egenskaber.	
Willgoss TG, Goldbart J, Fatoye F, Yohannes AM. Chest. 2013 Nov;144(5):1587-96	Valideringsstudie ÷	Kriterievaliditet af AIR, PHQ er anvendt som referencestandard Udover det testes Intern konsistens Convergent validitet og Test-retest reliabilitet	AUC 0.96 (95% CI,0,96-1,00). Optimal cutoff score for AIR var 14,5, hvor man fandt en sensitivitet på 0.93, en specificitet på 0,98, PPV på 93% og NPV på 98%	Ekskluderes pga. manglende oplysning om blinding i vurdering af test og referencestandard, som kan have påvirket outcom i positiv retning. Og fordi PHQ ikke er valideret til at kunne stille en angst diagnose. Der findes heller ikke en valideret oversættelse til dansk.	I Ib

Geriatric Depression Scale (GDS-15) på dansk³

Bilag 7

Spørgsmål	Svar	Score
Er du stort set tilfreds med livet?	ja/NEJ	
Har du opgivet mange af dine aktiviteter og interesser?	JA/nej	
Føler du et stort tomrum i dit liv?	JA/nej	
Keder du dig ofte ?	JA/nej	
Er du for det meste i godt humør?	ja/NEJ	
Er du bange for, at der skal ske dig noget alvorligt ?	JA/nej	
Føler du dig glad og tilfreds ?	ja/NEJ	
Føler du dig ofte hjælpeløs ?	JA/nej	
Vil du hellere blive hjemme end ud og opleve noget nyt?	JA/nej	
Tror du, at din hukommelse er dårligere end de fleste andres?	JA/nej	
Er du lykkelig ved livet lige nu ?	ja/NEJ	
Føler du dig værdiløs ?	JA/nej	
Har du masser af energi?	ja/NEJ	
Synes du, at din situation er håbløs?	JA/nej	
Tror du, at de fleste mennesker har det bedre end dig?	JA/nej	

Total score

15 items – Depressive svar (store bogstaver) giver 1 point

Tolkning

0-4 points = normal score

5-7 points = mulig depression

8-10 points = sandsynligvis let – middelsvær depression

11-12 points = middelsvær – svær depression

>12 points = svær depression

³ Skala hentet fra www.sundhed.dk

Major Depression Inventory(MDI) på dansk⁴

Bilag 8



Psykiatrisk Sygehus
FREDERIKSBORG AMT

Major (ICD-10) Depression Spørgeskema

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger

	Hvor stor en del af tiden						
		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Har du haft mindre selvtillid?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8a	Har du følt dig rastløs?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8b	Har du følt dig mere stille?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Har du haft besvær med at sove om natten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10a	Har du haft nedsat appetit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10b	Har du haft øget appetit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Navn: _____

Dato: _____

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

⁴ Skema hentet fra www.cure4you.dk_35

Depressionsskemaet MDI: Scoringsnøgle

Øverst er den diagnostiske demarkationslinie angivet, og nederst anføres total score for de 10 items.

Hvor meget af tiden ...		Den diagnostiske demarkationsline						
		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt	
Kerne-symptomer	1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
	2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
	3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
Ledsage-symptomer	4	Har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
	5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
	6	Har du følt at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
	7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	8a	Har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
	8b	Har du følt dig mere stille?	5	4	3	2	1	0
	9	Har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	10a	Har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
	10b	Har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0

Total score (item 1 - 10): = ____ + ____ + ____ + ____ + ____ =

Diagnose: ICD-10 _____ DSM-IV _____

Depressionsspørgeskemaet MDI: Scoringsinstruktion

Skemaet består af de ti symptomer, som indgår i Verdenssundhedsorganisationen WHO's afgrænsning af depression. WHO benytter de sidste to uger som det tidsrum, hvorunder det skal vurderes, hvorvidt de enkelte symptomer har været tilstede over halvdelen af tiden. Da disse symptomer helt overvejende er subjektive oplevelser, er det naturligt at bede patienten om at udfylde det A-4 ark hvor skemaet er angivet, således at patienten nemt kan sætte et kryds ud for hvert af symptomerne. Jo højere talværdi mellem 0 og 5 der afkrydses, jo mere konstant har det pågældende symptom været tilstede. Husk at få navn og dato påført skemaet.

Patientens udfyldte skema aflæses af den vedhæftede scoringsnøgle. MDI, som står for Major Depression Inventory, har en dobbeltfunktion, idet det både kan scores (A) som et sværhedsgradsinstrument på samme måde som Hamiltons Depressionsskala, og (B) som et diagnoseredskab.

- (A) Benyttes MDI som en **rating scale** på samme måde som Hamiltonskalaerne, er det summen af de 10 spørgsmål der angiver graden af depression. For item 8 og 10, hvor der er to svarkategorier (a) og (b), vælger man det der har højeste score. Den teoretiske sumscore går derfor fra 0 (ingen depression) til 50 (maksimal depression).

Let depression:	MDI total score fra 20 til 24
Moderat depression:	MDI total score fra 25 til 29
Svær depression:	MDI total score på 30 eller mere

- (B) Benyttes MDI som et **diagnoseinstrument**, benytter man den lodrette linie som er angivet på skemaet vist herunder (den diagnostiske demarkationslinie). For de tre øverste items, som afspejler kernesymptomerne på WHO/ICD-10 depressionsdiagnosen, forlanges der, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede det meste af tiden. For ledsagesymptomerne, som findes i de resterende syv MDI-items, forlanges det, at de skal have været til stede gennem de sidste to uger i over halvdelen af tiden.

ICD-10 algoritmen bruges herefter således:

Let depression:	2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
Moderat depression:	2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
Svær depression:	3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer.

MDI kan også anvendes til DSM-IV major depressionsdiagnosen. Ifølge DSM-IV opereres der kun med ni symptomer, idet item 4 i DSM-IV er inkluderet i item 5. Derfor benytter man det af de to items der har den højeste score.

Algoritmen for DSM-IV er at:

- 5 af de 9 symptomer skal være tilstede
- Heraf ét af de to første items, som ifølge DSM-IV er kernesymptomer.

