



# Screening for symptomer på depresjon og angst ved en hjertemedisinsk avdeling

---

## ORIGINALARTIKKEL

### TORKIL BERGE

E-post: torkil.berge@diakonsyk.no  
Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Solberg, Heyerdahl, Vinge, Aarønæs, Øie og Hyldmo har han hatt hovedansvar for innsamling av data.

Torkil Berge er psykologspesialist og fagutviklingsrådgiver.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BENTE BULL-HANSEN

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Jørgensen har hun hatt hovedansvar for analyse av data.

Bente Bull-Hansen er lege og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### ERIK EKKER SOLBERG

Medisinsk avdeling  
Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Heyerdahl, Vinge, Aarønæs, Øie og Hyldmo har han hatt hovedansvar for innsamling av data.

Erik Ekker Solberg er dr.med., spesialist i indremedisin og i kardiologi, og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### ELSE RESSER HEYERDAHL

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Solberg, Vinge, Aarønæs, Øie og Hyldmo har hun hatt hovedansvar for innsamling av data.

Else Resser Heyerdahl er psykolog.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### KJETIL NORDBØ JØRGENSEN

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Bull-Hansen har han hatt hovedansvar for analyse av data.

Kjetil Nordbø Jørgensen er psykologspesialist og postdoktor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### LEIF ERIK VINGE

Medisinsk avdeling  
Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Solberg, Heyerdahl, Aarønæs, Øie og Hyldmo har han hatt hovedansvar for innsamling av data.

Leif Erik Vinge er dr.med., spesialist i indremedisin og i kardiologi, og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### MARIT AARØNÆS

Medisinsk avdeling  
Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Solberg, Heyerdahl, Vinge, Øie og Hyldmo har hun hatt hovedansvar for innsamling av data.

Marit Aarønæs er ph.d., spesialist i indremedisin og i kardiologi, og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### ERIK ØIE

Medisinsk avdeling  
Diakonhjemmet Sykehus

Han har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Solberg, Heyerdahl, Vinge, Aarønæs og Hyldmo har han hatt hovedansvar for innsamling av data.

Erik Øie er dr.med., spesialist i indremedisin og i kardiologi, og seksjonsoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### INGRID HYLDMO

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen  
Diakonhjemmet Sykehus

Hun har bidratt i utforming av problemstillinger og design for studien, tolking av data, utarbeiding av manus og godkjenning av innsendt manus. Sammen med Berge, Solberg, Heyerdahl, Vinge, Aarønæs og Øie har hun hatt hovedansvar for innsamling av data.

Ingrid Hyldmo er psykologspesialist.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

#### BAKGRUNN

Depresjon og angst er utbredt hos pasienter med hjertesykdom og predikerer dårligere prognose, økt dødelighet og redusert etterlevelse av behandling. I nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefales rutiner for screening, men det er mangel på studier av slik praksis ved norske sykehus. Hensikten med denne studien var å implementere en enkel metode for screening av symptomer på depresjon og angst hos pasienter med hjertesykdom.

#### MATERIALE OG METODE

Pasienter ved Hjerteseksjonen ved Diakonhjemmet Sykehus med hjerteklaffefeil, takyarytmi, hjerteinfarkt eller hjertesvikt ble screenet for symptomer på depresjon, angst og panikkanfall med fem spørsmål fra spørreskjemaene Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2) og Patient Health Questionnaire – Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales (PHQ-SADS). Pasientene ble rekruttert fra poliklinikk eller sengepost minimum en måned etter akutt hjertesykdom.

## RESULTATER

I alt 57 av 232 pasienter opplyste om symptomer på depresjon eller angst ved screening. Screeningmetoden var enkel å gjennomføre, men tidspress og usikkerhet rundt rutiner for og effekt av oppfølging av pasientene ble rapportert.

## FORTOLKNING

Det eksisterer gode verktøy og metoder for screening av symptomer på depresjon og angst ved hjertesykdom. Det trengs flere studier av nytteverdien av screening, når i sykdomsforløpet screening eventuelt bør foregå, og om den eventuelt bør være i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten.

