

9. januar 2018

Afslutningsrapport

Screening for depression

Apopleksi, hjerterehabilitering og graviditet/fødsel/barsel
Version 1.1



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Indhold

1.	Indledning	3
1.1	Opdrag	3
1.2	Outcome	3
1.3	Workshops	4
1.4	Deltagere	4
2.	Resume og anbefalinger	5
2.1	Fokus	5
2.2	Målgruppe	5
2.3	Væsentligste opmærksomhedspunkter	5
2.4	Næste skridt	5
3.	Proces for den kliniske koordinationsgruppe	6
4.	Resultater	7
4.1	Afgrænsning af indsatsområdet	7
4.2	Formål med PRO i behandlingsforløbet	7
4.3	Overordnede arbejdsgange og udfaldsrum	7
4.4	Algoritmer	8
4.5	Spørgeskema	8
4.5.1	Opsamling af diskussion – <i>apopleksi</i>	10
4.5.2	Opsamling af diskussion – <i>hjerterehabilitering</i>	11
4.5.3	Opsamling af diskussion – graviditet, fødsel, barsel	12
4.5.4	Samlet overblik over de tre indsatsområder:	12
5.	Roller og arbejdsgange	14
5.1	Øvrige opmærksomhedspunkter og anbefalinger	15
6.	Det videre forløb	17
7.	Bilagsoversigt	18
7.1	Bilag 1	19
7.2	Bilag 2	28
7.3	Bilag 3	29
7.4	Bilag 4	34
7.5	Bilag 5	35

1. Indledning

Denne rapport omfatter resultaterne fra det nationale arbejde med udvikling af PRO-spørgeskema til brug ved screening af depression indenfor apopleksi, hjerterehabilitering samt graviditet, fødsel og barsel.

1.1 Opdrag

Den nationale styregruppe for PRO blev nedsat i forlængelse af Økonomiaftalen 2017 "med henblik på at understøtte en standardiseret og bred anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) på tværs af sundhedsvæsenets sektorer", jf. *Kommissoriet for den nationale styregruppe for PRO*.

Styregruppen udvalgte ultimo 2016 'apopleksi', 'knæ- og hofteartrose' samt 'angst og depression' som de tre første områder, der skulle udvikles spørgeskemaer til i nationalt regi. I foråret 2017 blev den kliniske koordinationsgruppe for angst og depression nedsat.

I forbindelse med indledende møder og interviews viste der sig at være uensigtsmæssige sammenfald mellem eksisterende projekter, herunder Værdibaseret styring, Stolpegård projektet og RKKP projektet PRO i psykiatrien, som endnu ikke havde gjort sig erfaringer man kunne læne sig op ad og man besluttede at afholde en forworkshop for at scope arbejdet.

På denne forworkshop med repræsentanter fra psykiatrien blev man enige om at foreslå et generisk spørgeskema til depressionsscreening indenfor somatikken, og temagruppen for kvalitet pegede efterfølgende på de tre områder apopleksi, hjerterehabilitering samt graviditet, fødsel og barsel.

I foråret 2017 blev den kliniske koordinationsgruppe for screening for depression nedsat med afholdelse af workshops i efteråret 2017.

1.2 Outcome

Som det fremgår af kommissoriet for den kliniske koordinationsgruppe, se bilag 3, var formålet at udvikle et standardiseret sæt af spørgsmål til depressionsscreening indenfor apopleksi, hjerterehabilitering samt graviditet, fødsel og barsel. Koordinationsgruppen skulle først og fremmest sikre, at de spørgsmål, der fastlægges, opleves som værende meningsfulde for patient og kliniker i den kliniske kontakt.

Den kliniske koordinationsgruppe har varetaget følgende opgaver:

- Præferencer for spørgeskema til depressionsscreening indenfor de enkelte somatiske specialer.
- Psykiatrien anbefaler ét generisk spørgeskema til depressionsscreening for de tre somatiske områder.
- Anbefaling til screeningsprocedure

Spørgeskemaer vil kunne anvendes ifm. depressionsscreening indenfor de enkelte sygdoms-områder, og vil kunne indgå som en del af et større spørgeskema indenfor det pågældende område.

1.3 Workshops

Arbejdet er foregået på to workshops i den kliniske koordinationsgruppe fra medio september 2017 – medio oktober 2017. Der har ikke været afholdt egentlige patientworkshops, men der kom input fra workshops med patienter ifm. det nationale PRO-arbejde indenfor apopleksi og det regionale PRO-arbejde indenfor psykiatrien; PRO-Psykiatri, der sker i regi af RKKP.

Efter den første workshop har deltagerne haft mulighed for at drøfte resultaterne i egen organisation og melde tilbage som et led i forberedelserne til næste workshop.

Workshops blev faciliteret af PRO-sekretariatet fra Sundhedsdatastyrelsen og konsulent fra Quorum Consulting.

1.4 Deltagere

Formanden for den kliniske koordinationsgruppe var Mette Bertelsen Fredsgaard, kvalitets- og udviklingschef i Region Hovedstadens Psykiatri. Den kliniske koordinationsgruppe bestod af sundhedsprofessionelle deltagere fra to kommuner, relevante lægevidenskabelige selskaber og kliniske kvalitetsdatabaser. Psykiatrien var repræsenteret fra alle fem regioner. De tre somatiske specialer var repræsenteret via de lægevidenskabelige selskaber på opfordring fra Temagruppen for kvalitet. Der var ikke inviteret patientforeninger.

Det lykkedes ikke at få udpeget repræsentanter fra almen praksis eller PLO. Den fulde deltagerliste fremgår af bilag 4.

2. Resume og anbefalinger

2.1 Fokus

Tanken er, at screeningsredskabet skal indgå som en del af en mængde andre spørgsmål i de samlede PRO-skemaer for de forskellige indsatsområder.

Måletidspunktet fastlægges i de specialespecifikke PRO-skemaer, som screeningsredskabet skal indgå som en del af. Eventuelle anbefalinger fra denne arbejdsgruppes vil blive videreformidlet til de specialespecifikke grupper.

Indenfor både graviditet/barsel og hjerterehabilitering er der allerede erfaringer med at anvende screeningsredskaber. Grundet manglende forskning om de forskellige skemaers anvendelighed ift. hinanden på hvert af de tre indsatsområder, vil deltagerne ikke give en egentlig anbefaling til valg af skema, og indikerer derfor i stedet en præference. Evaluering af igangværende projekter bør tages med i overvejelserne før endelig anbefaling.

Der blev i gruppen lagt op til en 2-trins screeningsprocedure, hvor man screener bredt (sensitivitet) på trin 1 og hvis screeningen er positiv går man videre til trin 2, hvor man evt. kan udføre en diagnostisk evaluering (specificitet). Rent praktisk kan man forestille sig, at trin 2 automatisk folder ud, hvis der screenes positivt på trin 1, og at begge trin således gennemføres i samme omgang.

2.2 Målgruppe

Der blev ikke defineret en målgruppe, denne besluttet indenfor de specialespecifikke områder.

2.3 Væsentligste opmærksomhedspunkter

Gruppen påpegede at to workshops var for kort tid til at inddrage den tilstrækkelige mængde relevante forhold og erfaringer. Man blev enige om ikke at forlænge processen, men fortsætte det videre arbejde indenfor de respektive sygdomsområder.

Gruppen påpegede ligeledes vigtigheden af at en screening blev fulgt op af klinisk vurdering og behandling.

2.4 Næste skridt

Gruppens præferencer for redskaber til depression samt opmærksomhedspunkter vil blive taget med i det videre arbejde indenfor de respektive indsatsområder. For apopleksi sker det ved test af spørgeskema med patienter december 2017 – januar 2018, samt ved pilottest af spørgeskemaer og anvendelse af disse på Aarhus Universitetshospital og Sydvestjysk Sygehus fra maj til november 2018. For hjerterehabilitering og graviditet/barsel sker det som en del af arbejdet i de kliniske koordinationsgrupper for de to indsatsområder i tidsrummet Q2-Q3 2018 samt ved de efterfølgende patienttest og pilottest. Pilotafdelinger og kommuner er endnu ikke udpeget.

3. Proces for den kliniske koordinationsgruppe

Den aftalte proces for arbejdet i de kliniske koordinationsgrupper er ikke blevet fulgt, da denne proces ikke er udviklet til generiske spørgeskemaer, der skal anvendes indenfor flere indsatsområder.

På en forworkshop med repræsentanter fra psykiatrien var man blevet enige om at foreslå et generisk spørgeskema til depressionsscreening indenfor somatikken, og temagruppen for kvalitet pegede efterfølgende på de tre områder apopleksi, hjerterehabilitering samt graviditet, fødsel og barsel. For yderligere se bilag 5.

Iht. Gyldendals *Den store Danske* er screening en procedure til tidlig opsporing af skjulte sygdomme i en afgrænset befolkningsgruppe. Screening anvendes med henblik på at påbegynde en tidlig behandling af alvorlige sygdomme. På **første workshop** blev screening og hensigten med diagnostisk redskab drøftet. Det blev påpeget, at det er vigtigt at screening følges op med efterfølgende klinisk vurdering og behandling. Der blev i specialespecifikke grupper diskuteret udfordringer i forhold til roller og arbejdsgange.

