

8. Kessing LV, Olsen EW, Mortensen PB et al. Dementia in affective disorder: a case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:176-85.
9. Eaton WW, Neufeld K, Chen LS et al. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Arch Gen Psych* 2000;57:217-22.
10. Andersen K, Nielsen H, Lolk A et al. Incidence of very mild to severe dementia and Alzheimer's disease in Denmark. The Odense Study. *Neurology* 1999;52:85-90.

Screening og case finding-instrumenter for depression – resultater af et Cochrane-review

Professor Lars Vedel Kessing & professor Per Bech

H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik, og
Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt

Klinisk depression forekommer hos 3-5% af en given befolkning [1, 2], og depression er den tredjehyppigste grund til henvendelse i almen praksis i England. Ca. 80% af patienterne med depression henvender sig med ikke-specifikke somatiske klager. Resultater af undersøgelser, herunder også fra Danmark [2, 3], peger på, at under 50% af patienterne med depression får stillet en korrekt diagnose i almen praksis og i hospitalssammenhæng.

Depression er i internationale undersøgelser fundet at være den fjerdevigtigste årsag til sygdomsbetinget social dysfunktion, og denne belastning forårsaget af depressiv lidelse skønnes at stige fremover [4]. Patienter med depressiv lidelse bruger 50-100% flere sundhedsydelser end patienter uden depressiv lidelse. Den betydelige økonomiske belastning, der er forbundet med depression, skyldes nedsat funktion og arbejdsevne samt øget brug af sundhedsvæsenet og overgår de resurser, som anvendes til behandling. Da over 80% af patienterne med depression søger behandling hos egen læge, har man med forskellige tiltag forsøgt at bedre diagnostik og behandling af depression i ikke-specialistsammenhænge: *case management*, uddannelse af praktiserende læger og andre, *shared care* og screening for depression. Nogle interventioner omfatter kombinationer af disse strategier. Tiltag, som omfatter screening alene, kan umiddelbart virke hensigtsmæssige, idet der findes simple screeningsinstrumenter, som er nemme at anvende, er psykometrisk valide og reliable og har høj patientaccept.

Brug af screeningsinstrumenter støttes af betydningsfulde sundhedsaktører som the US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [5] og UK National Institute of Clinical Excellence [6]. Der er en potentiel stor mulighed for, at brug af screening kan bedre ikke-specialisters diagnostik og behand-

ling af depression. Selv om disse screeningsinstrumenter er relativt simple at anvende, vil indførelse af screening for depression blandt samtlige patienter i almen praksis og i hospitalssammenhæng kræve tilførsel af betydelige resurser og tid. Derfor bør sådanne tiltag bero på en vurdering af klinisk evidens og nyttevirkning (omkostningseffektivitet). Cochrane-review'et af *Gilbody et al* [7] er en systematisk gennemgang af randomiserede undersøgelser af effekten af rutinescreening og *case finding* ved depression. I review'et adresseres specifikt brugen af screeningsinstrumenter alene, og der inkluderes således ikke brug af screening sammen med andre tiltag (såsom *case management* eller *shared care*). Formålet med Cochrane-review'et var at bestemme den kliniske effekt og omkostningseffektiviteten af redskaber til screening og *case finding* i forhold til: 1) at bedre diagnostik af depression, 2) at bedre behandling af depression og 3) at bedre udfaldet af depression.

Cochrane-analysen: metode

Type af studier: Randomiserede kontrollerede forsøg.

Type af deltagere: Patienter i ikkepsykiatriske sammenhænge, såsom patienter i hospitalsregi (ikke psykiatrisk) og patienter i almen praksis.

Eksklusion: 1) Patienter, som behandles i psykiatrisk regi, 2) børn og unge og 3) personer med indlæringsvanskeligheder eller demens.

Type af intervention: Undersøgelser, hvori man sammenlignede indførelse af rutinescreening og *case finding* med vanlig behandling. Screening eller *case finding* kunne enten baseres på et interview eller på udfyldelse af et spørgeskema.

