DMCG.dk

Klinisk retningslinje

Screening for depression

Hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats

DMCG-PAL

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Version 1.2

Fagligt godkendt
30.03.2026 DMCG PAL

Administrativt godkendt
19. 05. 2026 (SundK Retningslinjefunktionen)

Planlagt opdatering
13.05.2030

Indeksering
Psykosociale forhold, screeningredskaber, depression, palliative kræftpatienter, opsporing

Indhold

1. Nyt siden sidst (ændringslog) 4
2. Anbefalinger (centrale budskaber) 5
   - Screening 5
3. Introduktion 6
   - Formål 8
   - Patientgruppe 8
   - Målgruppe for brug af retningslinjen 8
4. Evidensgrundlag 9
   - Screening 9
5. Referencer 18
6. Metode 20
   - Litteratursøgning 20
   - Litteraturgennemgang 21
   - Formulering af anbefalinger 22
   - Interessentinvolvering 22
   - Høring 22
   - Godkendelse 23
   - Behov for yderligere forskning 23
   - Forfattere og habilitet 23
   - Plan for opdatering 23
   - Version af retningslinjeskabelon 24
7. Monitorering 25
8. Bilag 26
9. Om denne kliniske retningslinje 56

1. Nyt siden sidst (ændringslog)

Ændringsloggen skal give et hurtigt overblik over væsentlige ændringer siden sidste version af retningslinjen og udfyldes kun i forbindelse med opdateringer.

Tabel 1 - Nyt siden version 1.1.

Kapitel	Afsnit.	Beskrivelse af ændring
2. Anbefalinger		Den første anbefaling er ændret fra ”Føler du dig deprimeret?” til ”Føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret?
3. Introduktion		Introduktionen er blevet gennemskrevet. Det er fremhævet, at screening af depression ikke kan stå alene. Definitionen af depression er blevet uddybet, herunder hvordan sværhedsgraden af depression vurderes. Der er tilføjet en henvisning til klinisk instruks for tilpasnings- og belastningsreaktioner udgivet af Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin.
4. Evidensgrundlag		Der er tilføjet tre artikler samt en EMSO Guideline, der er indholdsmæssigt og metodisk beskrevet i dette afsnit.
5. Referencer		Nye referencer er tilføjet
6. Metode		Der er foretaget ændringer således, at det tilsvarer metoden benyttet ved opdateringen.
9. Bilag		Der er tilføjet ekstra bilag tilsvarende opdateringen.
Redaktion		Nyt afsnit som skal med ifølge nyeste retningslinjeskabelon.

2. Anbefalinger (centrale budskaber)

Anbefalingernes styrke er graderet efter Oxford Levels of Evidence. En A-anbefaling bygger på evidens af høj kvalitet og udtrykker høj sikkerhed i anbefalingen. En D-anbefaling bygger på evidens af lav kvalitet og udtrykker lav sikkerhed i anbefalingen.

Screening

1. Med henblik på opsporing af depression hos voksne kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats kan følgende to spørgsmål anvendes (D):

	Ja	Nej
- Føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret??	☐	☐
- Har du oplevet manglende interesse for ting eller aktiviteter, som du normalt oplever glæde ved?	☐	☐

Hvis patienten svarer ja til ét eller begge af de to spørgsmål, skal der følges op med et klinisk interview med henblik på diagnosticering af depression (for yderligere uddybning af indholdet i klinisk interview, samt eksempler på spørgsmål, henvises til EAPC-retningslinjen (2010) (1)

3. Introduktion

Hos patienter i palliativ fase af kræftsygdom er forekomsten af depression større end hos den øvrige befolkning (1, 2). Depression hos denne gruppe kan medføre ringere overlevelse (1), livskvalitet (3) og compliance (2) og er formentlig forbundet med større bebyrdelse af de pårørende og af sundhedsvæsnet (4). Der er imidlertid et sammenfald af symptomer på depression og symptomer på kræftsygdom i palliativ fase (f.eks. træthed, appetitløshed, vægttab og trækken sig fra omgivelserne), hvilket vanskeliggør erkendelse af depression hos denne gruppe (5, 6). Samtidig kan symptomer på sorg, som er almindeligt i palliativ fase af kræftsygdom, yderligere vanskeliggøre, at depression opdages tidsnok til, at behandling kan have en effekt (3, 5, 6).

Det anslås, at depression forekommer hyppigt hos patienter i palliativ fase af kræftsygdom. Prævalensen angivet i en række undersøgelser varierer. En række studier angiver prævalenser på 13-15 % (1, 2, 5, 7), mens et andet studie rapporterer 4 % - 58 % (3). Forskning tyder dog også på, at patienter i palliativ fase af kræftsygdom kan have flere andre psykologiske tilstande, som ikke skal behandles som depression (2).

Der er udviklet mange screeningsredskaber, der har haft til hensigt at opspore depression uden samtidig at finde falsk positive tilfælde, men det er kun få, der er udviklet til palliative patienter (8). I en retningslinje udgivet af European Association of Palliative Care (EAPC) i 2010 om håndtering af depression (1) konkluderes, at der ikke er evidens for, at screening har effekt på depression outcomet hos disse patienter. Det kan hænge sammen med at det er vanskeligt at designe studier, der belyser effekten af screening uafhængigt af selve depressionsbehandlingen. Alligevel anbefales det, at klinikere bør overveje at screene for depression med jævne mellemrum ved hjælp af et screeningsredskab, da det skønnes, at der således vil være mindre risiko for, at tilfælde af depression overses. Flere undersøgelser peger på, at klinikere ikke udelukkende bør tro på egne evner til korrekt at identificere depression (8).

Screening for depression handler alene om at identificere mennesker med mulig depression, det er ikke diagnosticering og det er ikke en behandling og kan derfor ikke stå alene (1, 8). Et positivt screeningsresultat for depression bør således følges op med en klinisk vurdering og eventuel behandling (1). I en situation, hvor der ikke er mulighed for at yde den rette behandling og opfølgning, vil screening være meningsløs og uetisk (8).

Begrebsafklaring

Screening: er engelsk, afledn. af *screen* sigte, sortere. Screening er en procedure til tidlig opsporing af skjulte sygdomme i en afgrænset befolkningsgruppe.

Screening anvendes mhp. at påbegynde en tidlig behandling af alvorlige sygdomme (9).

Depression

Man skelner i psykiatrien ofte mellem stemningsleje, humør og affekt. Kort sagt beskriver stemningslejet en overordnet følelsesmæssige tilstand over en længere periode. Humør er en midlertidig og dagligdagsfølelse, mens affekt beskriver en midlertidig følelsesmæssig reaktion.

Depression defineres som en psykisk lidelse kendetegnet af vedvarende (minimum to uger) forsænket stemningsleje, nedsat energi og aktivitetsniveau, samt nedsat evne til at glæde sig eller føle interesse for omgivelserne. Derudover kan der være udtalt træthed og uoverkommelighedsfølelse.

At være uhelbredelig syg kan naturligvis medføre triste følelser. Det er derfor vigtigt ift. at screene for depression at få frem, om patienten er mere trist eller nedtrykt end patienten plejer at føle sig. Det vil

sige, at de ovenstående kendetegn skal opleves som en ændring i forhold til patientens habituelle tilstand.

Der skal være mindst to kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer til stede i minimum 2 uger, før diagnosen stilles (10).

Kernesymptomer: 1) Nedtrykthed, 2) Nedsat lyst eller interesse, 3) Nedsat energi eller øget trætbarhed.

Ledsagesymptomer: 1) Nedsat selvtillid eller selvfølelse, 2) Selvbebrejdelser eller skyldfølelse, 3) Tanker om død eller selvmord, 4) Tænke- eller koncentrationsbesvær, 5) Agitation eller hæmning, 6) Søvnforstyrrelser, 7) Appetit – eller vægtændring.

Sværhedsgraden af depression vurderes ud fra antallet af tilstedeværende kerne- og ledsagesymptomer. Sværhedsgraden gradueres i let, middel eller svær grad afhængig af, hvor mange af de anførte depressionssymptomer, der er til stede (11).

Depression adskiller sig fra tilpasningsreaktioner. Tilpasningsreaktioner er tilstande, hvor der er tydelige årsagsfaktorer til stede, f.eks. betydende livsændringer, og symptomerne aftager typisk med tiden. Depression er derimod mere vedvarende og kan opstå uden en klar årsagsfaktor. Hvis kriterierne for depression er opfyldt, skal der stille en depressionsdiagnose (12).