På **anden workshop** blev der holdt oplæg af Per Bech om screeningsprocedurens evidens og Klaus Martiny holdt oplæg om depressionsformer og vigtigheden af et diagnostisk redskab.

Opdelt i specialespecifikke grupper diskuterede man fordele og ulemper ved de forskellige skemaer. En opsamling af de specialespecifikke gruppers præferencer og diskussioner fremgår af afsnit 4.5.

Som led i forberedelserne er der gennemført interviews og møder med følgende personer:

- Per Bech, Klinisk professor, Region Hovedstadens Psykiatri
- Mette Bertelsen Fredsgaard, Kvalitets- og udviklingschef, Region Hovedstadens Psykiatri
- Susanne Bech-Hansen, Overlæge, Psykiatrisk klinik Køge
- Sebastian Simonsen, Psykolog og ph.d., Psykoterapeutisk Center Stolpegård
- Solvejg Kristensen, Ph.d., MHSc, Projektleder PRO i psykiatrien, Aalborg Universitet
- Odeta Jankuvienė, Overlæge, Psykiatri i Region Nordjylland
- Heidi Kromann, Socialrådgiver, Gentofte Kommune
- Ann Dorte Zwisler, Formand for Dansk Hjerterehabileringsdatabase
- Charlotte Brix, Overlæge, Aalborg Universitetshospital
- Grethe Andersen, Klinisk professor, Aarhus Universitetshospital
- Hanne Hegaard, Jordemoder, Rigshospitalet
- Rikke Nue Møller, Chefjordemoder, Rigshospitalet
- Anne Berlin Barfoed, Jordemoder, Rigshospitalet
- Patienter fra Apopleksi patientworkshops
- Louise Pape, Leder af AmbuFlex
- Marie Louise Krogh, Projektleder "Den PRO-aktive patient"
- Susanne Riis Christiansen, Sygeplejerske Aalborg Universitetshospital
- Klaus Martiny, overlæge Psykiatrisk Center København
- Svend Aage Madsen, Chefspsykolog og Forskningsleder, Rigshospitalet

4. Resultater

Strukturen i dette afsnit er:

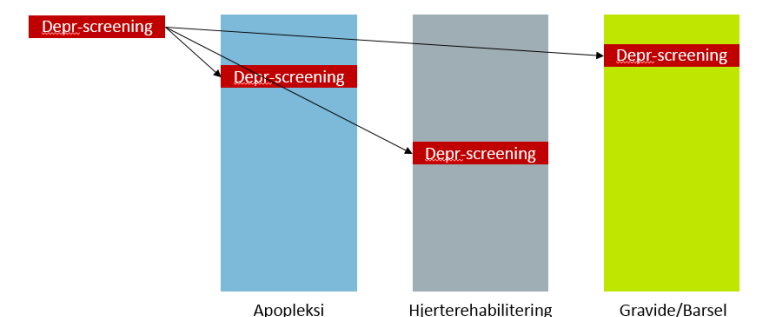
- Afgrænsning af indsatsområdet
- Formål med PRO i behandlingsforløbet
- Overordnede arbejdsgange
- Algoritmer
- Spørgeskema

4.1 Afgrænsning af indsatsområdet

Der blev ikke afgrænset nærmere idet denne gruppes arbejde tages med som input til de enkelte specialespecifikke grupper.

4.2 Formål med PRO i behandlingsforløbet

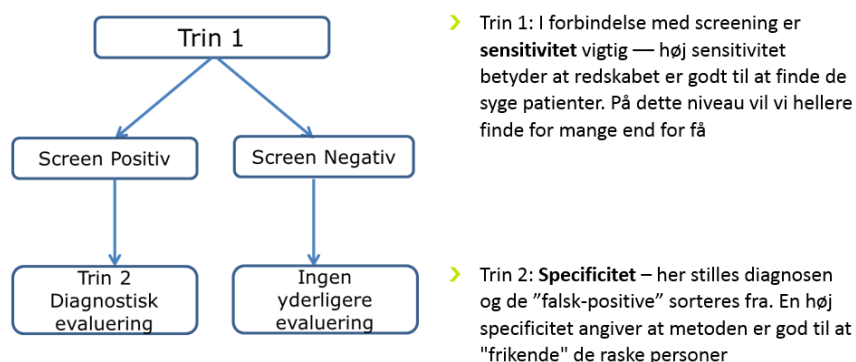
Screeningsredskabet skal indgå som en del af en mængde andre spørgsmål i de samlede PRO-skemaer på de forskellige områder, som vist på figur 1. Måletidspunktet fastlægges i de specifikke PRO-skemaer, som screeningsredskabet skal indgå som en del af. Anbefalinger fra denne arbejdsgruppe til anvendelse af spørgeskemaet medtages i arbejdet indenfor de enkelte områder.



Figur 1 Anvendelse af spørgeskema til depressionsscreening ifm. andre spørgeskemaer

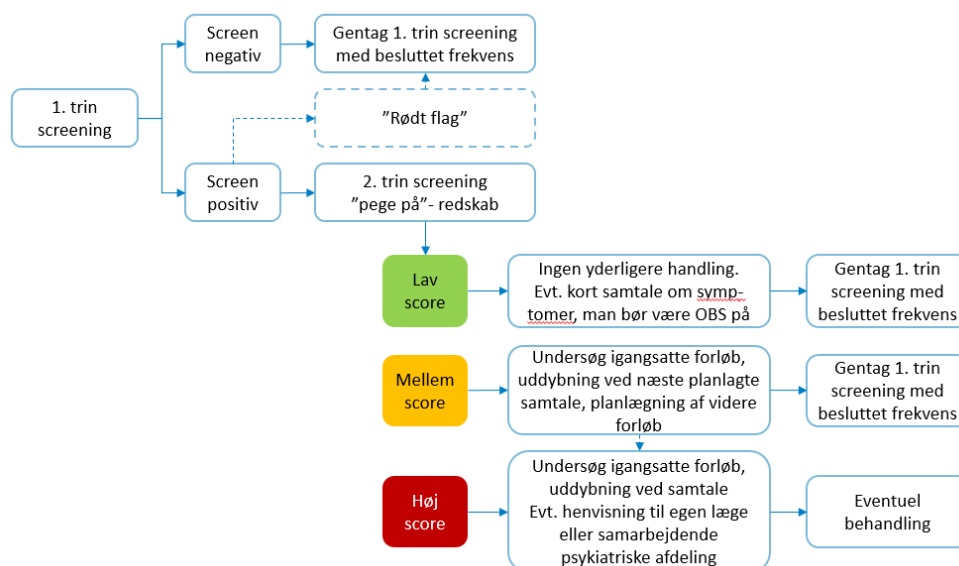
4.3 Overordnede arbejdsgange og udfaldsrum

Det blev drøftet hvorvidt en 2-trins screening kunne være en mulighed. Se figur 2 og afsnit 4.5 ift. specialespecifikke præferencer.



Figur 2 2-trins screeningsprocedure

Der er som sådan ikke fastlagt nogle roller og arbejdsgange, men mulige udfaldsrum for handlinger blev beskrevet. Det overordnede udfaldsrum for handlinger vises i figur 3.



Figur 3 Overordnet udfaldsrum for handlinger

4.4 Algoritmer

Algoritmen indikerer kritikalitet i besvarelse af de enkelte items. Dette giver input til en sundhedsfaglig vurdering af hvilken opfølgning, der er mest relevant for patienten.

Der blev ikke besluttet egentlige algoritmer til de enkelte spørgeskemaer. Flere af skemaerne har dog tilhørende scoringsnøgler, se bilag 2.

4.5 Spørgeskema

Forskellige mulige spørgeskemaer til brug ved depressionsscreening indenfor de tre somatiske områder blev drøftet. Nedenfor ses de enkelte spørgeskemaer samt deres karakteristika.

Karakteristika	WHO-5 ¹	PHQ 2-items ²	MDI ³ 2-items	HADS ⁴	Edinburgh postnatal depression scale ⁵	Gotland male depression scale
Antal spørgsmål	5	2	2	14	10	13
Vindue	2 uger	2 uger	2 uger	7 dage	7 dage	1 måned
Kan anvendes til screening	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Diagnostisk skala (ICD-10 eller DSM-5)	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sensitivitet	86 %	83 %	91 %	81 %	75-82 %	
Specifitet	81 %	92 %	87 %	54 %	89+ %	
OBS vedr. køn	Ingen målrettethed mod køn		Ingen målrettethed mod køn		Forskellig cut-off for mænd og kvinder	Målrettet mænd
Kan anvendes som outcome-mål	Ja	Ja (PHQ-9)	Ja (MDI)			
Anvendes allerede på målgruppen i DK	PRO-apopleksi, VBS psykiatri, RH gravide, RKKP-PRO i psykiatrien		MDI depression i psykiatrien	Hjerte-rehabilitering (RKKP)	Sundhedsplejersker /Praktiserende læger /hospitaller /Projekt Bedre opsporing af fødselsdepression	Projekt bedre opsporing af fødselsdepression

Efterfølgende blev det diskuteret i tre grupper; en for hvert af de tre somatiske indsatsområder.