Type af succesmål: 1) Diagnostisering af depression, 2) behandling af depression (defineret som påbegyndelse af empirisk underbygget behandling i form af antidepressiv medicinsk behandling) eller en specifik form for psykoterapi (omfatter ikke uspecifik klinisk rådgivning) eller henvisning til psykiatrisk specialistbehandling, 3) udfald af depression (*recovery from depression* (uanset definition) eller score på en depressionsspecifik skala ved opfølgingsundersøgelse og 4) udgifter (direkte og indirekte).

Abstract

Screening and case finding instruments for depression*Gilbody S, House AO, Sheldon TA*

The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4 Copyright © 2005 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD002792.pub2. This version first published online: 19 October 2005 in Issue 4, 2005. Date of most recent substantive amendment: 18 August 2005.

This record should be cited as: Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002792. DOI: 10.1002/14651858.CD002792.pub2.

Background: Screening or case finding instruments have been advocated as a simple, quick and inexpensive method to improve detection and management of depression in non-specialist settings, such as primary care and the general hospital. However, screening/case finding is just one of a number of strategies that have been advocated to improve the quality of care for depression. The adoption of this seemingly simple and effective strategy should be underpinned by evidence of clinical and cost effectiveness.

Objectives: To determine the clinical and cost effectiveness of screening and case finding instruments in: 1) improving the recognition of depression; 2) improving the management of depression, and 3) improving the outcome of depression.

Search strategy: The researchers undertook electronic searches of The Cochrane Library (Issue 4, 2004); The Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Register [2004]; EMBASE (1980-2004); MEDLINE (1966-2004); CINAHL (to 2004) and PsycLIT (1974-2004). References of all identified studies were searched for further trials, and the researchers contacted authors of trials.

Selection criteria: Randomised controlled trials of the administration of case finding/screening instruments for depression and the feedback of the results of these instruments to clinicians, compared with no clinician feedback. Trials had to be conducted in non-mental health settings, such as primary care or the general hospital. Studies that used screening strategies in addition to enhanced care, such as case management and structured follow up, were specifically excluded.

Data collection and analysis: Citations and, where possible, abstracts were independently inspected by researchers, papers ordered, re-inspected and quality assessed. Data were also independently extracted. Data relating to: 1) the recognition of depression; 2) the management of depression and

3) the outcome of depression over time were sought. For dichotomous data the Relative Risk (RR), 95% confidence interval (CI) were calculated on an intention-to-treat basis. For continuous data, weighted and standardised mean difference were calculated. A series of a priori sensitivity analyses relating to the method of administration of questionnaires and population under study were used to examine plausible causes of heterogeneity.

Main results: Twelve studies (including 5693 patients) met our inclusion criteria. Synthesis of these data gave the following results: 1) The recognition of depression: according to case note entries of depression, screening/case finding instruments had borderline impact on the overall recognition of depression by clinicians (relative risk 1.38; 95% confidence interval 1.04 to 1.83). However, substantial heterogeneity was found for this outcome. Screening and feedback, irrespective of baseline score of depression has no impact on the detection of depression (relative risk 1.00; 95% confidence interval 0.89 to 1.13). In contrast, three small positive studies using a two stage selective procedure, whereby patients were screened and only patients scoring above a certain threshold were entered into the trial, did suggest that this approach might be effective (relative risk 2.66; 95% confidence interval 1.78 to 3.96). Separate pooling according to this variable reduced the overall level of heterogeneity. Publication bias was also found for this outcome. 2) The management of depression: according to case note entries for active interventions and prescription data, a selected subsample of all studies reported this outcome and found that there was an overall trend to showing a borderline higher intervention rate amongst those who received feedback of screening/case finding instruments (relative risk 1.35; 95% confidence interval 0.98 to 1.85), although substantial heterogeneity between studies existed for this outcome. This result was dependant upon the presence of one highly positive study. 3) The outcome of depression: few studies reported the impact of case finding/screening instruments on the actual outcome of depression, and no statistical pooling was possible. However, three out of four studies reported no clinical effect ($p < 0.05$) at either six months or twelve months. No studies examined the cost effectiveness of screening/case finding as a strategy.