Diagnostiske kriterier for tilpasningsreaktion omfatter (13):

A. Kendte traumer eller belastninger gennem længere tid, mindst inden for den sidste måned, (ikke af usædvanlig eller katastrofekarakter som ved PTSD).

B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstand.

C. Varighed < 6 måneder (undtaget F43,21: < 2 år).

ICD-10 (International Classification of Diseases), er et diagnosesystem udviklet af WHO som anvendes til at stille en depressionsdiagnose i Europa.

Specialiseret palliativ indsats: Varetages af den del af sundhedsvæsenet, som har palliation som hovedopgave, eksempelvis palliative teams, palliative afdelinger og hospice (14).

ROC-curve: En receiver operating characteristics (ROC) kurve er en grafisk præsentation af forholdet mellem sensitivitet og specificitet. Kurvens værdier er en kombination af sensitivitet og 1-specificitet for varierende cut-off-værdier for en skala med justerbare cut-off-værdier. Arealet under ROC-kurven (area under the curve; AUC) er et mål for den diagnostiske nøjagtighed af diagnostiske tests. Jo større et areal under kurven, jo højere grad af diagnostisk nøjagtighed (15).

Patientperspektiv

Det har ikke været muligt at finde litteratur om patientperspektivet ved screening for depression hos kræftpatienter i palliativ indsats. Imidlertid er der tale om alvorligt syge patienter, og forholdsvis korte screeningsværktøjer vil dermed formentlig være at foretrække. Således viser forskning blandt bl.a. indlagte medicinske patienter, at korte spørgeskemaer generelt har en højere grad af accept end lange spørgeskemaer (16). I forhold til patienternes accept af screeningsredskaber viser studier fra almen praksis, at patienter generelt er mere positivt stemt end klinikerne. Således vurderede størstedelen af lægerne i en tysk undersøgelse af ”the Patient Health Questionnaire (PHQ9)”, at

spørgeskemaet var for langt og for tidskrævende. Endvidere vurderede 75% af lægerne det til at være upraktisk mod kun 25% af patienterne (17). Derudover tyder studier på, at graden af depression kan have betydning for patientens accept af at deltage i screening (16).

Problemstilling
Som følge af den høje forekomst af depression hos patienter i palliativ indsats, anbefales det i EAPC-guidelinen, at klinikere bør overveje at screene for depression i denne patientgruppe (1). I guidelinen præsenteres en række hyppigt anvendte screeningsinstrumenter, men der bliver ikke fremhævet ét fremfor et andet. Det er derfor relevant at undersøge, om der i den nyeste litteratur på området er evidens for at kunne fremhæve et screeningsinstrument fremfor et andet, som vil kunne anvendes til at optimere indsatsen med at opspore depression hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats med henblik på efterfølgende diagnosticering og håndtering.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Det specifikke formål med denne kliniske retningslinje er at optimere opsporingen af depression hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats.

Patientgruppe

Voksne (≥18 år) kræftpatienter i specialiseret palliative indsats.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Specifikt henvender retningslinjen sig til sundhedsfagligt personale, der er i kontakt med palliative kræftpatienter.

4. Evidensgrundlag

Screening

1. Med henblik på opsporing af depression hos voksne kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats kan følgende to spørgsmål anvendes (D):

	Ja	**Nej**
- Føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret??	☐	☐
- Har du oplevet manglende interesse for ting eller aktiviteter, som du normalt oplever glæde ved?	☐	☐

Hvis patienten svarer ja til ét eller begge af de to spørgsmål, skal der følges op med et klinisk interview med henblik på diagnosticering af depression (for yderligere uddybning af indholdet i klinisk interview, samt eksempler på spørgsmål, henvises til EAPC-retningslinjen (2010) (1).

Ad anbefaling 1

Litteratur og evidensgennemgang

I et systematisk review inkl. metaanalyse fra 2012 undersøger Mitchell et al. valideringsstudier vedrørende otte screeningsredskaber til identifikation af depression hos cancerpatienter i forhold til ICD-10/DSM-IV kriterierne (8). Metaanalyserne er opdelt på to grupper: ikke-palliative og palliative patientpopulationer. De palliative patientpopulationer inkluderer patienter med fremskreden cancer eller patienter behandlet i palliativ indsats. I meta-analaysen blandt palliative patienter bliver følgende skalaer sammenlignet:

- Et spørgsmål (Are you depressed?).
- To spørgsmål (’Low mood’ and ’Loss of interest’). Disse to spørgsmål er afledt af de to første diagnostiske kriterier for depression i Diagnostic and Statisical Manual-Fourth Edition (DSM-IV) og the International Classification of Disease Tenth Edition (ICD-10).
- The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- The Hospital Anxiety and Depression Scale – D-udgaven (HADS-D).

Metaanalysen blandt palliative patienter viste, at der var størst nøjagtighed ved brug af to spørgsmål (’low mood’ and ’loss of interest’) sammenlignet med de øvrige skalaer. Den vægtede sensitivitet var 94,9 % (95 % CI=85,8 %-99,5 %), og den vægtede specificitet var 91,1 % (95 % CI=79,9 %-98,0 %), baseret på tre studier (8).

To-spørgsmåls-værktøjet havde endvidere en høj acceptabilitet, idet tidsforbruget blev vurderet til at være under 2 minutter.

I reviewet af Mitchell et al. (8) angives to-spørgsmåls-værktøjet som ”low mood” og ”loss of interest” samt at disse er afledt af diagnostiske kriterier i DSM-IV og ICD-10, men reviewet af Mitchell et al. indeholder ikke en konkret formulering heraf. Kriterierne i DSM-IV og ICD-10 er heller ikke udformet som specifikke spørgsmål, og den reference der er angivet i Mitchell et al., ved de to screeningsspørgsmål indeholder heller ikke spørgsmålsformuleringer, der tager direkte udgangspunkt i DSM-IV og ICD-10. To ud af de tre primærstudier, der indgår i metaanalysen indeholder heller ikke eksplicitte spørgsmålsformuleringer, mens det tredje studie af Payne et al. 2007 (18) har beskrevet spørgsmålsformuleringerne i artiklen: 1. ”Are you depressed?” og 2. ”Have you experienced loss of interest in things or activities that you would normally enjoy?”.

Svagheder ved reviewet af Mitchell et al. (8) er det store antal af studier med små studiepopulationer samt metodiske svagheder i nogle af de inkluderede studier, herunder usikkerhed om, hvorvidt undersøgerne har været tilstrækkeligt blindet. Utilstrækkelig blinding kan medføre bias af resultatet af metaanalysen, og må derfor betragtes som en væsentlig metodisk svaghed. Endvidere er der kun inkluderet skalaer, der er vurderet i mindst to forskellige studier, da dette var et kriterium for at indgå i metaanalyserne.

I bilag 7 har vi i arbejdsgruppen anført sensitivitet og specificitet samt evt. arealet under ROC-kurven for de primære studier, der indgår i metaanalysen af Mitchell et al. (8). Endvidere har vi angivet, hvorvidt der har været tilstrækkelig blinding.

I et valideringsstudie af Rhondali et al. 2015 (19) blev der foretaget en sammenligning mellem fire depressionsskalaer, onkologisk vurdering og et psykiatrisk klinisk interview. Disse blev vurderet i forhold til en depressionsdiagnose bestemt ud fra DSM-IV kriterier. De fire selvrapporterede skalaer til at identificere depression var “the Geriatric Depression Scale-30 (GDS)”, ”the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)”, ”the Distress Thermometer (DT)” og ”the Mood Thermometer (MT)”. Studiepopulation var udgjort af kvinder med fremskreden ovarie-cancer, som var over 70 år.

Patienterne udfyldte på dag 1 ved inklusion i studiet de fire selvrapporterede skalaer. Patienterne blev endvidere vurderet for depression af onkologer. Ti dage efter inklusion blev der foretaget et psykiatrisk klinisk interview, hvor en psykolog med udgangspunkt i en interviewguide konstrueret på basis af DSM-IV kriterier og tre validerede skalaer foretog en klinisk vurdering af, om patienten havde en depression, og slutteligt en vurdering baseret på DSM-IV-kriterierne. Vurderingen ud fra DSM-IV-kriterierne blev anvendt som referencestandard. Det screeningsværktøj, der gav den højeste sensitivitet/specificitet i forhold til DSM- IV-kriterierne var GDS, som havde en sensitivitet på 0.94 og en specificitet på 0.80. Blandt de kliniske vurderinger, blev der ved vurderingen foretaget af psykologen med udgangspunkt i en interviewguide fundet en god sensitivitet/specificitet (1.00/0.71), hvorimod den onkologiske vurdering resulterede i en meget lav sensitivitet (0.13) og en specificitet på 0.82.