¹ Kilder: CW Topp, SD Østergaard, S Søndergaard, P Bech, 2015; Bech P., Austin SF., Lau ME., 2017;

² Kilder: Kurt Kroenke et.al., 2003; Mike Horton, Amanda E. Perry, 2016; Charles F. Reynolds, Vikram Patel, 2017

³ Kilder: MG Nielsen, E Ørnbøl, P Bech. M Vestergaard, KS Christensen, 2017; Ellervik et al., 2014

⁴ Kilder: Hjerteforeningen.dk; Kara Zivin Bambauer, et.al., 2005

⁵ Kilder: Elizabeth O'Connor, PhD; Rebecca C. Rossom, MD, MSCR; Michelle Henninger, PhD; Holly C. Groom, MPH; Brittany U. Burda, MPH, 2016

4.5.1 Opsamling af diskussion – *apopleksi*

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ OK fra patientperspektiv + Høj sensitivitet, bredt redskab (trivsel) + ikke kønsspecifik + Anvendt og velkendt (også v/forskning) + Anvendt til ældre	- Skal ikke stå i stedet for aktiviteter, man i forvejen udfører - To trin kan være som drop-down - Ingen evidens for det ene eller det andet inden for apopleksi	- WHO-5 kræver et efterfølgende trin 2, hvis der screenes positivt - Evt. direkte til diagnostik, hvis man opfylder visse kriterier for forhøjet risiko - De sværest ramte patienter er måske i højeste risiko for depression, men samtidig dem, der i mange tilfælde ikke er i stand til at udfylde skema. Vigtigt at være OBS på dem også (udenfor PRO-regi)
MDI-2	+ Indeholder de centrale spørgsmål for depression - MDI kunne være både trin 1 og 2, men WHO-5 måler også andre ting, måske bedre til mænd?	- OBS på hvad skyldes depression vs. Strokesymptomer — afklaring efter screening og symptomtælling ved diagnose - Der findes ikke i forvejen et nationalt redskab	
PHQ	- Mangel på viden og erfaring - Indeholder ikke kernesymptomer - Lav specificitet		
HADS	- Mangler items for depression - Lav sensibilitet og specificitet. 20 % "smutter" igennem - Langt skema		
EPDS	Ikke relevant for apopleksipatienter		
Gotland	Ikke relevant for apopleksipatienter		

Konklusion apopleksi:

- Trin 1: WHO-5 eller MDI-2. Trin 2: MDI-2 hvis WHO på trin 1.
- Hvis der screenes positivt på MDI-2 skal det føre til en klinisk vurdering

4.5.2 Opsamling af diskussion – *hjerterehabilitering*

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ Kort, positivt + Patientvenligt, nemt at forstå + Patienter vil gerne give info videre + Sumscore - CAD? - Hvad synes klinikere, er det for 'fluffy'? - Somatiske spørgsmål i skemaet (confounding)	Bør afprøves og evalueres før bred implementering 81 % specificitet	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
MDI-2	+ Dansk materiale + Rammer kernesymptomer for depression - Manglende målingsinvarians - Dobbeltspørgsmål - Somatiske spørgsmål i skemaet (confounding)	OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 + 2 (kan stå alene) Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
PHQ	+ Kort skema - Negativt - Flere spørgsmål i ét - Problemer med respons skala (+ wording — risiko for bias)	OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
HADS	- Rammer ikke kernesymptomer for depression - Flere spørgsmål i ét + Patientvenlig + Bliver brugt i CAD praksis Angst/depression — pros/cons	Stort materiale på vej + manualer Velimplementeret i praksis OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
EPDS	- Blanding af positive og negative spørgsmål - Ingen kernesymptomer for depression - Ingen data CAD - Svarkategorier skifter - Evidensdata er på gravide		Anbefales ikke
Gotland	Data på mænd og kvinder skal gøres op - Triple-spørgsmål i items - "Noget rod"	Mangler	Anbefales ikke

Opmærksomhedspunkter generelt:

- Ingen screening uden efterfølgende klinisk vurdering og behandling
- Tidspunkt for screening bestemmes ift. sygdommen
- "Hjerterehabilitering" er en broget gruppe, både akutte og kroniske patienter
- Ift. setup, overvej sundhed.dk/venteværelse/e-boks med spørgeskemavindue
- Det er vigtigt med kompetenceudvikling – at klæde det sundhedsprofessionelle personale på til opgaven
- Man kan på hjerteområdet i en periode vedlægge WHO-5 og MDI-2 til HADS for derved at se forskel i screeningsdata og derigennem få belyst forskelle i anvendelighed

Konklusion hjerterehabilitering:

- Ingen egentlig anbefaling, men der er præference for enten MDI-2 eller WHO-5 på trin 1, efterfulgt af den fulde MDI på trin 2

4.5.3 Opsamling af diskussion – graviditet, fødsel, barsel

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ Well being skala, positive spørgsmål til første møde + Høj sensitivitet + Kan bruges som effektmål + Oversat til mange sprog - "Spild af tid", hvis man også bruge EPDS?	- Anvendes elektronisk på Rigshospitalet, Hillerød og Odense: Visitering via telefon. 30 % flere gravide identificeret via spørgeskema. Besvarelsesprocent: 87, kun 1 % missing	Trin 1
MDI-2	+ Høj sensitivitet og specificitet + Kort skema		Evt. sammen med EPDS i samme trin eller efter EPDS i trin 2.
PHQ		Copyright Pfizer?	
HADS	- Primært angst fremfor depression	Ej relevant hos gravide	
EPDS	+ Kan bruges mange gange i forløbet + Mest afprøvede redskab blandt gravide + Tilpasset gravide/barsel + Mange uddannede i redskabet + Oversat til mange sprog +/- Specifikt for gravide, dvs. risiko for andet screeningsredskab ved andre samtidige sygdomme - Langt skema, (dog høj svarprocent)	Anvendes postnalt i dag i mere end 50 kommuner. Skal man ændre på noget velfungerende? Søvnspørgsmål udelukket On-going studie med screening med EPDS i GA (gestationsalder) 24 hos egen læge Kan også anvendes til mænd med anden cut-off	Trin 1 alene ELLER Trin 2 efter WHO-5 ELLER Trin 1 + MDI-2
Gotland	Måltrettet mænd	Fanger 14-20 % flere mænd	

Hos gravide: OBS på relationsudvikling. Husk "barnet i centrum".

Konklusion graviditet/fødsel/barsel:

- EPDS+MDI-2 som trin 1.

4.5.4 Samlet overblik over de tre indsatsområder:

Apopleksi	Hjerterehabilitering	Gravide/Barsel
Trin 1: WHO-5 Trin 2: MDI-2	Trin 1: WHO-5 eller MDI-2 Trin 2: hele MDI	Trin 1: EPDS+MDI-2

Opsamling:

- Alle tre grupper peger på MDI-2 som et redskab, der bør anvendes i forbindelse med screening for depression
- Der er ligheder mellem Apopleksi- og Hjerterehabiliteringsgruppen
 - Begge har præference for WHO-5 og MDI-2
 - Begge peger på WHO-5 som redskab til trin 1

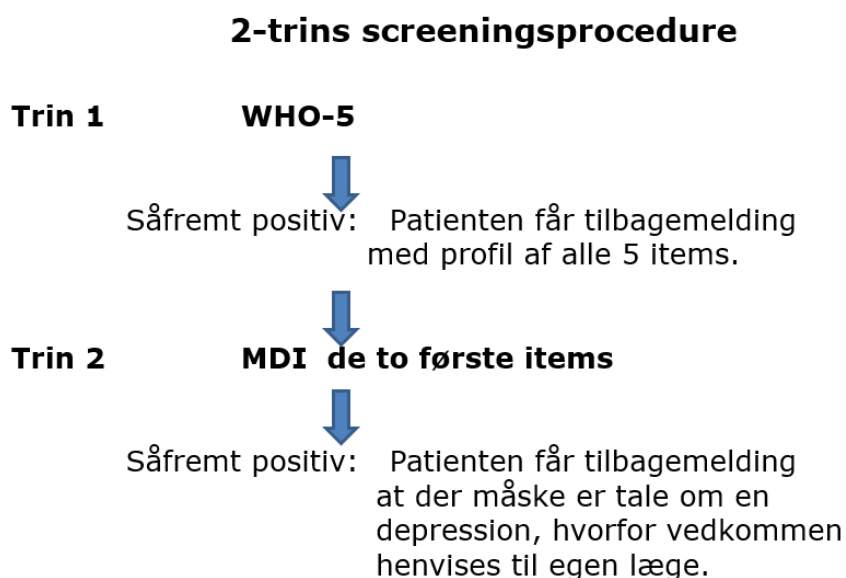
- Hjerterehabilitering peger på anvendelse af hele MDI i trin 2 for derved at få et diagnostisk redskab i anvendelse
- Indenfor Hjerterehabilitering er HADS screening implementeret i praksis og data bliver rapporteret ind i Dansk Hjerterehabiliterings Database. Der er desuden pågået et stort arbejde med udarbejdelse af manualer, baggrundsrapport samt vodcasts med folk fra praksis
- Man kan på hjerteområdet i en periode vedlægge WHO-5 og MDI-2 til HADS for derved at se forskel i screeningsdata og derigennem få belyst forskelle i anvendelighed
- Gravide/Barsel anbefaler EPDS kombineret med MDI-2
- Grundet manglende forskning om de forskellige skemaers anvendelighed ift. hinanden på hvert af de tre områder, vil arbejdsgruppemedlemmerne ikke give en egentlig anbefaling til valg af skema, og indikerer derfor i stedet en præference. Evaluering af igangværende projekter bør tages med i overvejelserne før endelig anbefaling

4.5.4.1 Psykiatriens præferencer

Fra psykiatriens side var man overvejende enige i værdien af screening, procedure og redskaber til dette.