Authors' conclusions: There is substantial evidence that routinely administered case finding/screening questionnaires for depression have minimal impact on the detection, management or outcome of depression by clinicians. Practice guidelines and recommendations to adopt this strategy, in isolation, in order to improve the quality of healthcare should be resisted. The longer term benefits and costs of routine screening/case finding for depression have not been evaluated. A two stage procedure for screening/case finding may be effective, but this needs to be evaluated in a large scale cluster randomised trial, with a prospective economic evaluation.

Søgestrategi til identifikation og udvælgelse af studier samt dataanalyse: Der henvises til Cochrane-studiet.

Cochrane-analysens resultater

I alt opfyldte 12 studier inklusionskriterierne. Heraf var ni studier udført i almen praksis, to i medicinske ambulatorier og et på en geriatrisk afdeling.

Følgende screenings/*case finding*-instrumenter blev anvendt: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Beck Depression Inventory, General Health Questionnaire, Zung self rating depression scale, Geriatric Depression Scale, CES-D Questionnaire or Single item question.

Samlet indgik der 5.693 patienter i Cochrane-*review*'et, og antallet af patienter i de enkelte studier varierede mellem 52 og 2.209. 1. *Effekt af screening/case finding på diagnosticering af depression/angst:* Screening og *case finding* havde en positiv effekt på klinikerens evne til at diagnosticere depression (relativ risiko (RR): 1,38; 95% konfidensinterval (KI) 1,04-1,83). Der var en betydelig heterogenitet mellem studierne. 2. *Effekt af screening/case finding på behandling af depression:* For udfaldet »intervention for depression« blev der fundet en grænsesignifikant højere interventionsrate blandt læger, som fik feedback fra et screenings/*case finding*-instrument (RR: 1,35; 95% KI 0,98-1,85), selv om der var betydelig heterogenitet mellem studierne. Resultatet var især influeret af to studier med stor effekt. For udfaldet »ordination af antidepressiv medicin« blev der fundet en signifikant effekt (RR 1,15; 95% KI 1,01-1,32), men dette resultat var meget afhængigt af et enkelt studie med stor effekt. 3. *Effekt af screening/case finding på udfaldet af depression:* præsentationen af data i de enkelte studier tillod ikke pooling af resultaterne. I ingen af de fire studier, hvori man præsenterede mål for udfaldet, fandt man en signifikant effekt af screening/*case finding*. 4. *Andre udfald:* Der blev ikke præsenteret mål for udgifter eller resurser i forbindelse med brugen af rutinescreening/*case finding* eller opgørelse af patientaccept eller patienttilfredshed.

Diskussion

I Cochrane-undersøgelsen fokuseres der på et væsentligt problem og en betydelig udfordring: at bedre diagnostik og behandling af depression i almen praksis og somatisk hospitalsregi. I undersøgelsen konkluderes det på baggrund af ovenstående fund, at der er betydelig evidens for, at rutinemæssig anvendelse af instrumenter til screening/*case finding* alene har minimal indflydelse på diagnostik, behandling og udfald ved depression. Denne konklusion står i modsætning til konklusionerne fra andre væsentlige litteraturgennemgange, nemlig at screening for depression kan bedre diagnostik [6] og udfald, særlig i kombination med andre tiltag [5], og det anbefales, at screening bør iværksættes i almen praksis og somatisk hospitalsregi blandt højrisikogrupper som patienter med tidligere depression, betydende somatisk sygdom inklusive demens og blandt kvinder, som skal føde

eller for nylig har født [6]. I Cochrane-undersøgelsen inkluderes nogle studier, som ikke er med i de to andre litteraturgennemgange, mens andre studier ekskluderes. Cochrane-undersøgelsen begrænser sig til studier, hvori man alene har undersøgt effekten af screening/*case finding*, mens man i studiet fra US Agency for Healthcare Research and Quality [5] til en vis grad også har inkluderet studier med screening kombineret med andre tiltag.