Det fremhæves som en svaghed ved studiet, at der ikke blev anvendt egne data til at beregne cut-off points i de forskellige skalaer, men at der blev anvendt cut-off points fra den eksisterende litteratur (19).

I et valideringsstudie af Juliao et al. 2013 (7) blev validiteten af et nyt screeningsværktøj for depression undersøgt blandt 63 palliative patienter (primært cancerpatienter). Screeningsværktøjet bestod af tre spørgsmål, som omhandlede patienternes tids- og livsopfattelse, og det blev valideret op i mod DSM-IV. Resultatet af undersøgelsen var, at det ene spørgsmål blev ekskluderet som følge af lav specificitet, mens sensitivitet og specificitet på de resterende to items tilsammen var henholdsvis 63% og 74%. Area under the ROC curve for de to items var 72 % (95 % CI: 59 %-85 %). Studiet var baseret på en forholdsvis lille studiepopulation (7).

I et valideringsstudie af Taylor et al. 2013 (20) blev validiteten af et enkelt spørgsmål som værktøj til screening for depression undersøgt blandt 50 palliative patienter, heraf primært cancerpatienter. Patienterne blev spurgt: ”Have you felt depressed most of the day, nearly every day, for two or more weeks?”. Validiteten af dette spørgsmål til screening for depression blev undersøgt op imod ’The Mini International Neuropsychiatric Interview’, som er et valideret semistruktureret interview for depression baseret på DSM-IV og ICD-10 kriterier. Sensitiviteten af screeningsværktøjet var 0.80, og specificiteten var 0.85. Den positive prædiktive værdi var 0.57, og den negativ prædiktive værdi var 0.94. Begrænsninger ved dette studie var den lille studiepopulation, samt at der kunne gå op til 14 dage mellem vurdering vha. det undersøgte 1-item screeningsværktøj og referencestandarden (MINI) (20).

Warmenhoven et al. (3) har i et valideringsstudie blandt 46 patienter med fremskreden kræft sammenlignet to skalaer i forhold til PRIME-MD, som var referencestandarden. PRIME-MD er et struktureret interview baseret på DSM-IV klassifikation for depressive lidelser og er blevet valideret på onkologiske patienter.

De to undersøgte skalaer var:

- Beck-Depression Inventory (BDI-II), som er et selvrapporteret spørgeskema med 21 spørgsmål
- Et enkelt screeningsspørgsmål: ”Føler du dig deprimeret?” (Are you feeling depressed?)

De fandt, at arealet under ROC-kurven for BDI-II var 0.82 (sensitivitet: 90% og specificitet: 69 % ved et cut-off point på 16). Sensitiviteten af det enkelte spørgsmål var 50%, mens specificiteten var 94 %. Forfatterne konkluderer, at BDI- II synes at være et tilstrækkeligt screeningsinstrument for depression hos patienter med fremskreden cancer, mens sensitiviteten af et enkelt screeningsspørgsmål var lav (3).

Som følge af, at opsporing af depression i palliativ indsats er karakteriseret ved en stor mængde af tilgængelige screeningsværktøjer, men meget sparsom evidens, foretog forskningsgruppen bag EAPC retningslinjen (1) en Delfi-undersøgelse publiceret i 2011 med henblik på at få en ekspertvurdering af, hvilket screeningsværktøj, der vurderedes at være mest optimal til at opspore depression hos palliative patienter (ikke kun cancerpatienter). Den internationale ekspertgruppe bestod af 18 fagpersoner med viden om og erfaring med håndtering af depression i palliativ indsats, og var sammensat af syv palliationslæger, seks psykiatere (med erfaring fra det palliative felt), to psyko-onkologer, en adfærdsterapeut, en klinisk psykolog og en alment praktiserende læge. Baseret på eksisterende evidens og i samråd med ekspertgruppen udviklede forskningsgruppen bag EAPC-retningslinjen et Delfi-spørgeskema, som udover andre emner indeholdt en rating af otte forskellige screeningsværktøjer.

Ekspertgruppen ratede hvert screeningsinstrument (score fra 0-10) over to omgange med mulighed for ved første runde at foreslå yderligere items, som kunne blive inkluderet i anden runde af Delfi-undersøgelsen. Efter anden runde blev screeningsværktøjerne ”et-spørgsmål: Are you depressed?”, ”to-spørgsmål om low mood and low interest” og HADS-skalaen, udpeget som de mest anvendelige screeningsværktøjer til at opspore depression i palliativ indsats, alle med en median score på 7,0. Derudover blev itemet ”Routine informal asking”, hvilket blev foreslået af en ekspert i første runde og tilføjet til spørgeskemaet i anden runde, med en median score på 8,5 rated højere end nogen af de formelle screeningsværktøjer. Screening for depression ved brug af et generisk symptomvurderingsværktøj såsom the Palliative Outcome Scale opnåede en median score på 6,5. Endeligt opnåede screeningsværktøjerne the Brief Edinburgh Depression Scale, the Prime-M PHQ-9, the Beck Depression Inventory og the Distress Thermometer alle en median rating på 5,0 eller lavere (6).

EAPC udgav i 2010 en international klinisk retningslinje om håndtering af depression i palliativ indsats (se evt. også beskrivelsen af EAPC-retningslinjen i metode-afsnittet) (1).

EAPC-retningslinjens afsnit om opsporing, diagnose og vurdering indeholder tre overordnede anbefalinger, en lang række underpunkter med karakter af anbefalinger samt en oversigt over de hyppigst anvendte screeningsredskaber blandt patienter i palliativ indsats.

De tre overordnede anbefalinger i EAPC-retningslinjen (1) er:

1. Klinikere bør prioritere kognitive/følelsesmæssige symptomer ved opsporing af depression, da fysiske symptomer (eks. vægttab og fatigue) kan være forårsaget af fysisk sygdom eller medicinsk behandling.
2. Klinikere bør overveje screening for depression hos patienter i palliativ indsats. Brug af et screeningsværktøj til opsporing af depression kan hjælpe klinikere med opsporing af depression, men der er ikke evidens for, at brug af screeningsværktøjer forbedrer depression outcomes hos denne patientgruppe.
3. Som følge af, at den psykiske tilstand hos palliative patienter er ustabil, anbefales det, at klinikere løbende skal vurdere depressive symptomer, således at ændringer i humør over tid opspores.

EAPC-retningslinjen fremhæver ikke et specifikt screeningsværktøj fremfor et andet, men angiver de hyppigst anvendte screeningsredskaber samt tilhørende sensitivitet og specificitet (1):

Screeningsværktøj	**Sensitivitet**	**Specificitet**
Ét-item ”Are you depressed”	0.42-0.86	0.74-0.92
To-item ”During the last month, have you been bothered by feeling down, depressed or hopeless?” ”During the last month, have you been bothered by having little interest or pleasure in doing things”	0.91-1.00	0.57-0.86
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 14 items, 7 for angst, 7 for depression. Ekskluderer somatiske symptomer	0.68-0.92	0.65-0.90
The Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) 6 items, der dækker skyld, søvnløshed, frygt, tristhed, ikke i stand til at håndtere (cope) situationen og tanker om selv-skade.	0.72	0.83

Endvidere fremhæver EAPC-retningslinjen en lang række punkter med karakter af anbefalinger, hvoraf et udvalg med størst relevans for indeværende retningslinje er medtaget her (1):

- For at undgå unødig belastning af patienterne, kan det overvejes at bruge en generisk skala til vurdering af symptomer, som inkluderer et eller flere spørgsmål om humør og/eller depression (f.eks. the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), the Palliative care Outcome Scale (POS)), eller en overordnet skala til måling af livskvalitet (f.eks. EORTC QLQ (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire).
- Klinikere bør være fortrolige med at spørge til patienternes psykiske velbefindende som en del af den rutinemæssige vurdering af patienten. Hvis patientens svar indikerer depression, bør det overvejes også at anvende et screeningsværktøj, der specifikt vedrører depression.
- Screening bør altid suppleres med en opfølgningsstrategi.