I de PRO-projekter der allerede eksisterer indenfor psykiatrien er WHO-5 et redskab, der anvendes i alle 3 projekter (RKKP, Værdibaseret styring og Region Hovedstaden).

Der er ligeledes god evidens for 2 trins-screeningsprocedure med WHO-5 og MDI, som foreslået af professor Per Bech:



Figur 4 Forslag til 2-trins screeningsprocedure

5. Roller og arbejdsgange

Der blev identificeret en række mulige opmærksomhedspunkter ifm. roller og arbejdsgange. Nedenfor er skitseret de udfordringer og forslag til løsning (i noteform), som grupperne kom frem til. Udfordringer og løsningsforslag vil blive inddraget fremadrettet i arbejdet med udvikling af spørgeskemaer og anvendelsen af disse indenfor de enkelte indsatsområder.

Apopleksi

Udfordring	Forslag til løsning
Forskelle i praksis: Hvornår indsamles data i samarbejde med klinikken og evt. øvrige aktører i ordre i fleksibilitet i løsningsdesignet	Midler til opfølgning
Data skal opsamles på tidspunkter, der giver mening i opfølgning	Beslutning om, hvem, der følger op
Sektorudsyn - hvem ser data set fra patientvinkel	Beslutning om hvilke faggrupper (tværsektorielt), der ser og anvender data til hvad
Hvis behov for baseline - hvem sørger for det?	

Hjerterehabilitering

Udfordring	Forslag til løsning
Behov for kompetencer blandt sundhedspersonale	Uddannelse og ressourcer
Behov for manualer til, hvordan screeningsopgaven og håndteringen af skemaer og besvarelse gribes an	Ressourcer og brugerorienteret design
Behov for teknologisk løsning på tværs af sektorer og ml. patient og sundhedsvæsen	Sundhed.dk, integration til journalsystemer
Behov for handleplan for behandlingstiltag	Ressourcer, integration af care across sectors i kulturændring
Stigmatisering på patientsiden	Integration af psyk og soma = signalværdi
Social ulighed og sårbarhed	Psykologer på somatiske afdelinger
Risiko for fokus på måling og tal i samtalen "bliver væk"	Screening skal altid efterfølges af uddybende samtale

Graviditet/fødsel/barsel

Udfordring	Forslag til løsning
Hvis nogen får udleveret skema, men der ikke bliver fulgt op sundhedsfagligt	Ressourcer til opfølgning og behandling
Tidspunkt for screening	Tidligt i 1. trimester af svangerskab
Videndeling mellem sektorer	Koordinering af det enkelte forløb - samarbejdsaftaler mellem sektorer
Er der ingen ressourcer til opfølgning på 1. screening	Ressourcer/Økonomi
Varianter i kvalitet og omhu hos praktiserende læger	Kvalitetsløft
Hvem skal screenes - primær eller sekundær sektor?	?
Er der kapacitet til psykologisk behandling?	Økonomi
Lav score, som ikke skyldes depression	?

5.1 Øvrige opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Vedrørende PRO-skemaer og deres besvarelse

- Ingen screening uden efterfølgende klinisk vurdering og behandling
- Tidspunkt for screening bestemmes ift. sygdommen / de respektive områder
- Opmærksomhed på, om der er tale om tilpasningsreaktioner eller sygelig depression (dette bl.a. afhængig af spørgetidspunkt). Begge dele er relevante idet fokus er på at identificere patienter med brug for hjælp
- Patienter forventer helt klart, at svar bliver anvendt i næste samtale – ikke kun en samlet score – de vil ofte gerne uddybe
- Opmærksomhed vedrørende eventuelle problematikker vedr. stigmatisering ifm. deling af data

Vedrørende organisering og ressourcer

- Opmærksomhed på "bagsiden af PRO-medaljen", herunder praktiske udfordringer med implementering af nye arbejdsgange og ressourcer hertil
- Opmærksomhed på eventuelle problematikker vedr. ressourcer til efterfølgende tilbud på tværs af sektorer
- Implementering skal være meningsfuld for daglig praksis – her særlig opmærksomhed på kobling til egen læge (der findes praktiske erfaringer om dette inden for hjerterehabilitering)
- Det er vigtigt, at der er rette kompetence og ressourcer hos den, der skal håndtere besvarelsen. Der er behov for træning og kompetenceudvikling
- Fokus på at skabe / bevare sammenspil med forløbskoordinatoren for optimal sammenhæng i patientforløb

- Ift. teknisk setup / anvendelse: overvej sundhed.dk/venteværelse/e-boks med spørgeskemavindue
- Der var en generel opfattelse af, at praksis-sektoren burde have været repræsenteret, ift. at patienterne bliver henvist dertil for videre udredning og diagnosticering.
Der var en bekymring for at nogle patienter ville blive afvist af deres praktiserende læge, fordi de praktiserende læger ikke havde deltaget i arbejdet, men man blev enige om at anvendelse af spørgeskemaer skal ses som et screeningsværktøj til hospitalerne, og at de praktiserende læger har mulighed for at se patienternes svar, såfremt de ønsker det.

6. Det videre forløb

I forbindelse med **apopleksi** vil gruppens anbefalinger blive taget med i spørgeskemaet for apopleksi, som testes for indhold og relevans med patienter i december 2017 og januar 2018. Endelig pilottest af selve spørgeskemaet er planlagt til at starte 1. maj 2018, hvor it-infrastrukturen er på plads.

I forbindelse med **hjerterehabilitering** er Ann-Dorte Zwisler udpeget til formand og den kommende gruppe, som forventes at starte op i foråret 2018. Anbefalinger fra den kliniske koordinationsgruppe indenfor screening af depression vil blive inddraget i dette arbejde.

I forbindelse med **graviditet/barsel** er der endnu ikke udpeget en formand, men gruppen forventes at starte op i foråret 2018. Anbefalinger fra den kliniske koordinationsgruppe indenfor screening af depression vil blive inddraget i dette arbejde.

Resultaterne fra de enkelte pilottest vil blive sendt ud til gruppens deltagere, når disse foreligger. Såfremt der er behov for det, vil der blive arrangeret en workshop, hvor resultaterne kan drøftes.

7. Bilagsoversigt

Bilagsnummer	Bilagstitel	Format
1	<i>Opsamlingsslides</i>	<i>Word</i>
2	<i>Spørgeskemaer</i>	<i>PDF, vedhæftet</i>
3	<i>Kommissorium for den kliniske koordinationsgruppe</i>	<i>Word</i>
4	<i>Deltagerliste</i>	<i>Word</i>
5	<i>Slides fra forworkshop</i>	<i>Word</i>

7.1 Bilag 1



Arbejdsgruppens formål

- › **Formål:** "Formålet med koordinationsgruppen er at udvikle et standardiseret sæt af spørgsmål til depressionsscreening indenfor apopleksi, graviditet og barsel samt . Koordinationsgruppen skal først og fremmest sikre, at de spørgsmål, der fastlægges, opleves som værende meningsfulde for patient og kliniker i den kliniske kontakt."
(Arbejdsgruppens kommissorium)
- › **Screening** er en procedure til tidlig opsporing af skjulte sygdomme i en afgrænset befolkningsgruppe. Screening anvendes med henblik på at påbegynde en tidlig behandling af alvorlige sygdomme
(Gyldendal, Den store Danske og Kliniske retningslinjer for depressionsscreening hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats)



Brugen af PRO-data

Aktiv PRO

Bruges altid i den **direkte patientbehandling** til at forbedre individuelle forløb og sikre egeninddragelse i behandlingen. Svar kan efterfølgende bruges i kvalitetsarbejde og forskning.

