

Indstilling for Mental trivsel fra HjerterPRO underarbejdsgruppe

Mental trivsel indgår som et centralt domæne i HjerterPRO skemaet og dækkes af de tre spørgeområder Generel mental trivsel, Angst og Depression. Spørgeområderne indgår som væsentlig element i forhold til 1) dialogstøtte, 2) screening og visitering i forhold til angst og depression, og 3) effektmåling af hjerterehabilitering. Dette stiller særlige krav til, at der anvendes validerede PRO-redskaber til afdækning af mental trivsel.

På baggrund af et grundigt udredningsarbejde gennemført af Hjerterforeningen og efterfølgende faglige drøftelser indstiller underarbejdsgruppen:

- At kombinationen af WHO-5, ASS-2 og MDI-2 fortsat anvendes til screening for angst og depression og stress
- At cut-off ændres, så MDI-2 udløses ved WHO-5 score på < 100 (efter peer review kan cut-off præciseres nærmere)
- At ASS-2 udsendes sammen med WHO-5 uanset score
- At der udgives en klinikervejledning til tolkning af score
- At der etableres et minimum-uddannelsesprogram for anvendelse af PRO

Baggrund for indstilling

Formål med elementer i PRO-skemaet

I efterforløbet af hjertesygdom er der stor risiko for påvirkning af den mentale trivsel og udvikling af angst og depression, og i National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering [1] anbefales opsporing af angst og depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom som led i hjerterehabilitering¹. Der opfordres til opsporing allerede i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, og at proceduren gentages, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt. Tilstedeværelsen af angst og depression har betydning for prognosen. Endvidere er depression udpeget af det internationale ICHOM konsortium [2] som centralt i forbindelse med vurdering af behandlingseffekt over tid ved iskæmisk hjertesygdom. Spørgeområder og spørgsmål er vurderet centrale og relevante af patienter såvel som sundhedsprofessionelle i forbindelse med national HjerterPRO indsats [3, 4].

Oprindeligt valg af redskaber

Nævnte forkortelser for spørgeskemaer:

WHO-5	World Health Organization, 5 items (generel trivsel)
ASS-2	Anxiety Symptom Scale, 2 items

¹ Det anses desuden som god praksis også at opspore angst og depression hos patienter med hjertesvigt og patienter der har gennemgået en hjerteklapoperation (National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering)

MDI-2	Major Depression Inventory, 2 items
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (14 items)
BDI	Beck Depression Inventory
PHQ-9	Patient Health Questionnaire, 9 items (depression)
GAD	General Anxiety Disorder

WHO-5, ASS-2, MDI-2

WHO-5, ASS-2 og MDI-2 blev af den nationale kliniske koordinationsgruppe valgt til at belyse spørgeområderne General mental trivsel, Angst og Depression. WHO-5 måler graden af positive oplevelser og kan anvendes som et mål for menneskers generelle trivsel eller velbefindende. WHO-5 er fundet validt, og det er dokumenteret, at skemaet kan anvendes som screeningsværktøj til depression samt som outcome inden for forskning. Der er udarbejdet cut-off score, som kan anvendes i forbindelse med tolkning af resultatet. WHO-5 korrelerer signifikant med angst og depression blandt hjertepatienter med bl.a. iskæmisk hjertesygdom. WHO-5 kan måle ændringer over tid [5, 6].

I Patientworkshops var patienterne positive over for WHO-5, som man fandt "relevant og forståeligt" samt at det var rart, at spørgsmålene var positivt formuleret. Skemaet kræver ingen licens.

Ved lav WHO-5 score anbefales det at gå videre med yderligere screening for angst og depression. MDI-2 blev valgt til screening for depression, da patienterne ikke var glade for PHQ-9, som anbefales af ICHOM. Patienterne fandt ved PHQ-9, at spørgsmål var modsatrettede og, at der var flere spørgsmål i ét spørgsmål. Til screening for angst valgte man to kernespørgsmål fra ASS, da ASS anbefales af Dansk Selskab for Almen Medicin, og anvendelsen er udbredt i almen praksis [3]. Som anbefalet af psykiatrien blev MDI-2 og ASS-2 udløst ved en WHO-5 score på ≤ 50 .