Cochrane-analysen illustrerer tydeligt problemet med at inkludere heterogene studier i metaanalyser. De 12 studier, som inkluderes i undersøgelsen har vidt forskelligt studiedesign, opgør udfaldet vidt forskelligt og anvender forskellige instrumenter til screening (depressionspecifikke og generelle, interview og spørgeskemaer). Den største faldgruppe og dermed begrænsning af Cochrane-undersøgelsen er, at ingen af de anvendte spørgeskemaer er klinimetrisk valide, hverken indholdsmæssigt (ICD 10-diagnosen depression eller DMS IV-diagnosen depression) eller psykometrisk (total score som et sufficient statistisk mål for depression). Det fremgår imidlertid også af Cochrane-*review*'et, at den interviewbaserede HDRS synes at være det screeningsinstrument, hvormed man opnår størst nytteeffekt.

Konklusion

I Cochrane-*review*'et konkluderes det, at rutinemæssig anvendelse af instrumenter til screening/*case finding* alene har minimal indflydelse på diagnostik, behandling og udfald ved depression. Imidlertid fremgår det også af *review*'et, at den interviewbaserede HDRS er det screeningsinstrument, hvormed man opnår størst nytteeffekt. Når Cochrane-*review*'ets konklusion sammenholdes med konklusioner fra tidligere væsentlige *reviews* [5, 6] kan der udledes den samlede konklusion, at screening for depression med mere depressionsspecifikke instrumenter sammen med andre tiltag kan bedre diagnostik og behandling af depression i almen praksis og somatisk hospitalsregi. Denne konklusion ligger i forlængelse af anbefalingerne fra Dansk Psykiatrisk Selskab [8] og en kommende medicinsk teknologivurdering (MTV) [9], som anbefaler en model med *shared care* mellem primær og psykiatrisk sekundær sektor (ved klinikker for affektive lidelser) omfattende målrettet supervision eller klinisk vejledning af konkrete behandlingsforløb i almen praksis.

Der er behov for målrettet forskning i, hvilke screeningsinstrumenter der har tilstrækkelig validitet, f.eks. ICD 10-Major Depression Inventory [2], og for kontrollerede, randomiserede undersøgelser af, hvilke samarbejdsmodeller som er mest effektive til bedring af prognosen for patienter i almen praksis.

Korrespondance: Lars Vedel Kessing, Psykiatrisk Klinik, Neurocentret, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: lars.kessing@rh.dk

Antaget: 24. april 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Litteratur

1. Kessing LV. Er prævalensen af depression overvurderet? Ugeskr Læger 2001; 163:1983-4.
2. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Acta Psychiatr Scand 2004;109: 96-103.
3. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. Acta Psychiatr Scand 1997;95:6-12.
4. Kessing LV, Iburg KM. Psykiatrisk sygdomsbelastning nu og i fremtiden. Ugeskr Læger 2004;166:1005-7.
5. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;136:765-76.
6. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Depression. Core interventions in the management of depression in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence, NICE, 2004.
7. Gilbody S, House A, Sheldon T et al. Screening and case finding instruments for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002792. DOI:10.1002/14651858.CD002792.pub2.
8. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS). Bedre patientforløb med patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 2006.
9. Sundhedsstyrelsen. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani). København: Sundhedsstyrelsen, 2006.