- Hvis der svares bekræftende på screeningen for depression, følges op med klinisk interview med henblik på endelig diagnosticering ved relevant fagperson.
- Nogle screeningsværktøjer kan endvidere anvendes til at vurdere graden af depression, f.eks. Beck Depression Inventory (BDI).
- Pårørende kan spille en vigtig rolle i opsporingen af depression, og det anbefales at spørge patienternes pårørende eller omsorgspersoner, om der har været en væsentlig ændring i patientens stemningsleje (humør), interesse/lyst og kognitive symptomer (koncentrations- og hukommelsesbesvær, nedsat selvfølelse, patologisk skyldfølelse).
- Hos patienter med kommunikationsvanskeligheder (eks. sensoriske problemer, indlæringsvanskeligheder) kan det overvejes at anvende 'the Distress Thermometer' samt at spørge pårørende eller omsorgspersoner som et overordnet mål for patientens aktuelle psykiske belastning.

Sensitivitet og specificitet i inkluderede studier
Som følge af de metodiske svagheder i reviewet Mitchell et al., 2012 (8) har vi gennemgået studierne inkluderet i reviewet enkeltvis for hhv. sensitivitet og specificitet samt AUC for ROC-kurven, ved de studier, der har rapporteret dette samt status for blinding. Resultaterne fra studier publiceret efter udgivelsen af Mitchell et al. 2012 er ligeledes rapporteret (se bilag 7).

Af gennemgangen fremgik det (bilag 7), at sensitiviteten og specificiteten ved brug af ét spørgsmål ligger mellem hhv. 0,50-0,80 og 0,72-0,94 (3, 18, 20, 21), hvis man ser bort fra de studier, hvor der er utilstrækkelig blinding. Der er kun ét studie, der undersøger to-spørgsmåls-værktøjet, som med sikkerhed er tilstrækkeligt blindet(18). I dette studie bliver der fundet en forholdsvis høj sensitivitet på 0,91, mens specificiteten er på 0,68 ved brug af to-spørgsmåls-værktøjet til screening for depression. For de øvrige skalaer afhænger den givne sensitivitet og specificitet af det i artiklen valgte cut-point for case-definition af depression. I tabellen (bilag 7) har vi angivet det sæt af sensitivitet og specificitet, som i den givne artikel fremhæves som det mest optimale og/eller givne ud fra skalaen, og det valgte cut-off er anført i tabellen. Her ses, at for Hospital Anxiety and Depression skalaen (HADS) fordeler sensitiviteten og specificiteten sig mellem henholdsvis 0,50-0,73 og 0,67-0,81 ved studier med tilstrækkelig oplysning om blinding (19, 22), og ved brug af de to subskalaer fordeler sensitiviteten og specificiteten sig mellem hhv. 0,16-0,82 og 0,74-0,97 for HADS-D (22, 23) og på 0,82 og 0,75 for HADS-A (22).

Studier, der har undersøgt Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) samt en forkortet version af EPDS, finder sensitivitet og specificitet mellem hhv. 0,70- 0,81 og 0,83-0,74 (21, 24, 25). Èt studie finder en sensitivitet og specificitet på hhv. 0,90 og 0,69 ved brug af Beck-Depression Inventory (BDI-II) (3). Et andet studie undersøger den korte version af Beck Depression Inventory (BDI-SF) og finder en sensitivitet og specificitet på hhv. 0,84 og 0,63 (23). Af øvrige skalaer fremhæves her the Geriatric Depression Scale-30 (GDS), som i et studie af Rhondali et al. 2015, viser en sensitivitet og specificitet på 0,94 og 0,80 (19).

Således ses, at de skalaer, der opnår den højeste sensitivitet sammenholdt med specificiteten (med vægt på sensitiviteten) som værktøj til screening for depression hos palliative cancerpatienter er hhv. GDS, BDI-II og to-spørgsmålsværktøjet. Disse tre skalaer er dog kun undersøgt i hver ét studie, når ikke-blindede studier ekskluderes. Både GDS og BDI-II involverer et forholdsvist højt tidsforbrug, idet der er 30 spørgsmål i GDS og 21 i BDI-II, hvorimod to- spørgsmål-værktøjet er et simpelt screeningsinstrument med et lavt tidsforbrug.

Opsamling
Evidensgrundlaget for screening for depression hos palliative kræftpatienter består således af en metaanalyse, en række enkeltstudier, der hver især undersøger forskellige skalaer, samt en Delfi-undersøgelse og en retningslinje udarbejdet af EAPC. Metaanalysen er behæftet med væsentlige

metodiske svagheder, idet der kan være inkluderet studier i metaanalysen, som ikke har været tilstrækkeligt blindet. Derudover er der ikke givet en direkte formulering af de to screeningsspørgsmål (low mood and loss of interest). Enkeltstudierne publiceret efter udgivelsen af metaanalysen af Mitchell et al, evaluerer en række forskellige skalaer, som er gengivet i retningslinjen samt i bilag 7.

I EAPCs Delfi-undersøgelse er der blandt ekspertpanelet størst tilslutning til ”informal asking”, som indebærer, at der spørges uformelt til patientens humør som en del af en mere omfattende symptomvurdering. Imidlertid peger en række andre undersøgelser på, at usystematisk vurdering er forbundet med en meget lav grad af sensitivitet, og dermed, at mange tilfælde af depression ikke bliver opsporet (8, 19). I arbejdsgruppens gennemgang af de enkelte studier blev der fundet den højeste sensitivitet og specificitet ved skalaerne GDS, BDI-II og to- spørgsmåls-værktøjet, men kun to-spørgsmåls-værktøjet har et lavt tidsforbrug.

Der er således undersøgt en række skalaer, men der er ikke evidens af tilstrækkelig høj metodisk kvalitet til at konkludere, at den ene skala er bedre end den anden til opsporing af depression hos palliative kræftpatienter. På baggrund af den foreliggende evidens har vi i arbejdsgruppen truffet en konsensusbaseret beslutning om at anbefale skalaen med de to spørgsmål, ud fra følgende argumenter:

1. Det er den skala, der estimeres som mest nøjagtig i Mitchell et al. 2012 (8).
2. Når man sorterer de studier fra, der ikke er tilstrækkelig blindet eller hvor der er usikkerhed herom, så er det ene studie med tilstrækkelig blinding, som anvender skalaen med de to spørgsmål ét af de studier, der har en høj sensitivitet sammenlignet med de øvrige skalaer (se tabel 6).
3. Samtidig er det en af de skalaer, som scorer højt i Delfi-undersøgelsen.
4. Et yderligere argument for at vælge to-spørgsmåls-skalaen fremfor f.eks. BDI eller GDS er, at det er et mindre tidskrævende instrument, hvilket vi vægter højt af hensyn til målgruppen for retningslinjen bestående af alvorligt syge kræftpatienter.

Som redegjort for tidligere er der ikke anført de specifikke formuleringer af to- spørgsmålsskalaen i Mitchell et al. 2012(8). Vi har i arbejdsgruppen derfor valgt at anvende formuleringerne fra studiet af Payne et al., 2007 (18) som er det blindede studie, der anvender de to spørgsmål, som på engelsk lyder 1. ”Are you depressed?” og 2. ”Have you experienced loss of interest in things or activities that you would normally enjoy?”.

Dette blev i første version oversat til:

Er du deprimeret? og Har du oplevet manglende interesse for ting eller aktiviteter, som du normalt oplever glæde ved?

Ved opdateringen af retningslinjen er det besluttet at ændre første spørgsmål, da det vurderes ikke at give fagligt mening specifikt at spørge til, om man føler sig deprimeret. I stedet er der taget udgangspunkt i formuleringen fra PHQ-2 (26) , som spørger bredt til ”føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret?”((i)‘During the past month have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?’ og (ii) ‘During the past month have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?’.) Denne formulering ligger i tråd med To-item spørgsmålene, som de er angivet i ovenstående tabel med screeningsværktøjer fra EAPC-retningslinjen fra 2010 (1) og bliver ligeledes anbefalet i ESMOs guideline for angst og depression hos kræftpatienter fra 2023 (27). ESMO bringer six-item Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) op til den palliative population. BEDS er seks items og har derfor ikke den fordel at være ’ultra kort’. Derfor fastholdes to items.

	Ja	Nej
- Føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret?	☐	☐
- Har du oplevet manglende interesse for ting eller aktiviteter, som du normalt oplever glæde ved?	☐	☐

Et positivt screeningsresultat (dvs. mistanke om depression) opnås, hvis patienten svarer ja til ét eller begge spørgsmål.