---

Symptomer på depresjon og angst er utbredt ved hjertesykdom (1, 2). Depressive symptomer er forbundet med økt dødelighet (3), redusert livskvalitet (4), økt bruk og økte kostnader av helsetjenester (5) og redusert mulighet for retur til arbeid (6). Ifølge American Heart Association (7) er depresjon en negativ prognostisk faktor i alle faser av sykdomsforløpet (8). Depressive symptomer er også forbundet med andre kardiale risikofaktorer som røyking, dårlig kosthold og overvekt, og predikerer redusert fysisk aktivitet og dårligere etterlevelse av medikamentell behandling (9).

Depresjon er ofte en tilbakevendende lidelse, med debut i ungdomsalder eller tidlig voksen alder, og bare et mindretall av pasientene opplever sin første depressive episode i forbindelse med hjertesykdommen (10). Depresjon er derfor både en risikofaktor i et livsløpsperspektiv, slik som røyking, og en faktor som kan bidra til å utløse og forverre akutt hjertesykdom og redusere pasientens evne til å mestre sykdommen. Angstlidelser er forbundet med svekket livskvalitet etter hjerteinfarkt, en helseskadelig livsstil og svekket etterlevelse av behandling (11). Risikoen kan økes additivt ved samtidig depresjon og angstlidelse (12).

American Heart Association (7) og europeiske retningslinjer (13), inklusive The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (14) og Helsedirektoratet (15), anbefaler rutiner for screening av depresjon ved hjertesykdom. Det er god dokumentasjon for at behandling kan styrke psykisk helse, funksjon og livskvalitet (16, 17). En Cochrane-gjennomgang konkluderte tilsvarende med en mulig reduksjon i dødelighet ved hjertesykdom, samtidig som det påpekes at evidensgrunnlaget her er usikkert (17). American Heart Association (7) og Helsedirektoratet (15) anbefaler bruk av to screeningspørsmål for symptomer på depresjon, Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). Spørsmålene er vist å være en uavhengig prediktor for dødelighet ved hjertesvikt opp til fire år etter innleggelse (18). NICE anbefaler bruk av to spørsmål om angstsymptomer som screening, Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2) (19).

Selv om screening for symptomer på depresjon og angst anbefales hos pasienter med hjertesykdom, gjennomføres det i liten grad i praksis. Erfaringene fra en studie ved Hjertemedisinsk sengepost ved Diakonhjemmet Sykehus der sykepleiere brukte Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) som screeningverktøy, var at screening er tidkrevende i en travel sykehushverdag, og at metodene må være enkle (20). Vi ønsket å prøve ut en enkel fremgangsmåte med bruk av muntlige spørsmål stilt primært av kardiologer. Dessuten ønsket vi å screene polikliniske pasienter, den største gruppen av pasienter ved en hjertemedisinsk avdeling. Innlagte pasienter ble inkludert minimum en måned etter utskrivelse, og ikke under innleggelse som i studien omtalt ovenfor (20). Dette ble gjort for å sikre at rapporterte symptomer på angst og depresjon ikke bar for mye preg av pågående stressbelastninger ved innleggelse. Hovedmålet var å vurdere en enkel metode for screening for symptomer på depresjon og angst hos pasienter med hjertesykdom.