Passiv PRO

Ved passiv PRO oplever patienten ikke direkte at svarene anvendes. Bruges alene i **kvalitetsojemed** til kvalitetsudvikling, styring og forskning

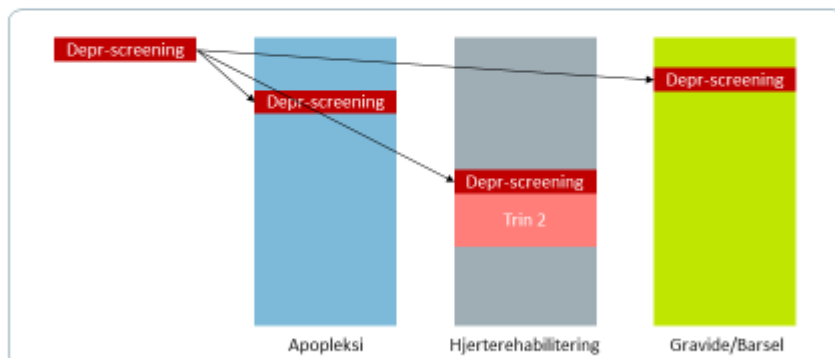
"Man bliver ikke slankere af at veje sig tit"

Jim Hagemann Snabe,
CEO Mærsk



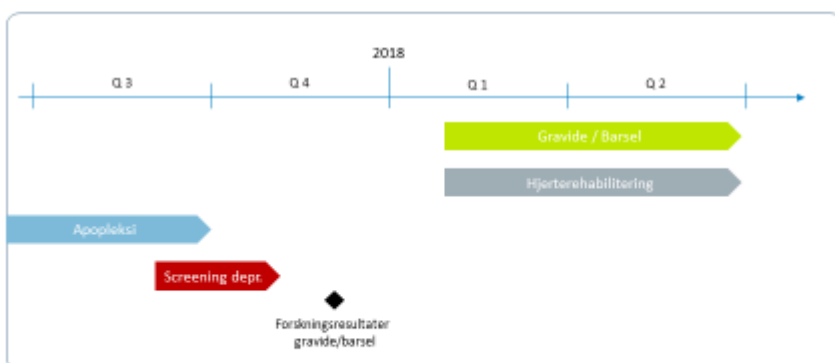
Delmængde af samlet PRO-skema

- Tanken er, at screeningsredskabet skal indgå som en del af en mængde andre spørgsmål i de samlede PRO-skemaer på de forskellige sygdomsområder
- Måletidspunktet fastlægges i de sygdomsspecifikke PRO-skemaer, som screeningsredskabet skal indgå som en del af. Eventuelle anbefalinger fra denne arbejdsgruppes vil blive videreformidlet
- Rent praktisk kan man forestille sig, at trin 2 automatisk folder ud, hvis der screenes positivt på trin 1, og at begge trin således gennemføres i samme omgang



Overblik over områders PRO-forløb

- Apopleksiforløbet er gennemført – her er anbefalet WHO-5 som *trivselsindeks*. Depressionsscreening var ikke på dagsordenen
- Gravide / Barsel og har de første workshops i PRO-regi i februar 2018
- Forskningsresultater fra 7000 screeninger under graviditet og barsel foreligger ultimo november 2017



Rejste problematikker ift. arbejdsprocessen

Vedrørende evidensen for de redskaber, gruppen diskuterer og skal vælge mellem:

- > Fordele/ulempes ved screening af depression ift. de tre områder: Apopleksi, og graviditet og fødsel. Hvad siger forskningen ift. - om man får fat i de patientforløb, hvor det går galt?
 - Fordele/ulempes ved generiske hhv. specifikke skemaer
 - Fordele/ulempes ved de forskellige skemaer
 - Fordele/ulempes ved at have et eller to trin/screeningspunkter
- > Viden om konsekvenserne af tidspunktet for screening

Vedrørende sammenhæng til Sundhedsstyrelsens anbefalinger:

- > Indenfor, anbefaler de kliniske retningslinjer HADS – hvordan håndteres en eventuel anden anbefaling fra denne arbejdsgruppe?

Vedrørende arbejdets længde:

- > Bekymring for at den planlagte tid er for kort til at inddrage den tilstrækkelige mængde relevante forhold og erfaringer

Vedrørende inddragelse af PLO:

- > Kan arbejdsgruppen komme med anbefalinger, der implementeres hos praktiserende læger?

- > Publikationer fremsendt og overblik etableret
- > OBS vedr. sammenhæng til øvrig PRO-items
- > Se svar fra SST på næste slide
- > Arbejdsgruppen har valgt ikke at forlænge processen. Videre arbejde i de respektive sygdomsområder
- > PLO er udpeget, men har været optaget af forhandlinger

Svar fra Sundhedsstyrelsen vedr. HADS

Solveig Forberg Axelsen

Akademisk medarbejder, MPH

Medlem af Styregruppen for Det Nationale PRO-arbejde

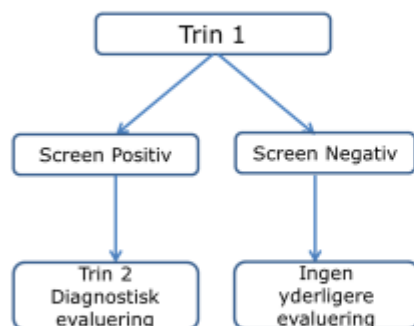
"Så vidt jeg kan se i NKR om er brug af HADS bare en mulighed, men at man skal sikre sig, at instrumenter er validerede:

Tekst fra side 32:

"Arbejdsgruppen understreger vigtigheden af, at man ved opsporing af angst og depression sikrer henvisning til relevant fagperson (psykolog/egen læge/psykiater), så en relevant behandling kan komme i gang så hurtigt som muligt, således at eventuel angst eller depression ikke forhindrer patienten i at deltage eller drage fordel af rehabiliteringsforløbet. Der opfordres til opsporing allerede i begyndelsen af rehabiliteringsforløbet, og at proceduren gentages, da angst og depression også kan opstå på et senere tidspunkt i forløbet. Til opsporing af angst og depression hos voksne personer med hjertesygdom bør validerede instrumenter anvendes, eksempelvis Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (70)."

Hvis arbejdsgruppen for PRO beslutter at anbefale et andet instrument, er det vel i så fald ikke nødvendigvis på kollisionskurs med NKR, så længe, at det er valideret."

2-trins screeningsprocedure



➤ Trin 1: I forbindelse med screening er **sensitivitet** vigtig — høj sensitivitet betyder at redskabet er godt til at finde de syge patienter. På dette niveau vil vi hellere finde for mange end for få

➤ Trin 2: **Specificitet** — her stilles diagnosen og de "falsk-positive" sorteres fra. En høj specificitet angiver at metoden er god til at "frikende" de raske personer

Oplæg til valg af redskaber

Karakteristika	WHO-5	PHQ-2-items	MDI-2-items	HADS	Edinburgh postnatal depression scale	Gotland male depression scale
Antal spørgsmål	5	2	2	14	10	13
Vindue	2 uger	2 uger	2 uger	7 dage	7 dage	1 måned
Kan anvendes til screening	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Diagnostisk skala (ICD-10 eller DSM-5)	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Sensitivitet	86 %	83 %	91 %	81 %	75-82 %	
Specificitet	81 %	92 %	87 %	54 %	89+ %	
OBS vedr. køn	Ingen målrettedhed mod køn		Ingen målrettedhed mod køn		Forskellig cut-off for mænd og kvinder	Målrettet mænd
Kan anvendes som outcome-mål	Ja	Ja (PHQ-9)	Ja (MDI)			
Anvendes allerede på målgruppen i DK	PRO-apopleksi, VBS psykiatri, RH gravide, RKKP-PRO i psykiatrien		MDI depression i psykiatrien	Hjerterehabilitering (RKKP)	Sundhedsplejersker /Praktiserende læger /hospitaller /Projekt Bedre opsporing af fødselsdepression	Projekt bedre opsporing af fødselsdepression

Kilder WHO-5: CW Topp, SD Østergaard, S Søndergaard, P Bech, 2015; Bech P., Austin SF., Lau ME., 2017;

Kilder PHQ: Kurt Kroenke et al., 2003; Mike Horton, Amanda E. Perry, 2016; Charles F. Reynolds, Vikram Patel, 2017

Kilder MDI: MG Nielsen, E Ørnbøl, P Bech, M Vestergaard, KS Christensen, 2017; Ellervik et al., 2014

Kilder HADS: Hjerteforeningen.dk; Kara Zivin Bambauer, et al., 2005

Kilder EPDS: Elizabeth O'Connor, PhD; Rebecca C. Rossom, MD, MSCR; Michelle Henninger, PhD; Holly C. Groom, MPH; Brittany U. Burda, MPH , 2016

Opsamling af diskussion, Apopleksi

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ DK fra patientperspektiv + Høj sensitivitet, bredt redskab (trivsel) + Ikke kønspecifik + Anvendt og velkendt (også i forskning) + Anvendt til ældre	- Skal ikke stå i stedet for aktiviteter, men i forvejen udfører - To trin kan være som dropdown - Ingen evidens for det ene eller det andet inden for apopleksi	- WHO-5 kræver et efterfølgende trin 2, hvis der screenes positivt - Evt. direkte til diagnostik, hvis man opfylder visse kriterier for forhøjet risiko - De sværest ramte patienter er måske i højeste risiko for depression, men samtidig dem, der i mange tilfælde ikke er i stand til at udfylde skema. Vigtigt at være OBS på dem også (udenfor PRO-regi)
MDI-2	+ Indeholder de centrale spørgsmål for depression MDI kunne være både trin 1 og 2, men WHO-5 måler også andre ting, måske bedre til mænd?	- OBS på hvad skyldes depression vs. Strokesymptomer – afklaring efter screening og symptombehandling ved diagnose - Der findes ikke i forvejen et nationalt redskab	
PHQ	- Mangel på viden og erfaring - Indeholder ikke kernesymptomer - Lav specificitet		
HADS	- Mangler items for depression - Lav sensitivitet og specificitet 20 % "smutter" igennem - Længt skema		
EPDS	Ikke relevant for apopleksi-patienter		
Gotland	Ikke relevant for apopleksi-patienter		

Konklusion Apopleksi: Trin 1: WHO-5 eller MDI-2. Trin 2: MDI-2 hvis WHO på trin 1.
Hvis der screenes positivt på MDI-2 skal det føre til en klinisk vurdering