Der findes flere alternative redskaber. I planlægningsfasen og i patientworkshops blev der drøftet og afprøvet brug af HADS, PHQ-9, BDI og GAD, som alternativ til WHO-5, ASS-2 og MDI-2

Inden for hjerterehabiliteringen er der tradition for at anvende HADS, som belyser tilstedeværelsen af symptomer på angst og depression i den forgangne uge hos patienten. Skemaet er valideret på hjertepatienter, og har vist at have høj specificitet og sensitivitet ved anvendelse af de anbefalede cut-off scores [7]. Brugen af skemaet er udbredt i både kommuner og regioner. HADS blev fravalgt af to årsager: Patienterne fandt det dårligt, at spørgsmålene var negativt ladede og "snørklet formuleret". De sundhedsfaglige gav udtryk for både positive og negative erfaringer med anvendelsen af HADS i praksis, men flere angav, at de havde oplevet, at patienterne havde svært ved at udfylde skemaet.

Under det forberedende arbejde blev der lavet ekspertgennemgang og brugertest af det samlede HjertePRO skema af psykologer fra Force Technology. Gennemgang og brugertest gav kun anledning til et enkelt ændringsforslag i formulering i ASS-2, men referencegruppen fandt ikke grund til at ændre dette, da spørgsmålet er adapteret fra valideret spørgeskema [8].

Hvad sagde evalueringen i forhold til WHO-5, MDI-2 og ASS-2

Patienterne: I evaluering af HjertePRO pilotafprøvningen har patienter besvaret spørgeskemaer og deltaget i interview. Patienterne er ikke blevet spurgt til de enkelte elementer i HjertePRO skemaet. De har dog i

fritekstfelter haft mulighed for at skrive kommentarer. Patienterne havde ingen specifikke kommentarer til denne del af PRO-skemaet men angav, at det var relevant og i orden at blive spurgt til det psykiske.

Sundhedsprofessionelle: De sundhedsprofessionelle er i deres evaluering under fokusinterview samt kvantitativ evaluering blevet bedt om at kommentere på de enkelte elementer i skemaer. De sundhedsprofessionelle udtrykte i fokusgruppeinterview bekymring for, om kombinationen af WHO-5, ASS-2 og MDI-2 kunne opfange patienternes mentale problemer lige så godt som det velkendte HADS skema [4].

Afklarende arbejde mhp. indstilling til ændringer

Valg af skemaer

Gruppen har på baggrund af evalueringen genbesøgt formålet med WHO-5, ASS-2 og MDI-2 i Hjerte-PRO skemaet. Efter drøftelse var der bred enighed om følgende krav til skemaer for spørgeområdet mental trivsel med fokus på depression og angst:

- Skema skal være valideret
- Skal kunne bruges til pålidelig screening af både angst og depression
- Skal kunne bruges som dialogstøtte
- Skal kunne bruges til outcome-måling
- Det skal give mening for patienterne
- Det skal give mening for de sundhedsprofessionelle
- Gerne et redskab, der kan bruges på tværs af sektorer
- Skal kunne implementeres i praksis
- Licensen skal ikke være det afgørende (Pro-sekretariatet)
- Gerne kunne bruges på tværs af kroniske sygdomme/diagnoser

Det pointeres af gruppen, at det er vigtigt, at man kan lave forskning med de redskaber der vælges.

Analyse af datamateriale fra Hjerteforeningen

Undersøgelsen 'Livet med en hjertesygdom' blev gennemført af Region H og Hjerteforeningen fra oktober 2020 til februar 2021, hvor 10.000 hjertepatienter fik tilsendt et spørgeskema vedrørende mødet med sundhedsvæsenet samt hverdagslivet med en hjertesygdom. Her besvarede 1497 hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom bl.a. spørgsmål om trivsel og velbefindende samt symptomer på angst og depression via de fire spørgeskemabatterier, WHO-5, ASS-2, MDI-2 og HADS.