# Materiale og metode

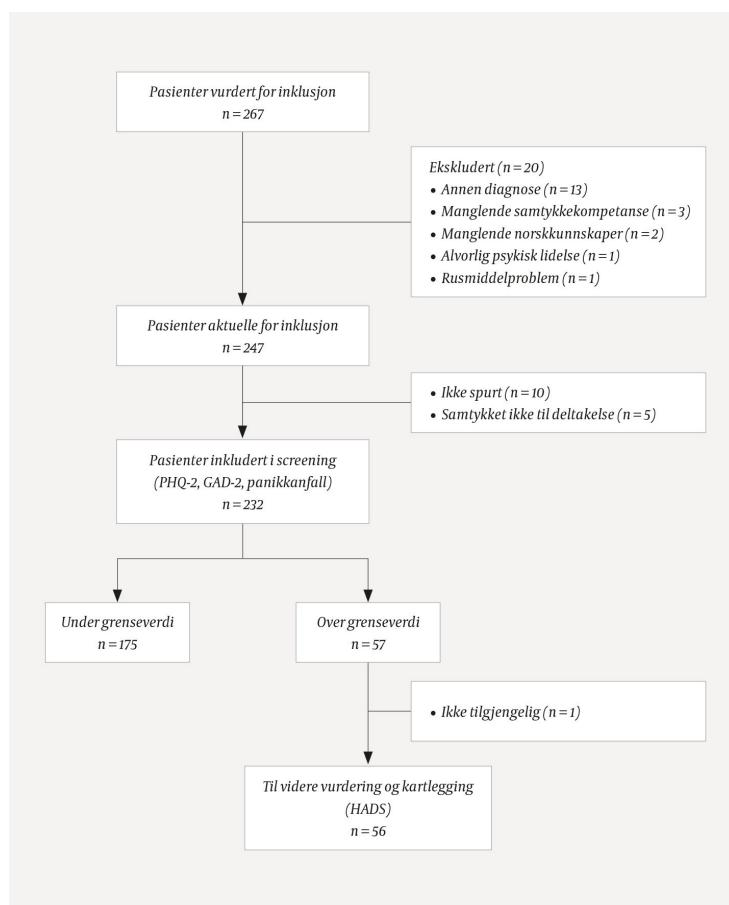
## UTVALG

Studien ble utført ved Hjerteseksjonen ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo i perioden 1.1.–28.6.2017. Inklusjonskriterier var pasienter over 18 år med hoveddiagnose hjerteklaffefeil (I34–I37), takarytmi (I47–I49), hjerteinfarkt (I21, I22) eller hjertesvikt (I50). Pasientene ble rekruttert fortløpende til det var minimum 50 pasienter i hver diagnosegruppe.

Eksklusjonskriterier var alvorlig psykisk lidelse, alvorlige rusmiddelproblemer, manglende samtykkekompetanse eller manglende evne til å lese og/eller forstå norsk.

## STUDIODESIGN OG KARTLEGGINGSVERKTØY

Studien besto av en screeningdel og en oppfølgende kartlegging og vurdering av psykolog der dette var indisert (figur 1). PHQ-2 (21) og GAD-2 (22) ble brukt som screeningverktøy for symptomer på henholdsvis depresjon og angst. I tillegg besvarte pasienten et ja/nei-spørsmål om panikkanfall fra Patient Health Questionnaire – Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales (PHQ-SADS) (21) (tabell 1). Pasienter fra poliklinikk ble screenet muntlig i forbindelse med poliklinisk time – hovedsakelig av kardiolog, men i enkelte tilfeller av sykepleier. Innleggende pasienter signerte samtykke under innleggelse og ble oppringt av psykolog og screenet over telefon en måned etter utskrivelse. En skår på  $\geq 2$  poeng på PHQ-2 og/eller GAD-2, og/eller svaret «ja» på spørsmål om panikkanfall, var grenseverdi, med mål om høy sensitivitet for symptomer (23).



**Figur 1** Flyttdiagram over pasienter vurdert for inklusjon, ekskluderte og inkluderte pasienter, og pasienter som skåret over grenseverdi og gikk til videre vurdering og kartlegging. PHQ-2 = Patient Health Questionnaire-2. GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder Scale-2. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

## Tabell 1

Screening for symptomer på depresjon, angst og panikkanfall ved Hjerteseksjonen ved Diakonhjemmet Sykehus (n = 232). PHQ-2 = Patient Health Questionnaire-2. PHQ-SADS = Patient Health Questionnaire - Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales. GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder Scale-2.