Opsamling af diskussion, Hjerterehabilitering 1/2

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ Kort, positivt + Patientvenligt, nemt at forstå + Patienter vil gerne give info videre + Sumscore - CAD? - Hvad synes klinikerne – er det for 'bluffy'? - Somatiske spørgsmål i skemaet (confounding)	Bør afprøves og evalueres før bred implementering 81 % specificitet	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
MDI-2	+ Dansk materiale + Rammer kernesymptomer for depression - Manglende målingsinvarians - Dobbeltspørgsmål - Somatiske spørgsmål i skemaet (confounding)	OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 + 2 (kan stå alene) Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
PHQ	+ Kort skema - Negativt - Flere spørgsmål i ét - Problemer med respons skala + wording – risiko for bias	OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling
HADS	- Rammer ikke kernesymptomer for depression - Flere spørgsmål i ét + Patientvenlig + Bliver brugt i CAD praksis Angst/depression – pros/cons	Stort materiale på vej + manualer Velimplementeret i praksis OBS på formidling ift. signalværdi omkring depression overfor patienten	Trin 1 Kræver efterfølgende klinisk vurdering/dialog og evt. behandling

Opsamling af diskussion, Hjerterehabilitering 2/2

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
EPDS	- Blanding af positive og negative spørgsmål - Ingen kernesymptomer for depression - Ingen data CAD - Sværkategorier skifter - Evidensdata er på grænsen		Anbefales ikke
Gotland	- Data på mænd og kvinder skal gøres op - Triple-spørgsmål i items - "Noget rod"	Mangler	Anbefales ikke

Opmærksomhedspunkter generelt:

- Ingen screening uden efterfølgende klinisk vurdering og behandling
- Tidspunkt for screening bestemmes ift. sygdommen
- "Hjerterehabilitering" er en broget gruppe, både akutte og kroniske patienter
- Ift. setup, overvej sundhed.dk/venteværelse/a-boks med spørgeskemavindue
- Det er vigtigt med kompetenceudvikling – at klæde det sundhedsprof. personale på til opgaven
- Man kan på hjerterområdet i en periode vedlægge WHO-5 og MDI-2 til HADS for derved at se forskel i screeningsdata og derigennem få belyst forskelle i anvendelighed

Konklusion Hjerterehabilitering: Ingen egentlig anbefaling, men der er præference for enten MDI-2 eller WHO-5 på trin 1, efterfulgt af den fulde MDI på trin 2

Opsamling af diskussion, Gravide/barsel

Redskab	Fordele og ulemper	Noter / OBS	1 eller 2 trin
WHO-5	+ Well-being skala, positive spørgsmål til første møde + Høj sensitivitet + Kan bruges som effektmål + Oversat til mange sprog - "Spild af tid", hvis man også bruger EPDS?	- Anvendes elektronisk på Rigshospitalet, Hillerød og Odense: Visitering via telefon. 50 % flere gravide identificeret via spørgeskema. Besvarelsesprocent: 87, kun 1 % missing	Trin 1
MDI-2	+ Høj sensitivitet og specificitet + Kort skema		Ext. sammen med EPDS i samme trin eller efter EPDS i trin 2.
PHQ		Copyright Pfizer?	
HADS	- Primært angst frem for depression	Ej relevant hos gravide	
EPDS	+ Kan bruges mange gange i forløbet + Mest afprøvet redskab blandt gravide + Tilpasset gravide/barsel + Mange uddannede i redskabet + Oversat til mange sprog +/- Specifikt for gravide, dvs. risiko for andet screeningsredskab ved andre samtidige sygdomme - Længt skema, (dog høj svarprocent)	Anvendes postnatalt i dag i mere end 50 kommuner. Skal man ændre på noget velfungerende? Svært spørgsmål udelukket Ongoing studie med screening med EPDS i GA (gestationsalder) 24 hos egen læge Kan også anvendes til mænd med anden cut-off	Trin 1 alene ELLER Trin 2 efter WHO-5 ELLER Trin 1 + MDI-2
Gotland	Målnettet mænd	Fanger 14-20 % flere mænd	

Hos gravide: OBS på relationsudvikling. Husk "barnet i centrum".

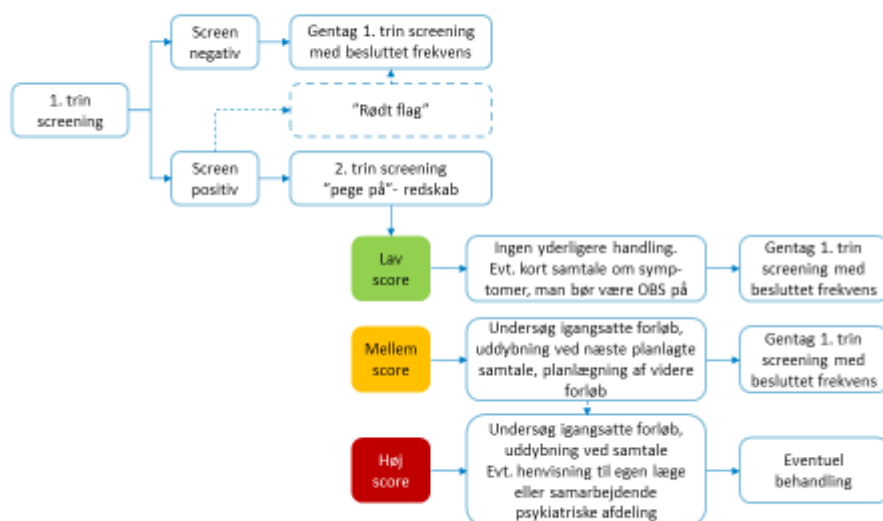
Konklusion Gravide/Barsel: EPDS+MDI-2 som trin 1.

Overblik konklusioner fra de tre grupper

Apopleksi	Hjerterehabilitering	Gravide/Barsel
Trin 1: WHO-5 Trin 2: MDI-2	Trin 1: WHO-5 eller MDI-2 Trin 2: hele MDI	Trin 1: EPDS+MDI-2

- Alle tre grupper peger på MDI-2 som et redskab, der bør anvendes i forbindelse med screening for depression
- Der er ligheder mellem Apopleksi- og Hjertegruppen
 - Begge har præference for WHO-5 og MDI-2
 - Begge peger på WHO-5 som redskab til trin 1
 - Hjerterehabilitering peger på anvendelse af hele MDI i trin 2 for derved at få et diagnostisk redskab i anvendelse
- Gravide/Barsel anbefaler EPDS kombineret med MDI-2
- Grundet manglende forskning om de forskellige skemaers anvendelighed ift. hinanden på hvert af de tre sygdomsområder, vil arbejdsgruppemedlemmerne ikke give en egentlig anbefaling til valg af skema, og indikerer derfor i stedet en præference. Evaluering af igangværende projekter bør tages med i overvejelserne før endelig anbefaling
- Man kan på hjerteområdet i en periode vedlægge WHO-5 og MDI-2 til HADS for derved at se forskel i screeningsdata og derigennem få belyst forskelle i anvendelighed

Overordnet udfaldsrum for handlinger



OBS vedr. roller og arbejdsgange

Udfordring	Forslag til løsning
Behov for kompetencer blandt sundhedspersonale	Uddannelse og ressource
Behov for manuel til, hvordan screeningsopgaven og håndteringen af skærme og besvarelse gribes an	Ressourcer og brugerorienteret design
Behov for teknologisk løsning på tværs af sektorer og ml. patient og sundhedsvæsen	Sundhed.dk, integration til journalsystemer
Behov for handlingsplan for behandlingstilgang	Ressourcer, integration af tværs across sektors -> kulturlænding
Stigningsorden på patientsiden	Integration af psyk og soma -> signaliseret
Social ulighed og sårbarhed	Psykoletter på somatiske afdelinger
Risiko for fokus på måling og tal -> samtalen "bliver væk"	Screening skærmtid efterfølges af uddybende samtale

Hjerterehabilitering

Udfordring	Forslag til løsning
Hvis nogen får udleveret skema, men der ikke bliver fulgt op sundhedsfagligt	Ressourcer til opfølgning og behandling
Tidspunkt for screening	Tidligt / <12 uger svangerskab
Vidensdeling mellem sektorer	Koordination af det enkelte forløb - samarbejdsaftaler mellem sektorer
Pt. ingen ressource til opfølgning på 1. screening	Ressource/Økonomi
Variens i kvalitet og omhu hos praktiserende læger	Kvalitetsdelt
Hvem skal screene - primær eller sekundær sektor?	?
Er der kapacitet til psykologisk behandling?	Økonomi
Lav score, som ikke skyldes depression	?

Gravide / Barsel

Udfordring	Forslag til løsning
Forskelle i praksis: hvordan indsamles data (ft. samspil med klinikken og evt. øvrige aktører forberedelse i læringsdesignet)	Midler til opfølgning
Data skal opsamlles på tidspunkter, der giver mening (ft. opfølgning)	Beslutning om, hvem, der følger op
Sektionsudvalg - hvem ser data - set fra patientvinkel	Beslutning om hvilke faggrupper (tværsektorielt), der ser og anvender data til hvad
Hvis behov for baseline - hvem sætter for det?	