Litteratur tilføjet til version 1.2

Rodríguez-Mayoral et al.:

I studiet af Rodríguez-Mayoral et al. fra 2020 (28) sammenlignes HADS-D og BEDS som screeningredskaber til at diagnosticere Major Depressive Disorder (MDD) blandt palliative kræftpatienter. Studiet er udformet som et prospektivt observationsstudie, hvor udvælgelsen af deltagere ikke er randomiseret. Referencestandarden var DSM-V, og alle deltagere blev evalueret af en psykiater, der tog udgangspunkt i DSM-V kriterier.

Den endelige studiepopulation bestod af 89 patienter med fremskreden cancer, der alle var tilknyttet en palliativ enhed på det nationale cancerinstitut i Mexico. Det blev fundet at BEDS var bedre til at diskriminere imellem patienter med og uden depression end HADS-D, AUC var hhv. 0.8541 og 0.7665 (se Tabel 6). Det skal dog bemærkes at forskellen mellem de to redskaber ift. AUC ikke var statistisk signifikante. Forfatterne foreslår at benytte BEDS med en cut-off værdi på 5, for med højest sensitivitet at finde deltagere med MDD.

Af relevante bias skal nævnes at studiepopulationen i dette studie er lille. Selektionsbias kan være til stede da, alle patienter er rekrutteret fra den samme enhed. Studiet er foretaget i Mexico, hvorfor det bør overvejes, om resultaterne direkte kan overføres til vestlige standarder. Ydermere er inklusionen af deltagere i dette studie ikke randomiseret (2b).

Shinn et al.:

I dette studie fra 2021 (29) undersøges følgende fire screeningsredskabers evne til at finde Major Depressive Episode (MDE): CES-D, BDI fastscreen, PHQ-9 samt spørgsmålet Are you depressed?. Referencestandarden er DSM-IV. Det undersøges i en population på 153 kvinder med æggestokkræft, der er under aktiv behandling. Der er således ikke tale om en egentlig palliativ population, men da de fleste kvinder først diagnosticeres på et sent stadie, hvor 5 års overlevelsen allerede er komprimeret (29), er dette studie valgt inddraget med den antagelse, at populationen vil være relativt sammenlignelig med en palliativ population.

Der foretages i studiet prospektiv og ikke-randomiseret udvælgelse af deltagere. Studiet er et diagnostisk teststudie.

Hovedresultatet var at PHQ-9 benyttet med tofase-scoring var bedst til at diagnosticere MDE (AUC= 0,893). PHQ-9 blev fundet en smule bedre blandt patienter, der ikke tog antidepressiv medicin i forvejen (AUC = 0,931). Se Tabel 6 for AUC, sensitivitet, specificitet og cut-off scores for de undersøgte screeningredskaber i dette studie.

Studiet er behæftet med mulige bias, da resultaterne grundet studiepopulationen ikke nødvendigvis kan overføres til alle cancerpopulationer, ligesom udvælgelsen af deltagere ikke har været randomiseret. Andelen af deltagere med MDE var lav (9%), hvilket også kan have påvirket resultaterne. Det skal yderligere bemærkes, at den tilgængelige artikel er et author manuscript. Den endelige artikel har ikke været mulig at finde. Dog er author manuscriptet peer-reviewet, og alle relevante rettelser antages at være foretaget (2b).

Grasi et al.

Denne retningslinje er udgivet af ESMO om angst og depression for cancerpatienter i 2023 (27). I retningslinjen beskrives, at angst og depression ses hyppigt hos palliative kræftpatienter og forværrer livskvalitet, symptombyrde og behandlingsforløb. ESMO anbefaler systematisk og gentagen screening for psykisk belastning gennem hele det palliative forløb, f.eks. med HADS, PHQ-9 eller BEDS. Se AGREE II kvalitetsvurdering af retningslinjen i bilag 8.

Ryan et al.

I dette studie fra 2012 (26) undersøges validiteten af to ultrakorte screeningsredskaber til identifikation af psykisk belastning hos patienter med fremskreden kræft: Distress Thermometer (DT) og PHQ-2 (to spørgsmål om depression), med og uden et efterfølgende "ønsker du hjælp?"-spørgsmål.
205 patienter med fremskreden kræft blev screenet og efterfølgende vurderet med både HADS og et struktureret psykiatrisk interview (SCID) DT viste høj sensitivitet (op til 100 %) for både alvorlig psykisk belastning og psykiatrisk morbiditet, men lav specificitet (49–60 %). PHQ-2 havde generelt en bedre balance mellem sensitivitet og specificitet, særligt depressions-itemet alene (sensitivitet 88 %, specificitet 73 % mod SCID-diagnoser).
Når "hjælpe"-spørgsmålet blev tilføjet, steg specificiteten markant (≥89 %), men reducerede sensitiviteten betydeligt. Studiet konkluderer, at ultrakorte redskaber er velegnede til at identificere patienter med høj risiko for psykisk belastning, men mindre egnede til at udelukke ikke-belastede patienter; kombination med et "hjælpe"-spørgsmål kan bruges til at identificere de patienter, der både er belastede og motiverede for professionel støtte. Resultaterne understøtter, at screening for psykiske belastning bør suppleres med klinisk vurdering og dialog – ikke stå alene som beslutningsgrundlag.

Patientværdier og –præferencer

Anbefalingerne er ikke præferencefølsomme.

Rationale

Som følge af utilstrækkelig evidens på området og metodiske svagheder ved den eksisterende evidens er anbefalingerne i denne retningslinje blevet til ved en konsensusbeslutning (evidensniveau D) i arbejdsgruppen på baggrund af den eksisterende litteratur. Dette gør sig fortsat gældende for de opdaterede anbefalinger.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 1 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Ved ja, angiv da anbefalingens nr.: [##]

5. Referencer

1. Rayner L, Higgins I, Hotopf M. The management of depression in palliative care. EAPC: European clinical guidelines; 2010.
2. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-74.
3. Warmenhoven F, van Rijswijk E, Engels Y, Kan C, Prins J, van Weel C, et al. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2012;20(2):319-24.
4. Crawford GB, Robinson JA. The geriatric depression scale in palliative care. Palliat Support Care. 2008;6(3):213-23.
5. Asghar-Ali AA, Wagle KC, Braun UK. Depression in terminally ill patients: dilemmas in diagnosis and treatment. J Pain Symptom Manage. 2013;45(5):926-33.
6. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study. BMC Palliat Care. 2011;10:10.
7. Juliao M, Oliveira F, Nunes B, Barbosa A. Time and life perception in the terminally ill: its utility in screening for depression. J Palliat Med. 2013;16(11):1433-7.
8. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. J Affect Disord. 2012;140(2):149-60.
9. Gyldendal, Danske Ds. Den store Danske 2015 [Available from: http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Samfundsmedicin/screening
10. ICD-10 W. WHO ICD-10. København: Munksgaard; 2000.
11. Videbech P, Køjølbye M, Hjerrild S, Debost J-CP. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme. København: FADL´s Forlag; 2023.
12. DMPG., Packness A, Jørgensen A, Rendtorff C. Udredning af depression - hos børn, unge og voksne 2025.
13. Glasscock D. Tilpasnings- og belastningsreaktioner (F43,2 – F43,9). Armoni; 2017.
14. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats 2011 [Available from: http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx.
15. Hajian-Tilaki K. Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve Analysis for Medical Diagnostic Test Evaluation. Caspian J Intern Med. 2013;4(2):627-35.
16. Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. Psychooncology. 2011;20(6):572-84.
17. Bermejo I, Niebling W, Berger M, Härter M. Patients' and physicians' evaluation of the PHQ-D for depression screening. Primary Care and Community Psychiatry. 2005;10:125-31.
18. Payne A, Barry S, Creedon B, Stone C, Sweeney C, T OB, et al. Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. Palliat Med. 2007;21(3):193-8.
19. Rhondali W, Freyer G, Adam V, Filbet M, Derzelle M, Abgrall-Barbry G, et al. Agreement for depression diagnosis between DSM-IV-TR criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer. Clin Interv Aging. 2015;10:1155-62.
20. Taylor L, Lovell N, Ward J, Wood F, Hosker C. Diagnosis of depression in patients receiving specialist community palliative care: does using a single screening question identify depression otherwise diagnosed by clinical interview? J Palliat Med. 2013;16(9):1140-2.
21. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to compare three depression screening tools in patients who are terminally ill. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(5):384-9.
22. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM, Cornbleet M. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. Palliat Med. 1999;13(5):399-407.