	<b>Ikke i det hele tatt</b>	<b>Noen dager</b>	<b>Mer enn halvparten av dagene</b>	<b>Nesten hver dag</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
Liten interesse for eller glede av å gjøre ting? (PHQ-2, n = 232)	172	39	10	11	-	-
Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet? (PHQ-2, n = 232)	163	46	7	16	-	-
Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppet? (GAD-2, n = 232)	171	42	7	12	-	-
Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine? (GAD-2, n = 231)	193	19	6	13	-	-
Har du i løpet av de siste fire ukene hatt et angstanfall (plutselig følelse av panikk)? (PHQ-SADS, n = 230)	-	-	-	-	218	12

For å få mer informasjon om betydningen av rapporterte symptomer ble pasienter som skåret over grenseverdien ved screening, også vurdert med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Hvis de ble screenet av psykolog en måned etter utskrivelse, fulgte man umiddelbart opp med HADS. Hvis de ble screenet av kardiolog eller sykepleier på poliklinikken, ble HADS gjennomført noen dager senere over telefon av psykolog. HADS utelater spørsmål om somatiske symptomer på depresjon og angst som kan forveksles med symptomer på hjertesykdom. To delskalaer er rettet mot henholdsvis symptomer på depresjon (HADS-D) og angst (HADS-A). En grenseverdi på  $\geq 4$  for HADS-D og/eller HADS-A er brukt i studier av ulike pasientgrupper (24). Pasienter som skåret over denne grenseverdien, ble stilt tilleggsspørsmål om symptomenes innvirkning på funksjon (tabell 2).

## Tabell 2

Tilleggsspørsmål ved kartlegging av pasienter med symptomer på depresjon og angst (n = 41). n samsvarer med pasientene som skåret over grenseverdi på den innledende screeningen og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

	<b>Ikke vanskelig i det hele tatt</b>	<b>Litt vanskelig</b>	<b>Svært vanskelig</b>	<b>Ekstremt vanskelig</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
Ved hjertesykdom er det vanlig å få helse råd om fysisk aktivitet, endret kosthold, mindre røyking og om å ta medisiner som anbefalt. Opplever du at de psykiske plagene du har beskrevet her, har gjort det vanskelig å følge opp slike råd i praksis? (n = 36)	19	13	2	2	-	-

	<b>Ikke vanskelig i det hele tatt</b>	<b>Litt vanskelig</b>	<b>Svært vanskelig</b>	<b>Ekstremt vanskelig</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
I hvor stor grad opplever du at de psykiske plagene du har beskrevet her, har gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre? (n = 36)	9	22	3	2	-	-
Opplever du at dine pårørende har uttrykt bekymring for de psykiske plagene du har beskrevet her? (n = 34)	-	-	-	-	17	17
Kunne du, eventuelt sammen med en pårørende, ønsket deg en samtale med psykolog om forebygging og mestring av psykiske plager ved hjertesykdom? (n = 41)	-	-	-	-	21	20

## ETIKK

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst, ref.nr. 2016/1137) anså studien som utenfor sitt mandat, men den er godkjent av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (ref. 2016/16558), og registrert i ClinicalTrials.gov (ID: NCT03203395). Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle pasienter.

## STATISTISKE ANALYSER

Data er analysert ved hjelp av SPSS Statistics 21.0 og fremstilt deskriptivt.

## Resultater

I alt 267 pasienter ble vurdert for inklusjon, hvorav 20 ble ekskludert og 15 enten ikke samtykket til deltakelse eller ble utelatt på grunn av tidsnød (figur 1). Det endelige utvalget besto av 232 pasienter, hvorav 58 med hjerteklaffefeil, 73 med takarytmi, 52 med hjerteinfarkt og 49 med hjertesvikt. I alt 161 (69 %) av pasientene som deltok i screeningen var menn, og gjennomsnittsalderen var 72 år (SD 11,3). Totalt 173 (75 %) av pasientene ble rekruttert fra poliklinikk, 59 (25 %) fra sengepost. I alt 57 (25 %) pasienter skåret over grenseverdi ved screening. Av disse svarte 12 pasienter bekreftende på spørsmålet om panikk, og alle disse skåret samtidig over grenseverdi på enten PHQ-2 og/eller GAD-2 (tabell 1).