Apopleksi

OBS-punkter og anbefalinger i øvrigt

Vedrørende PRO-skemaer og deres besvarelse

- > Ingen screening uden efterfølgende klinisk vurdering og behandling
- > Tidspunkt for screening bestemmes ift. sygdommen / de respektive områder
- > Opmærksomhed på, om der er tale om tilpasningsreaktioner eller sygelig depression (dette bl.a. afhængig af spørgetidspunkt). Begge dele er relevante idet fokus er på at identificere patienter med brug for hjælp
- > Patienter forventer helt klart, at svar bliver anvendt i næste samtale – ikke kun en samlet score – de vil ofte gerne uddybe
- > Opmærksomhed vedrørende eventuelle problematikker vedr. stigmatisering ifm. deling af data

Vedrørende organisering og ressourcer

- > Opmærksomhed på "bagsiden af PRO-medaljen", herunder praktiske udfordringer med implementering af nye arbejdsgange og ressourcer hertil
- > Opmærksomhed på eventuelle problematikker vedr. ressourcer til efterfølgende tilbud på tværs af sektorer
- > Implementering skal være meningsfuld for daglig praksis – her særlig opmærksomhed på kobling til egen læge (der findes praktiske erfaringer om dette inden for hjerterehabilitering)
- > Det er vigtigt, at der er rette kompetence og ressourcer hos den, der skal håndtere besvarelsen. Der er behov for træning og kompetenceudvikling
- > Fokus på at skabe / bevare sammenspil med forløbskoordinatoren for optimal sammenhæng i patientforløb
- > Ift. teknisk setup / anvendelse: overvej sundhed.dk/venteværelse/e-boks med spørgeskemavindue

Næste skridt

- > Om en uge
 - Workshoppens output sendes til deltagerne for kommentering
- > Senest 2. november
 - Deltagere har haft materialet til debat 'derhjemme' og sendt kommentarer til PRO-sekretariatet. PRO-sekretariatet sørger for opsamling og udsendelse til hele gruppen
- > Derefter planlægning af videre forløb



Tak for i dag!

Behov for kontakt?

- Sanne Jensen
SAJE@sundhedsdata.dk
9133 4807
- Trine Honnens de Lichtenberg
TRHL@sundhedsdata.dk
9133 4808



7.2 Bilag 2

Se vedhæftet PDF dokument

7.3 Bilag 3

Kommissorium for klinisk koordinationsgruppe – Depression

Titel	Kommissorium for klinisk koordinationsgruppe – Depression
Dato og version	D. 2.maj 2017 version 1
Godkendelse	Godkendt af den nationale arbejdsgruppe for PRO
Sekretariat	PRO-sekretariatet sekretariatsbetjener den kliniske koordinationsgruppe og er ansvarlig for indkaldelser, dagsorden og referat. Kontakt: PROsekr@sundhedsdata.dk - Sanne Jensen tlf. 91 33 48 07

Baggrund for arbejdet	Regeringen, Danske Regioner (DR) og Kommunernes Landsforening (KL) blev med økonomiaftalen 2017 enige om at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal understøtte en standardiseret og bred anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) i alle sektorer i det danske sundhedsvæsen. PRO-arbejdet tager udgangspunkt i patienten og dennes forløb, og data skal bruges aktivt i mødet mellem patient og sundhedsperson. Det er derfor vigtigt, at der tænkes og tilrettelægges tværsektorielt hvor relevant. Et vigtigt led heri er at drive processer for standardisering af PRO-spørgeskemaer, udarbejde faglige retningslinjer for anvendelse og bidrage til videndeling om brug af PRO-data i daglig klinisk praksis og i kvalitetsudvikling. De primære mål med anvendelsen af PRO-data er: • at patienterne oplever større indflydelse på egen behandling, • at klinikerne får et grundlag for en mere fokuseret dialog med patienten. Dernæst er målene, at: • den patientrapporterede effekt af behandlingen dokumenteres, • PRO-data kan bidrage til øget kvalitet i behandlingen af den enkelte patient og indgå som vidensgrundlag i det kliniske kvalitetsarbejde, • behandlingsindsatsen kan prioriteres derhen, hvor værdien opleves som størst af patienterne, • PRO-data kan anvendes til forskningsformål. PRO-data skal indsamles og anvendes på systematisk og standardiseret vis for at sikre, at patienterne får et ensartet, samlet forløb, og for at sikre, at der i sundhedsvæsenets kvalitetsarbejde kan ske anvendelse og sammenligning af PRO-data på tværs af aktører, sektorer og indsatsområder.
------------------------------	---

	Det eksisterer og pågår allerede et omfattende arbejde i Danmark og internationalt, som denne indsats står på og skal drage nytte af.
Koordinationsgrup- pens formål	For det enkelte indsatsområde etableres en klinisk koordinationsgruppe bestående af repræsentanter på tværs af sektorer med ansvar for at identificere og fastlægge relevante spørgeskemaer, fortrinsvis med udgangspunkt i eksisterende – gerne internationale – validerede spørgeskemaer, så der sikres et standardiseret grundlag for at arbejde med PRO-data nationalt. Formålet med koordinationsgruppen er at udvikle et standardiseret sæt af spørgsmål til depressionsscreening indenfor apopleksi, graviditet og barsel samt hjerterehabilitering. Koordinationsgruppen skal først og fremmest sikre, at de spørgsmål, der fastlægges, opleves som værende meningsfulde for patient og kliniker i den kliniske kontakt.
Medlemmerne	Gruppen sammensættes af repræsentanter fra patientforeninger, klinik, kvalitetsarbejde og ledelse: • 1 formand • Evt. 2 - 3 patienter • 1 læge og 1 sygeplejerske fra relevante lægevidenskabelige selskaber indenfor: ○ Apopleksi ○ Hjerterehabilitering ○ Graviditet og barsel (evt. jordmødre) • Dansk selskab for apopleksi: • Dansk neurologisk selskab: • Dansk selskab for neurorehabilitering • Dansk cardiologisk selskab, • Dansk selskab for obstetrik og gynækologi • Jordemoderforeningen • Repræsentanter fra relevante patientforeninger • 3 – 5 regionale repræsentanter fra psykiatrien • 3 - 5 kommunale repræsentanter (eksempelvis: sundhedsplejersker, terapeuter og socialrådgivere) • 3 praktiserende læger • 2 privat praktiserende psykologer • Repræsentant fra Dansk depressionsdatabase • Repræsentant fra Dansk Psykiatrisk selskab • 1 metodespecialist indenfor spørgeskemaer De sundhedsfaglige medlemmer skal have en relevant sundhedsfaglig indsigt og være toneangivende indenfor indsatsområdet. Erfaring

	med anvendelse af PRO-data og spørgeskemaer vil være en fordel. Afhængigt af gruppens sammensætning af kvalifikationer kan sekretariatet inddrage øvrige relevante specialister. Patienterne skal have kendskab til det relevante indsatsområde. Formanden udpeges af DR. Regionerne udpeger egne respektive repræsentanter, og de relevante kliniske databaser og nationale selskaber udpeger selv deres repræsentanter. KL er ansvarlig for udpegningen af de kommunale repræsentanter og PLO har ansvar for udpegning af repræsentanter fra praksissektoren. Patienterne inviteres via relevante patientforeninger og/eller hospitalsafdelinger. Formanden har ansvaret for at lede gruppens møder og arbejde. Formanden skal så vidt muligt sikre, at relevante synspunkter inddrages og afspejles i materialet, tilstræbe konsensus og sikre, at leverancer leveres inden for tidsplanen.
Proces	Arbejdet foregår på 2 workshops af max 6 timers varighed. De 2 workshops afholdes i Odense. Hertil kommer forberedelse og transport. Tidsforbrug til forberedelse er ca. 8 timer for hele forløbet. I fastlæggelsen af spørgeskemaer tages udgangspunkt i eksisterende standardiserede og validerede spørgeskemaer samt i de erfaringer, der allerede måtte være gjort inden for området nationalt og internationalt. Sekretariatet stiller en materialepakke til rådighed som grundlag for gruppens arbejde. Denne vil bl.a. omfatte informationer om regionalt, nationalt og internationalt forarbejde, kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP) og andre for området relevante oplysninger. Workshops faciliteres af sekretariatet, og der arbejdes med følgende områder: • <i>Spørgeskemaer</i> Fastlæggelse af indholdet af PRO-spørgsmålene til patienterne samt svarmuligheder. • <i>Formål og mål</i> <i>Afdækning af formål og mål med at anvende PRO-data før, under og efter behandling, for at målrette standardiseringsarbejdet med PRO-data.</i> • <i>Relevante patientgrupper</i> Udpegning af problemstillinger og eventuelle grupper af patienter indenfor et indsatsområde, hvor PRO-data særligt forventes at kunne gøre en forskel. • <i>Beslutningsstøtte</i>

	Beskrivelse af klinikernes behov for beslutningsstøtte med beskrevne analyse-algoritmer til vurdering af PRO-data. • <i>Arbejdsgange</i> Beskrive den kliniske proces, som PRO-data forventes at indgå i. • <i>Data til kvalitetsudvikling</i> Fastlæggelse af hvilke data, der kan være gavnlige i forhold til de kliniske kvalitetsdatabaser • <i>Brugertest</i> Den kliniske koordinationsgruppe kommer med forslag til brugertest for både klinikere og patienter. • <i>Inspirationsoplæg</i>
Leverancer	Leverancerne for den kliniske koordinationsgruppe er: • Et eller flere nationalt validerede PRO-spørgeskema(er). • En anbefaling til prioritering af hvornår (før, under og efter behandling) det er relevant at benytte PRO-data. • Algoritmer for klinisk beslutningsstøtte og patientstøtte De nationale spørgeskemaer og algoritmer vil blive publiceret og stillet til rådighed i en national infrastruktur og dermed gjort tilgængelige for teknisk implementering i de lokale it-systemer.
Tidsplan	Arbejdet vil ligge i september og oktober måned. De enkelte workshops ligger d. 13/9 og d. 9/10 kl. 9.30 – 15.30.
Godkendelsesproces	Den kliniske koordinationsgruppe afslutter sit arbejde med at indstille udarbejdet spørgeskema(er) og algoritmer til godkendelse i den nationale styregruppe. Deltagerne i den kliniske koordinationsgruppe har ansvar for at sikre, at resultater fra de enkelte workshops er forankret i baglandet. Koordinationsgruppen forventes indkaldt til drøftelse og erfaringsopsamling, når skemaet er testet og afprøvet. Området vil indgå i et kvalitetsloop, hvor det genbesøges og tilpasses på baggrund af erfaringer og ny viden, således at det er relevant og tidssvarende.