23. Love AW, Grabsch B, Clarke DM, Bloch S, Kissane DW. Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38(7):526-31.
24. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. Criterion validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer. J Pain Symptom Manage. 2000;20(4):259-65.
25. Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. J Affect Disord. 2007;99(1-3):259-64.
26. Ryan DA, Gallagher P, Wright S, Cassidy EM. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer and a two-item depression screen (Patient Health Questionnaire-2) with a 'help' question for psychological distress and psychiatric morbidity in patients with advanced cancer. Psychooncology. 2012;21(12):1275-84.
27. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023;8(2):101155.
28. Rodriguez-Mayoral O, Pena-Nieves A, Allende-Perez S, Lloyd-Williams M. Comparing the hospital anxiety and depression scale to the Brief Edinburgh Depression Scale for identifying cases of major depressive disorder in advanced cancer palliative patients. Palliat Support Care. 2021;19(2):170-4.
29. Shinn EH, Valentine A, Baum G, Carmack C, Kilgore K, Bodurka D, et al. Comparison of four brief depression screening instruments in ovarian cancer patients: Diagnostic accuracy using traditional versus alternative cutpoints. Gynecol Oncol. 2017;145(3):562-8.
30. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. Eur J Cancer. 2011;47(5):702-12.

6. Metode

Litteratursøgning

Fokuseret spørgsmål:

1. Hvilken evidens er der for, at et screeningsredskab i forhold til et andet screeningsredskab med højere sensitivitet og specificitet kan opspore depression hos patienter ≥ 18 år med kræftsygdom i palliativ fase?

European Association of Palliative Care (EAPC) har i 2010 udgivet guidelinen "The management of Depression in Palliative Care", som indeholder anbefalinger for håndtering af depression hos palliative patienter. Heri indgår også anbefalinger for screening, diagnostik og vurdering af depression hos palliative patienter. Der er ikke foretaget en systematisk litteratursøgning for den del af EAPC guidelinen, der omhandler screening for depression, men der er foretaget ikke-systematiske litteratursøgninger og udvalgt evidens (30), som efterfølgende er blevet vurderet i en konsensusproces af internationale eksperter med specialistviden og -erfaring på området. En række videnskabelige artikler er udgivet i forbindelse med guidelinen (6, 30), og de danner sammen med den refererede litteratur evidensgrundlaget for EAPC-guidelinen.

Med henblik på at afdække den nyeste evidens på området siden udgivelsen af EAPC-guidelinen er der til indeværende retningslinje foretaget en systematisk litteratursøgning, der går tilbage til 2008.

Søgeord og MESH-termer

Søgeord er afgrænset og udvalgt i forhold til det fokuserede spørgsmål. Ordene er valgt med udgangspunkt i MESH-termer fra PubMed databasen. Når der ikke fandtes MESH-termer blev der anvendt fritekst søgeord.

Søgning i øvrige baser er sket med størst mulig overensstemmelse med MESH- termerne og søgeord i PubMed.

Følgende søgeord blev kombineret (se også bilag 2 for detaljeret søgestrategi):

- ROC Curve[MeSH Terms] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR Diagnosis [MeSH Terms] OR screening OR mass screening[MeSH Terms] OR scale[Title/Abstract] OR accuracy [Title/Abstract] OR receiver-operator OR specificity[Title/Abstract] OR sensitivity [Title/Abstract]
- depression OR depression [MeSH Terms] OR depressive disorder [MeSH Terms]
- terminally ill [MeSH Terms]) OR "advanced cancer" OR palliative care [MeSH Terms] palliative

Anvendte søgedatabaser

Der er foretaget systematisk søgning i følgende databaser:

- PubMed
- EMBASE
- PsycInfo
- COCHRANE
- CINAHL

Afgrænsninger (limits)

Der er søgt tilbage til 01.01.2008. Der blev ikke yderligere afgrænset i forhold til alder, sprog, studiedesign eller andet med henblik på at finde så meget relevant litteratur som muligt.

Tidspunkt for litteratursøgning

Litteratursøgninger er foretaget juni-august 2015. Litteratursøgningerne er senest opdateret august 2016, hvilket ikke resulterede i yderligere relevante referencer (se bilag 2 for detaljeret søgestrategi foretaget juni-august 2015).

Litteraturen til denne opdaterede version af retningslinjen er søgt mellem marts-maj 2023. Litteraturen er her søgt fra 1.9.2016, hvor den seneste litteratursøgning blev afsluttet i den originale retningslinje.

Udvælgelse og vurdering af litteratur

Der blev opstillet følgende inklusions- og eksklusionskriterier til udvælgelse af studier.

Kriterier for inklusion:

- Studier, der undersøger validiteten af værktøjer til screening for depression hos kræftpatienter i palliativ indsats.
- Studier på dansk, engelsk, norsk eller svensk.
- Blinding af resultatet af referencestandarden ved måling af screeningsværktøjet.
- Studier, der har anvendt diagnostisk interview ud fra DSM eller ICD- kriterier som referencestandard for depression.

Kriterier for eksklusion:

- Studier, der ikke har anvendt diagnostisk interview ud fra DSM eller ICD- kriterier som referencestandard, eksempelvis en anden skala.

Litteratursøgningen i databaserne foretaget juni-august 2015 gav 2505 hits (inklusiv gengangere). Med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål og inklusions- og eksklusionskriterier blev 73 studiers titler og abstracts vurderet for relevans. Heraf blev 30 abstracts vurderet til at være interessante og blev fundet i fuldtekst (bilag 3).

Ved litteratursøgning mellem marts-maj 2023 blev der fundet i alt 3396 artikler på tværs af de fem databaser. Alle artikler blev gennemgået på titel og abstract. Herefter blev 14 gennemgået i fuldtekst, hvoraf 2 artikler opfyldte kriterierne og er inkluderet i denne opdaterede version af retningslinjen. Søgningerne foretaget i Embase og PsycINFO blev afgrænset til RCT, systematiske reviews og metaanalyser for at begrænse antallet af hits. På denne måde sikres også evidens på højt niveau.

Der blev ifm. opdateringen i maj 2023 søgt efter nye relevante guidelines. Der blev søgt i alle relevante databaser (se opdateret søgestrategi i bilag 2). der blev ikke fundet nyere retningslinjer af relevans for denne opdaterede version. En retningslinje blev frasorteret da den ikke omhandlede palliation, ligesom en blev frasorteret, da det metodiske grundlag var for svagt.
Udvælgelsen af studier blev foretaget med afsæt i de fokuserede spørgsmål samt in- og eksklusionskriterier. Årsagerne til, at studier blev fravalgt, var enten pga. at de ikke kunne besvare det fokuserede spørgsmål, ikke opfyldte inklusionskriterierne eller pga. store metodiske svagheder i studierne.

EAPC guidelinen (1) og seks studier, herunder en metaanalyse af Mitchell et al, 2012 (8) og en Delfi-undersøgelse (6) opfyldte inklusionskriterierne og er endeligt medtaget i retningslinjen. Ved opdateringen blev yderligere tre studier inkluderet (28, 29) samt ESMO Guideline fra 2023 (27).

Litteraturgennemgang

De udvalgte studier er vurderet ved hjælp af Sekretariatet for Referenceprogrammers (SfR) checklister. Alle artikler er kritisk kvalitetsvurderet af mindst to medlemmer af arbejdsgruppen med forskningsmæssig kompetence.

Ved uenighed blev tredjepart inddraget indtil opnåelse af konsensus.

EAPC guidelinen ”The management of Depression in Palliative Care” er kvalitetsvurderet ved hjælp af AGREE II instrumentet. Tre personer fra arbejdsgruppen foretog først individuelle vurderinger og sammenholdt herefter resultaterne (bilag 4). Guidelinen blev vurderet til at være af moderat kvalitet, og indgår som en del af evidensgrundlaget i denne retningslinje.

Ved opdateringen i 2023 er de inkludere artikler vurderet af en metodekonsulent fra DMCG-PAL. Artiklerne er gennemgået med fokus på potentielle bias, og der er benyttet udfyldelse af evidenstabel til at vurdere den metodiske kvalitet af studierne. Bias er anført under litteraturgennemgangen i 3. Grundlag. ESMO Guidelinen er kvalitetsvurderet ved hjælp af AGREE II. Se bilag 7.