Ud fra dette unikke materiale har PRO-sekretariatet bedt Hjerteforeningen undersøge, om kombinationen af skalaerne WHO-5, Anxiety Symptom Scale 2 (ASS-2) og Major Depression Inventory 2 (MDI-2) kan erstatte HADS til screening for symptomer på angst og depression blandt hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom. I praksis anbefales kombinationen af WHO-5, ASS-2 og MDI-2 brugt således, at trivselsindekset WHO-5 administreres først. Er scoren her under 50 (på en skala fra 0 til 100), gives endvidere de to skalaer for hhv. angst- og depressionssymptomer, ASS-2 og MDI-2, med henblik på identifikation af angst- og depressionssymptomer.

Der foreligger nu en endelig rapport med resultatet af analysen [9].

Opsummerende fortolkning fra rapporten:

1. WHO-5 alene kan ikke erstatte HADS
2. Identifikationen af hjertepatienter med angst og depression forbedres ved at bruge både WHO-5, ASS-2 og MDI-2
3. WHO-5 + ASS-2 og WHO-5 + MDI-2 måler det samme som hhv. HADS-angst og HADS-depression
4. Der kan omregnes fra den ene skala til den anden, dog med en vis usikkerhed på de høje værdier
5. Der er overensstemmelse mellem, hvem der identificeres ved WHO-5 + ASS-2 og HADS-angst, og hvem der identificeres med WHO-5 + MDI-2 og HADS-depression.
6. Overensstemmelsen er bedst for depression, og når alle spørgsmål vægtes lige i gennemsnit
7. Især hjertepatienter med milde symptomer på angst/depression fanges ikke med WHO-5+ ASS-2 og WHO-5 + MDI-2

Begrænsninger

Jf. Hjerteforeningens rapport [9] er HADS ikke anvendelig som diagnostisk redskab, da dette kræver diagnostisk interview, men sensitiviteten (evnen til at detektere de syge) og specificiteten (evnen til at frikende de raske) er generelt relativ høj. En undersøgelse af HADS' anvendelighed til screening for angst og depression hos hjertepatienter viste, at HADS kan prædiktere depression med høj sensitivitet ($\geq 0,81$), når der anvendes en score på 7 eller højere som cutpoint. Et review med forskellige patientgrupper har vist, at sensitivitet og specificitet af HADS med få undtagelser er mindst 0,8. Som med HADS er der fundet forholdsvis høj sensitivitet og specificitet af WHO-5. I et review med studier på forskellige patientgrupper fandt man sensitivitet af WHO-5 i intervallet 0,57-1,00 og specificitet på 0,63-0,89.

I det forelagte er der endnu ikke en anbefaling til oversættelse mellem WHO-5 + ASS-2 + MDI-2 og HADS eller anbefaling til cut-off. Dette afventer en peer reviewed artikel.

Tidspunkt for udsendelse

Som anbefalet i de National klinisk retningslinje for Hjerterehabilitering [1] udsendes WHO-5, ASS-2 og MDI-2 som en del af Rehabilitering-start og Rehabilitering-slut skemaerne, så der bliver en screening i starten og i slutningen af rehabiliteringsforløbet. Der er ikke foretaget en selvstændig evaluering af udsendelsestidspunktet.

Uddannelse og implementering

Der er behov for undervisning til sundhedsprofessionelle både i IT-delen og i de enkelte redskaber. Evalueringen viste, at der ikke kun var behov for undervisning ved opstart men også opfølgende undervisning – og i særdeleshed undervisning i den kliniske anvendelse af PRO under samtalen. Der kan med fordel udarbejdes et idékatalog til, hvordan man kan komme godt i gang med PRO.

Der kan ud fra analyseresultatet udarbejdes en klinikervejledning, der kan indgå i handlingsanvisninger til sundhedsprofessionelle.

Der er behov for at uddanne patienterne til at arbejde med PRO. Fx en oplysningskampagne, så patienterne ved og forstår, at det er en del af deres forberedelse og behandlingsforløb at besvare PRO-skema. Der skal fortsat være opmærksomhed på, om det, vi udvikler, bidrager til ulighed i sundhed. Der vil være behov for at udvikle tiltag, der kan modvirke dette.