Sammenhænge og næste skridt	Når gruppens arbejde foreligger, vil det blive båret ind i det videre arbejde med udbredelse og implementering i databaser og klinisk praksis på tværs af sektorer hvor relevant. Der vil blive fastlagt en proces for udfyldelse, opfølgning og evaluering. Fælles aftaler om PRO-data i tværsektorielle forløb vil så vidt muligt skrives ind i eksisterende og kommende aftaler mellem sundhedsvæsenet aktører, eksempelvis i sundhedsaftalerne og i nationale kliniske retningslinjer.
------------------------------------	--

7.4 Bilag 4

Samlet deltagerliste – Screening for depression

Deltagere

Anette Kjærbye-Thygesen	Overlæge, Dansk selskab for obstetrik og gynækologi
Anne Birgitte Madsen	Sygeplejerske, TCI- og Apopleksiklinikken, Rigshospitalet Glostrup, Region Hovedstaden
Britt Borregaard	Udviklingssygeplejerske, OUH, Region Syddanmark
Charlotte Brix Andersson	Overlæge, Gynækologi, graviditet og fødsel, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Charlotte Gjølrup Pedersen	Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase, post.doc
Claus Havregård Sørensen	Overlæge, OUH, Region Syddanmark
Hanne Kristine Hegaard	Jordemoder, Rigshospitalet, Region Hovedstaden
Jan Ivanouw	Cand. <u>psych.</u> , ph.d. Associeret forsker Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU, medlem af styrelsen i Psykologisk Selskab for Forskningsmetodologi
Janne Kærgård Mortensen	MD ph.d., Dansk Selskab for Apopleksi
Jørgen Feldbæk Nielsen	Læge, Dansk Neurologisk selskab for <u>Neurorehabilitering</u>
Klaus Martiny	Forskningslektor, overlæge, Dansk Psykiatrisk selskab
Lene Kirkegaard Vestergaard	Socialrådgiver, Odense Kommune
Merete Strømning	Privatpraktiserende autoriseret psykolog, Næstformand for Dansk Psykolog forening
Mette Bertelsen Fredsgaard	Kvalitets- og udviklingschef, Region Hovedstaden
Per Bech	Professor, KU og Psykiatri, Region Hovedstaden
Per Meden	Overlæge, Dansk neurologisk selskab
Sanne Eskelund	Sundhedsplejerske, Odense kommune
Sanne Jensen	Projektkoordinator, PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen
Solvejg Kristensen	Ph.d., Projektleder PRO i psykiatrien, Aalborg Universitet, Region Nordjylland
Sune Borregaard	<u>Facilitator, Quorum</u>
Susanne <u>Bech-Hansen</u>	Overlæge, Psykiatrisk klinik, Køge
Susanne Fabricius	Overlæge, Psykiatrien, Region Midtjylland
Susanne S. Pedersen	Professor i Kardiologisk psykologi, Syddansk Universitet, Region Syddanmark
Svend Aage Madsen	Forskningsleder, Rigshospitalet, Region Hovedstaden
Tanja Bonnemose	Sundhedsplejerske, Odense Kommune
Trine Honnens de Lichtenberg	Akademisk medarbejder, PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen
Vibeke de Lichtenberg	Jordemoder, Jordemoderforeningen
Vibeke Heigaard Nielsen	Sygeplejerske, Hvidovre Hospital, Region hovedstaden
Zoltan Kovacs	Overlæge i Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Ann Dorthe Olsen Zwisler	Formand for Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase, professor, overlæge
Mikkel Hessebæk Andreasen	Konsulent, cand.scient.pol., sekretariatsperson ved Dansk Psykolog forening
Susanne Terkelsen	Leder af Esbjerg sundhedscenter, Region Syddanmark

7.5 Bilag 5

Kort referat af for-workshop - mål og deltagere

Mål med dagen:

- › At undgå unødigt overlap indenfor de PRO-projekter, der allerede er i gang, og det kommende nationale standardiseringsarbejde med PRO indenfor angst og depression

Deltagere:

- › Mette Bertelsen, Kvalitets- og udviklingschef, Region Hovedstadens Psykiatri
- › Susanne Bech-Hansen, Overlæge, Psykiatrisk klinik Køge
- › Sebastian Simonsen, Psykolog og ph.d., Psykoterapeutisk Center Stolpegård
- › Per Bech, Klinisk Professor, Region Hovedstadens Psykiatri
- › Solvejg Kristensen, PhD, MHSc, Projektleder PRO i psykiatrien, Aalborg Universitet
- › Odetta Jankuvienė, Overlæge, Psykiatri i Region Nordjylland
- › Heidi Kromann, Socialrådgiver, Gentofte Kommune
- › Sune Borregaard, Quorum og PRO-sekretariatet



1

Kort referat af for-workshop - metode

Kriterier for vægtning af scope for PRO-arbejdet for angst og depression

- › Perspektiv ift. standardisering på tværs af sektorer og landsdele
- › Grad af værdiskabelse i daglig praksis for patienter og behandlere
- › Forstyrrelser i forhold til øvrige igangværende PRO-initiativer

4 mulige scopes blev drøftet:

- › Generisk redskab til screening for depression i psykiatrien
- › Generisk redskab til screening for depression i somatikken
- › Udarbejde landskab med items til national item-bank og anbefalinger til anvendelse af dem
- › Dialogstøtte i praksis – hvornår og hvordan anvendes PRO

Dernæst blev de fire mulige scopes drøftet og holdt op mod de tre vægtningskriterier



2

Kort referat af for-workshop – prioritering

	Screening for depression i psykiatrien	Screening for depression i somatikken	Landskab med forskellige spørgeskemaer i psykiatrien	Dialogstøtte i praksis – anvendelse af PRO
Standardisering på tværs af sektorer og landsdele	- Forbedring /standardisering af henvisninger - Ophøje til national standard	- Måske kun meget få items - Dømmescenarie for redskab på tværs	- Behov for overblik over om forskellige redskaber belyser depression ens eller forskellige måder - Hvor langt kan der standardiseres? Blot at præsentere overblik	Beslutningsstøtte til ændring af behandling
Værdiskabelse i daglig praksis for pt og behandlere	Evt. udfordring med korrekt henvisning	- Behovet bør undersøges. Mulige områder gravid/barsel, DM, KOL, hjerte, cancer - Dansk selskab for Apopleksi har udtrykt ønske	- Hvad er til hvad, overblik, hvornår og anbefalinger Hvem skal/må bruge skalaer? - Krav om f.eks. feedback/forventningsafstemning	- Hvad er dialogstøtte + mulige handlinger? - Vigtigt at kunne justere behandling pga. svar (PRO) - Men har det effekt? - Forventningsafstemning pt/beh.
Forstyrrelser ift. igangværende PRO-initiativer	- Webpatient (ph.d. om validering) - Praktiksektor har været i gang siden 2003		- Ville binde øvrige PRO-projekter sammen - Kliniske retningslinjer mv. bør indarbejdes	Forventningsafstemning testes i RIKOP-projekt
Generelt	- Værktøjet er allerede på plads og fungerer - Patienter der skal til psykiatrien	Patienterne kommer sjældent videre til psykiatrien	- Det meste af arbejdet er ikke en workshop-proces - Skala-bank - PROMIS laver også item-bank	Man skal overveje brugen af PRO. PRO som dialogstøtte er INDGANG til samtale



3

Kort referat af for-workshop - resultater

- Man blev enige om at indstille udvikling af generisk screeningsredskab til somatikken, såfremt der anses at være et behov
- Oprindeligt blev der foreslået 6 somatiske områder. Ud over de 3 valgte blev også DM, KOL og Cancer foreslået. Danske Regioner vendte tilbage med forslag om kun 3 områder efter drøftelse med Temagruppen for Kvalitet.
- Der var enighed om, at der er et behov for et nationalt overblik over standardiserede spørgeskemaer, der anvendes til aktiv PRO indenfor psykiatrien, samt en beskrivelse af anvendelse af disse.
- Det arbejde vil pågå over de næste år, hvor de erfaringer der drages i de enkelte PRO-projekter inddrages.



4