Formulering af anbefalinger

Som følge af manglende evidens på området og metodiske svagheder ved den eksisterende evidens er anbefalingerne i denne retningslinje blevet til ved en konsensusbeslutning (evidensniveau D) i arbejdsgruppen på baggrund af den eksisterende litteratur. Der er under Grundlag redegjort for de metodiske svagheder ved den identificerede metaanalyse (8), som bevirker, at vi ikke udelukkende kan anvende denne som evidensgrundlag for anbefalingen. Endvidere er der beskrevet de identificerede primærstudier, der er publiceret efter afslutningen af litteratursøgningstidspunktet i Mitchell et al., 2012 (8) samt en Delfi-undersøgelse (6) udført i forbindelse med udarbejdelse af EAPC-guidelinen. Slutteligt har vi redegjort for overvejelserne indgået i udvælgelsen af skalaen til anbefalingen.

Ved opdateringen i 2023 blev tilføjet to studier, der begge er ikke-randomiserede observationsstudier, hvoraf det ene ikke har en palliativ population, samt er et author manuscript. Det vurderes, at disse studier ikke er metodisk stærke nok til at ændre på beslutningen om den originale konsensusanbefaling. Yderligere blev der tilføjet en ESMO-guideline samt et tværsnitsstudie, som støtter op om EAPC-Guidelinens To-item spørgsmål, og derfor har ændret på anbefalingen. Overvejelserne omkring ændringen fremgår under kap 3. Grundlag.

Interessentinvolvering

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

Høring

Før omlægning til fælles retningslinjeskabelon (DMCG), blev første version af retningslinjen godkendt og sendt i offentlig høring i regi af Center for Kliniske Retningslinjer. Nuværende version har ikke været sendt i høring.

Ved opdateringen skulle retningslinjen i den nye udgave være blevet sendt til den originale arbejdsgruppe for at de kunne godkende retningslinjen fagligt, samt godkende at de stadig ville have deres navn på retningslinjen. Det har ikke været muligt at få kontakt til arbejdsgruppen, hvorfor deres navne er taget ud af retningslinjen. DMCG-PALs bestyrelse er informeret om, at denne retningslinje er blevet opdateret.

Godkendelse

Faglig godkendelse

Henrik Larsen, Overlæge, Lindrende Behandling, klinik 4005, Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet
Dorte Larsen Psykolog, Lindrende Behandling, klinik 4005, Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet

Administrativ godkendelse

19 maj 2026

Behov for yderligere forskning

I screeningen er det relevant at få frem, at det er *mere* nedtrykt, håbløs eller deprimeret end patienten plejer at føle sig. Det indgår ikke i det anbefalede spørgsmål ”Føler du dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret?” Det vil være relevant at se på, om der kommer evidens for et screeningsredskab med spørgsmål, som inkluderer ændringen i patientens tilstand.

Forfattere og habilitet

Denne retningslinje er udarbejdet under Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL, en organisation af det palliative område under DMCG, der finansieres af Danske Regioner) (www.dmcgpal.dk)

- Anna Jedzini Ogstrup, Akademisk medarbejder, DMCG-PAL
- Gertrud Lampe Dohn, Metodekonsulent, DMCG-PAL

Kontaktperson

- Anna Jedzini Ogstrup, Akademisk medarbejder, DMCG-PAL, anna.jedzini.ogstrup@regionh.dk

Konsulenter på første udgave af retningslinjen

- Lise Pedersen, Ledende overlæge, Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Har gennemlæst og kommenteret på udkast til retningslinjen.
- Birgit Villadsen, Ledende oversygeplejerske, Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Har gennemlæst og kommenteret på udkast til retningslinjen.
- Per Bech, Professor, overlæge, Forskningsenheden på Psykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri, Hillerød. Har gennemlæst og kommenteret på udkast til retningslinjen.

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

Plan for opdatering

Det er planlagt, at retningslinjen skal opdateres med en ny litteratursøgning og gennemgang af evidensen i 2030 af DMCG-PAL. Opdateringsdato er fastsat og fremgår på forsiden.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af SundK retningslinjeskabelonen.

7. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra Dansk Palliativ Database i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

Overvejelser i forbindelse med implementering

Der skal afsættes tid og ressourcer til implementering af retningslinjens anbefalinger i klinisk praksis, herunder lokal tilpasning og instruktion til relevante fagpersoner. Se evt. Sundhedsstyrelsens håndbog til implementering af nationale kliniske retningslinjer, der indeholder en række gode råd, metoder og værktøjer til implementeringsarbejdet(31).

Monitorering af retningslinjens anbefalinger

Standard: ≥ 80 % af alle patienter i specialiseret palliativ indsats er blevet screenet for depression ved brug af de to anbefalede spørgsmål.

Indikator: Andelen af patienter i specialiseret palliativ indsats, der er blevet screenet for depression ved brug af de to anbefalede spørgsmål.

Monitorering: Journal audit.

8. Bilag

Bilag 1. Ændringslog fra tidligere versioner (ved opdateringer).

Nyt siden version 1.0

Anbefalinger er pr. 31. maj 2022 fortsat vurderet gældende og revisionsdatoen er udsat til oktober 2023.

Bilag 2. Detaljeret litteratursøgningsstrategi

Dato	Database	Søgetermer	Limits	Antal hits
Marts 2023	PubMed	Search: ((scale[Title/Abstract] OR accuracy[Title/Abstract] OR receiver-operator OR ROC Curve[MeSH Terms] OR specificity[Title/Abstract] OR sensitivity[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR Diagnosis[MeSH Terms] OR screening) OR mass screening[MeSH Terms]) AND (depression OR depression[MeSH Terms] OR depressive disorder[MeSH Terms)) AND (palliative OR terminally ill[MeSH Terms] OR "advanced cancer" OR palliative care[MeSH Terms]) Filters: from 2016/9/1 - 2023/3/21 (("scale"[Title/Abstract] OR "accuracy"[Title/Abstract] OR "receiver-operator"[All Fields] OR "roc curve"[MeSH Terms] OR "specificity"[Title/Abstract] OR "sensitivity"[Title/Abstract] OR "sensitivity and specificity"[MeSH Terms] OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR ("diagnosis"[MeSH Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "mass screening"[MeSH Terms] OR ("mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields] OR "early detection of cancer"[MeSH Terms] OR ("early"[All Fields] AND "detection"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "early detection of cancer"[All Fields] OR "screen"[All Fields] OR "screenings"[All Fields] OR "screened"[All Fields] OR "screens"[All Fields]) OR "mass screening"[MeSH Terms]) AND ("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression	Publiceret fra 1.9.2016-marts 2023.	1396

		s"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields] OR ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depression"[MeSH Terms]) OR "depressive disorder"[MeSH Terms]) AND ("palliative"[All Fields] OR "palliatively"[All Fields] OR "palliatives"[All Fields] OR "terminally ill"[MeSH Terms] OR "advanced cancer"[All Fields] OR "palliative care"[MeSH Terms])) AND (2016/9/1:2023/3/21[pdat])		
April 2023	Cochrane	ID Search Hits #1 MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees 2248 #2 MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees 111 #3 palliative OR advanced cancer 51712 #4 #1 OR #2 OR #3 51737 #5 MeSH descriptor: [Depression] explode all trees 18213 #6 MeSH descriptor: [Depressive Disorder] explode all trees 15013 #7 depression 96755 #8 #5 OR #6 OR #7 98254 #9 MeSH descriptor: [ROC Curve] explode all trees 1679	Publiceret fra 1.9.2016 – April 2023.	1007

		#10 MeSH descriptor: [Diagnosis] explode all trees 442249 #11 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees 5337 #12 MeSH descriptor: [Sensitivity and Specificity] explode all trees 19899 #13 tool OR scale OR accuracy OR receiver-operator OR specificity OR sensitivity OR screening 388757 #14 #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 726344 #15 #4 AND #8 AND #14 with Cochrane Library publication date Between Sep 2016 and Apr 2023 1007		
April 2023	Embase	1 advanced cancer/ or advanced cancer.mp. or palliative therapy/ or terminally ill patient/ or palliative.mp. or cancer palliative therapy/ 343790 2 depression/ or depression.mp. or depression assessment/ or depression/ or depression.mp. or depressive disorder.mp. 841265 3 tool.mp. or clinical assessment tool/ or scale.mp. or accuracy/ or roc curve/ or diagnostic accuracy/ or area under the curve/ or receiver- operator.mp. or "sensitivity and specificity"/ or specificity.mp. or sensitivity.mp. or diagnosis/ or mass screening/ or screening.mp. or screening/ 6957302 4 1 and 2 and 3 4360 5 limit 4 to yr="2016 - 2023" 2357	Publiceret fra 1.9.2016 – April 2023. Afgrænset til RCT, systematiske reviews og metaanalyser.	468