Billeddiagnostik ved demensudredning

Overlæge Steen G. Hasselbalch, professor Carsten Gyldensted, overlæge Leif Hougård Sørensen, overlæge Hans Brændgaard, læge Kjeld Andersen, overlæge Annette Lolk, professor Per Kragh-Sørensen & professor Gunhild Waldemar

H:S Rigshospitalet, Neurocentret, H:S Hukommelsesklinikken, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Neuroradiologisk Afdeling og Neurologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Medicinsk Center, Demensklinik OUH, Psykiatrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Formålet med dette studie var at undersøge værdien af skanning i forbindelse med diagnostik og behandling af ældre personer med kognitiv dysfunktion.

Materiale og metoder: Retrospektive data fra 336 patienter, som blev undersøgt med computertomografi eller magnetisk resonans-skanning i forbindelse med demensudredning på Demensklinikken, Neurologisk Afdeling, Århus Kommunehospital og på H:S Hukommelsesklinikken, Neurologisk Klinik, Rigshospitalet, blev sammenlignet med data fra 137 prospektivt undersøgte patienter fra en populationsundersøgelse på Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital (Odense-Undersøgelsen).

Resultater: Operabel patologi (primært hindret væskeafløb fra hjernen, »hydrocephalus«, og godartede svulster) fandtes hos 3,5% af patienterne i den retrospektive opgørelse og hos 2% i den prospektive opgørelse. Ændringer i diagnoser og behandlinger blev beregnet retrospektivt ud fra anerkendte kriterier og behandlingsregimener. Ved tillæg af skanning til demensudredningen ændredes diagnosen hos 15-37% og behandlingen hos 33% af patienterne dels på grund af påvisning af operable tilstande, dels på grund af påvisning af væsentlige blodpropper og blodkarforandringer i hjernen hos patienter, hos hvem man ikke havde kunnet erkende disse forandringer klinisk. Det var ikke muligt at finde en undergruppe af patienterne, hvor skanning ikke fik betydning.

Konklusion: Resultaterne er i overensstemmelse med resultaterne fra tidligere undersøgelser fra udlandet, og det konkluderes, at resultaterne støtter værdien af computertomografi eller magne-

tisk resonans-skanning som rutineundersøgelse ved demensudredning.

Formålene med at udføre billeddiagnostik med computertomografi (CT) eller magnetisk resonans (MR)-skanning hos en patient med kognitiv dysfunktion er: 1) at identificere behandlelige forandringer, som kan være medvirkende til symptomerne og 2) at identificere andre forandringer, som kan forklare demenssymptomernes årsag.

Billeddiagnostik med CT eller MR anses i dag i flere internationale retningslinjer og konsensusrapporter for at være en del af den grundlæggende diagnostiske udredning hos en patient med kognitiv dysfunktion [1]. Der er dog usikkerhed om, i hvor høj grad disse retningslinjer er tilstrækkelig evidensbaserede [2]. Operabel patologi påvist ved CT er relativt sjælden, og operation medfører kun i mindre omfang en bedring i patienternes kognitive tilstand [2, 3]. I et studie er det anført, at medicinsk behandling sjældent ændres som konsekvens af skanning [4], mens resultaterne af et andet tyder på, at skanning medfører ændring af både diagnose og behandling hos en betragtelig del af de patienter, der er henvist til demensudredning [5]. Er det nødvendigt at skanne alle? Det hævdes, at indikationsområdet kan afgrænses [6], således at man ved selektionskriterier kan reducere antallet af skanninger, samtidig med at man ikke svækker den diagnostiske sikkerhed eller reducerer kvaliteten af behandlingen [4, 7]. Undersøgelser og en nylig publiceret systematisk oversigtsartikel tyder dog på, at sådanne selektionskriterier for CT ikke fungerer tilfredsstillende [8].

Følgende spørgsmål blev forsøgt belyst i nærværende undersøgelse: 1) Hvad er effekten af skanning ved demensudredning: Hvilken patologi opdages, og ændrer det diagnosen eller behandlingen? 2) Kan der findes en undergruppe