Av de 57 pasientene som screenet over grenseverdi, gjennomgikk 56 videre kartlegging og vurdering av psykolog (figur 1). Totalt 41 (73 %) av disse skåret samtidig  $\geq 4$  på HADS-A og/eller HADS-D. For 17 (47 %) hadde de psykiske plagene gjort det vanskeligere å følge opp helse råd i praksis. For 27 (75 %) pasienter hadde de psykiske plagene gjort det vanskeligere for dem å utføre arbeidet sitt, ordne med ting i hjemmet eller komme overens med andre, og totalt 17 (50 %) av de spurte hadde opplevd at pårørende hadde uttrykt bekymring for deres psykiske tilstand (tabell 2).

I alt 20 (49 %) av de 41 pasientene som skåret over grenseverdi på den innledende screeningen og HADS, ønsket rådgivningssamtaler med psykolog, og 9 (43 %) av de som ikke ønsket rådgivningssamtaler, formidlet at de ønsket mulighet for rådgivning senere (tabell 2).

## Diskusjon

Hovedkonklusjonen er at vi har egnede screeningverktøy for symptomer på depresjon og angst hos pasienter med hjertesykdom. Gapet mellom anbefalinger om rutinemessig

screening og hva som skjer i klinisk praksis, har trolig andre årsaker. En mulig årsak kan være usikkerhet om hvorvidt behandling av symptomer på depresjon og angst også bidrar til økt overlevelse av hjertesykdommen (17).

I alt 73 % av de som skåret over grenseverdien på screeningspørsmålene, skåret også over grenseverdien på HADS. En skår på  $\geq 2$  poeng på PHQ-2 og/eller GAD-2 er i andre studier funnet å være en egnet grenseverdi for videre vurdering (25). Å heve grenseverdien til  $\geq 3$  poeng kan gi økt risiko for å ikke fange opp pasienter med behov for oppfølging. Bare tolv pasienter svarte ja på spørsmålet om panikkanfall, og alle disse skåret samtidig over grenseverdi på PHQ-2 og/eller GAD-2, noe som kan tas til inntekt for å utelate spørsmålet (tabell 1).

En begrensning med studien var at det ikke foreligger tall på hvor mange pasienter som ikke ble vurdert for screening. Ikke alle leger på seksjonen deltok, og under høyt arbeidspress hendte det at man ikke fikk gjennomført screening. Tiltak for å øke andelen kan være å inkludere alt relevant helsepersonell og sikre at pasienter som ikke blir screenet, fanges opp senere. Andelen vil øke ytterligere dersom fastlege også gjennomfører screening for de av pasientene som får slik oppfølging.

En fordel med screening i spesialisthelsetjenesten er at man kan få rettet oppmerksomhet mot de barrierer for etterlevelse som symptomer på depresjon og angst medfører. Mange av pasientene i studien rapporterte om vansker med å følge opp helse råd (47 %), eller å utføre arbeid, ordne med ting i hjemmet eller komme overens med andre (75 %) (tabell 2). En norsk studie viste at få pasienter oppnår adekvat reduksjon av kardiovaskulære risikofaktorer etter hjerteinfarkt (26). Ved positiv screening kan helsepersonell følge opp med spørsmål om i hvilken grad symptomene hemmer etterlevelse.

Det er viktig å få belyst når i sykdomsforløpet screening eventuelt bør foregå og om den bør være i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten. Ved å tilstrebe screening på begge nivåer øker sannsynligheten for å fange opp aktuelle pasienter og for samordnet behandling mellom tjenestenivåene og mellom ulike aktører i primærhelsetjenesten («collaborative care») (27). Screening kan skje rutinemessig i journalopptak og kan også gjennomføres av sykepleier. Samtidig er det naturlig for mange kardiologer å stille spørsmål om den mentale belastningen rundt hjertesykdom og å se hele mennesket.

Ved å stille spørsmål om psykiske plager åpner man opp for et tema som kan kreve videre oppfølging. Det er derfor viktig å ha en strategi for hva man gjør dersom pasienten svarer bekreftende. Det å henvise internt på sykehuset eller formidle informasjonen til fastlege, kan være en slik strategi. Dessuten kan man i senere konsultasjoner spørre pasienten på ny, spesielt ved problemer med etterlevelse. Man kan her formidle informasjon om at tiltak som anbefales for hjertet, også kan forebygge psykiske plager. Det gjelder regelmessig fysisk aktivitet, å unngå isolasjon og passivitet, å ikke bli sittende fast i tunge tanker, og en strukturert hverdag med meningsfulle gjøremål. Systematisk screening kan slik gi et godt utgangspunkt for nyttige hjelpetiltak.