Kommissorium og afholdte møder

Underarbejdsgruppen har arbejdet ud fra kommissorium og opgavebeskrivelse afledt af evaluering fra pilotafprøvningen. Gruppen er sammensat med fokus på at sikre bred involvering af interessenter fra klinik og forskning. Ligeledes har gruppen medlemmer fra flere faggrupper og sektorer. Der har været afholdt to virtuelle møder og et fysisk møde. Der foreligger referater. Gruppen har lænet sig tæt op ad rapport udarbejdet af Hjerteforeningen [9] og lavet en grundig vurdering af fordele og ulemper ved anvendelse af hhv. HADS og WHO-5, ASS-2 og MDI-2 (se bilag 1 og 2).

Medlemmer af underarbejdsgruppen

Ann-Dorthe Zwisler, overlæge, professor, Hjertemedicinsk afd. B, OUH (formand)
Susanne S. Pedersen, professor i psykologi, SDU, OUH
Sanne Palner, Kvalitets og udviklingsfysioterapeut, Randers kommune
Claudia Mercebach, faglig vejleder og udviklingskonsulent, Københavns kommune
Lotte Helmark, sygeplejerske, PhD student, Sjællands Universitetshospital
Sanne Jensen, Pro-sekretariatet

Stor tak til Hjerteforeningen og Nina Føns Johnsen, Karl Bang Christensen, Sidsel Normann Jensen og Gunnar Gislason for et væsentligt og uundværligt bidrag i forhold til indstilling om spørgeområdet Mental Trivsel til referencegruppen.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, *National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering*. 2015, Sundhedsstyrelsen.
2. *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). The ICHOM Standard Set for Coronary Artery Disease 2018*. Available from: <https://connect.ichom.org/standard-sets/coronary-artery-disease/>.
3. PRO-sekretariatet, *PRO Hjerterehabilitering - Opsamlingsrapport fra workshopforløb for udvikling af PRO-værktøj inden for Hjerterehabilitering*. 2019, Sundhedsdatastyrelsen: [https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/opsamlingsrapport-fra-workshopforloeb-for-udvikling-af-pro-til-hjerterehabilitering-\(pdf\).pdf](https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/opsamlingsrapport-fra-workshopforloeb-for-udvikling-af-pro-til-hjerterehabilitering-(pdf).pdf).
4. PRO-sekretariatet, *Pilotevalueringsrapport vedr. PRO for hjerterehabilitering*. 2021, Sundhedsdatastyrelsen: [https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/pilotevalueringsrapport-vedr,-d,-pro-til-hjerterehabilitering-\(pdf\).pdf](https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/pilotevalueringsrapport-vedr,-d,-pro-til-hjerterehabilitering-(pdf).pdf).

5. Topp, C.W., et al., *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2015. **84**(3): p. 167-176.
6. Birket-Smith, M., et al., *Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients—6-year survival*. Journal of Psychosomatic Research, 2009. **67**(1): p. 5-10.
7. Aagesen, M., C.G. Pedersen, and A.-D. Zwisler, *Gennemgang af spørgeskemaer til at indhente patientrapporterede oplysninger i hjerterehabiliteringsforløb blandt patienter med iskæmisk hjertesygdom*. 2018, REHPA: [https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/evidens-og-erfaringer-for-anvendelse-af-pro-til-hjerterehabilitering-\(pdf\).pdf](https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/evidens-og-erfaringer-for-anvendelse-af-pro-til-hjerterehabilitering-(pdf).pdf)
8. PRO-sekretariatet, *Endeligt resultat af ekspertgennemgang og brugertest - Hjerterehabilitering*. 2019, Sundhedsdatastyrelsen: [https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/indholds_-og-brugertestrapport-vedr,-d,-,-pro-til-hjerterehabilitering-\(pdf\).pdf](https://pro-danmark.dk/-/media/subsites/pro/filer/udvikling/hjerterehabilitering/indholds_-og-brugertestrapport-vedr,-d,-,-pro-til-hjerterehabilitering-(pdf).pdf).
9. Johnsen, N.F., et al., *Kan kombinationen af WHO-5/ASS-2/MDI-2 er støtte Hads til screening for angst og depression blandt hjertepatienter med iskæmisk hjertesygdom?* 2021, Hjerteforeningen: Ikke publiceret