---

## HOVEDFUNN

Symptomer på depresjon og angst ble rapportert av en fjerdedel av pasientene med hjertesykdom.

Screeningverktøyene for symptomer på depresjon og angst var enkle å ta i bruk ved en hjertemedisinsk avdeling.

Begrenset tid, usikkerhet rundt nytteverdi og rutiner for oppfølging av pasienten kan være barrierer for implementering av screening.

## LITTERATUR:

1. Thombs BD, Bass EB, Ford DE et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 30–8. [PubMed][CrossRef]
2. Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2014; 77: 439–48. [PubMed][CrossRef]
3. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006; 27: 2763–74. [PubMed][CrossRef]
4. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003; 290: 215–21. [PubMed][CrossRef]
5. Rodwin BA, Spruill TM, Ladapo JA. Economics of psychosocial factors in patients with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2013; 55: 563–73. [PubMed][CrossRef]
6. Henderson M, Harvey SB, Overland S et al. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med* 2011; 104: 198–207. [PubMed][CrossRef]
7. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129: 1350–69. [PubMed][CrossRef]
8. May HT, Horne BD, Knight S et al. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2017; 3: 296–302. [PubMed][CrossRef]
9. Sin NL, Kumar AD, Gehi AK et al. Direction of association between depressive symptoms and lifestyle behaviors in patients with coronary heart disease: the Heart and Soul Study. *Ann Behav Med* 2016; 50: 523–32. [PubMed][CrossRef]
10. Carney RM, Freedland KE. Treatment-resistant depression and mortality after acute coronary syndrome. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 410–7. [PubMed][CrossRef]
11. Kuhl EA, Fauerbach JA, Bush DE et al. Relation of anxiety and adherence to risk-reducing recommendations following myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2009; 103: 1629–34. [PubMed][CrossRef]
12. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A et al. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *J Am Heart Assoc* 2013; 2: e000068. [PubMed][CrossRef]
13. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: 1–96. [PubMed][CrossRef]
14. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. NICE guideline (CG91). London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357>
15. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/edod2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345a0d6f69642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/edod2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345a0d6f69642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf) Lest 16.9.2019.
16. Huffman JC, Mastromauro CA, Beach SR et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 927–35. [PubMed][CrossRef]



17. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE et al. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25: 247–59. [PubMed][CrossRef]
18. Deveney TK, Belnap BH, Mazumdar S et al. The prognostic impact and optimal timing of the Patient Health Questionnaire depression screen on 4-year mortality among hospitalized patients with systolic heart failure. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 42: 9–14. [PubMed][CrossRef]
19. Common mental health problems: identification and pathways to care. NICE guideline (CG123). London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173>
20. Berge T, Finset A, Fjerstad E et al. Kartlegging av depressive symptomer ved hjertesykdom. *Sykepleien Forsk* 2017; 12: 60372.
21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 345–59. [PubMed][CrossRef]
22. Plummer F, Manea L, Trepel D et al. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 39: 24–31. [PubMed][CrossRef]
23. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010; 8: 348–53. [PubMed][CrossRef]
24. Sagen U, Vik TG, Moum T et al. Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale. *J Psychosom Res* 2009; 67: 325–32. [PubMed][CrossRef]
25. Manea L, Gilbody S, Hewitt C et al. Identifying depression with the PHQ-2: A diagnostic meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 203: 382–95. [PubMed][CrossRef]
26. Sverre E, Peersen K, Husebye E et al. Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovasc Disord* 2017; 17: 40. [PubMed][CrossRef]
27. Celano CM, Healy B, Suarez L et al. Cost-Effectiveness of a Collaborative Care Depression and Anxiety Treatment Program in Patients with Acute Cardiac Illness. *Value Health* 2016; 19: 185–91. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 7. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0570  
Mottatt 6.7.2018, første revisjon innsendt 15.12.2018, godkjent 23.5.2019.  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no