		6 limit 5 to randomized controlled trial 319 7 limit 5 to (meta analysis or "systematic review") 149		
April 2023	Psycinfo	**112** Results for Any Field: Exp Terminal Cancer/ or Terminally Ill Patients/ or exp Palliative Care / or advanced cancer.mp. or palliative.mp. AND Exp “Depression (Emotion)”/ or depression.mp. or depressive disorder.mp. AND sensitivity.mp. or specificity.mp. or exp Diagnosis/ or exp Screening Tests/ or mass screening.mp or screening.mp. or exp Screening/ or receiver-operator.mp. or ROC Curve.mp. or tool.mp. or scale.mp. or accuracy.mp. or area under the curve.mp. *AND* Any Field: RCT *OR* Any Field: meta-analysis *OR* Any Field: systematic review *AND* Year: 2016 *To* 2023	Publiceret fra 1.9.2016-april 2023. Indskrænket til RCT, systematiske reviews og metaanalyser.	112
April 2023	Cinahl	(“advanced cancer” or (MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") or (MH "Terminally Ill Patients") or "palliative") AND ((MH "Depression") OR "depression" or "depressive disorder") AND (AB tool or TI tool or AB scale or TI scale or AB accuracy or TI accuracy or (MH "ROC Curve") OR "receiver- operator" or (MH "Sensitivity and Specificity") or AB sensitivity or TI sensitivity or AB specificity or TI specificity or (MH "Diagnosis") or "screening")	Publiceret fra 1.9.2016 – April 2023.	413
I alt				3396

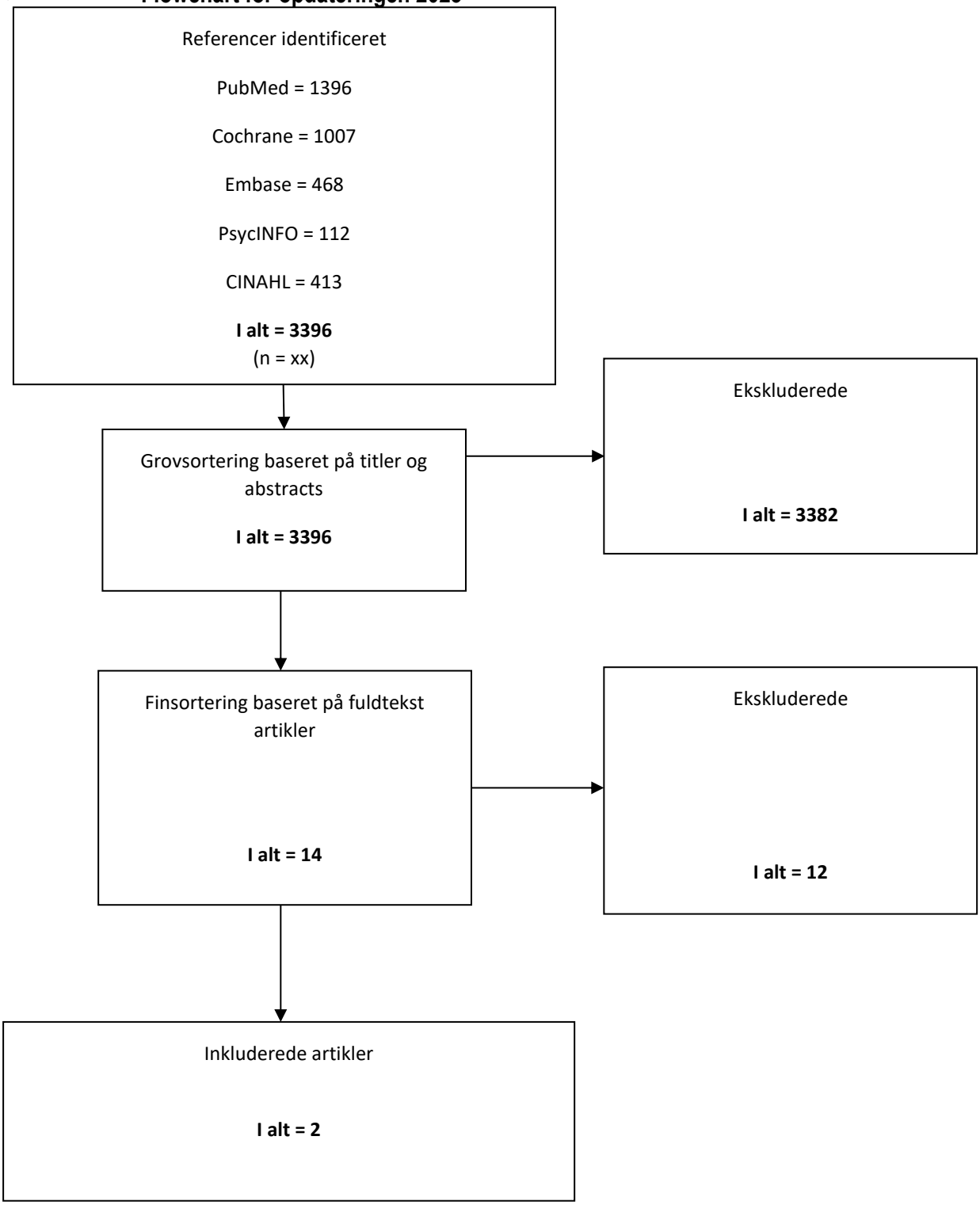
Guidelinesøgning

Foretaget maj 2023.

Database	**Søgeord**	**Hits**
Trip Database	Depression, palliative, screening	425
Nice.org.uk	Depresssion, palliative, screening	5
Helsedirektoratet	Alle relevante emner gennemgået	1
EAPC	Alle retningslinjer gennemgået.	
NCCN	Alle relevante emner gennemgået.	
Socialstyrelsen.se	Alle relevante emner gennemgået	
National Guideline Clearing House	Alt relevant gennemgået	

Bilag 3 – Flowchart

- **Flowchart for opdateringen 2023**



Bilag 4 - AGREE II vurdering af retningslinjen fra EAPC (2010)

AGREE II vurdering af EAPC retningslinjen "The Management of Depression in Palliative Care. European Clinical Guidelines." 2010.		
Domæne	Vurdering	kommentarer
DOMAIN 1. SCOPE AND PURPOSE		
1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.	6	s. 5 aim
2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.	6	s. 5
3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.	5	Meget bredt, patienter som modtager palliativ behandling, udelukker få
DOMAIN 2. STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.	6	
5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.	6	
6. The target users of the guideline are clearly defined.	6	Alle sundhedsprofessionelle
DOMAIN 3. RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. Systematic methods were used to search for evidence	4	
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.	4	
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.	4	Beskrevet kort i punkt, 2.7, kvalitet og evidensstyrke har fulgt GRADE's retningslinjer, bias ikke oplyst, brugt Delphi studie.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described	5	artikel s. 703, punkt 2.5 og 2.4
11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.	5	Der er kommenteret på det i Rayner 2011 (17) side 705 og side 13 i retningslinje
12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	7	Alle kilder er angivet
13 The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	7	
14. A procedure for updating the guideline is provided.	1	Ingen plan for opdatering.
DOMAIN 4. CLARITY OF PRESENTATION		
15. The recommendations are specific and unambiguous.	7	
16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.	7	Godt beskrevet, populationen er palliative patienter
17. Key recommendations are easily identifiable.	7	Anbefalingen er opdelt I afsnit
DOMAIN 5. APPLICABILITY		
18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.	1	Ingen beskrivelse af barrierer eller implementering
19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.	1	Ingen beskrivelse i afsnit ej heller redskaber
20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	1	Ingen beregning af omkostninger
21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria	1	Ingen monitorering
DOMAIN 6. EDITORIAL INDEPENDENCE		
22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	6	
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	7	

OVERALL GUIDELINE ASSESSMENT		
1. Rate the overall quality of this	5	

Bilag 5 – Tjeklister

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests	
Forfatter, titel: Miguel Juliao, Fatima Oliveira, Baltazar Nunes, and Antonio Barbosa Time and Life Perception in the Terminally Ill: Its Utility in Screening for Depression **Tidsskrift, år**: Journal of Palliative Medicine, 2013; 16 (11):1433-1437	
Checkliste udfyldt af: Tine Kjær Vestergaard, Hanne Kiesbüy, Pia Bagger Pejtersen og Tina Harmer Lassen	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.1 Blev *testen* sammenlignet med en valid referencestandard (”Gold standard”)?	Ja, (DSM-IV) i høj grad opfyldt (1)
1.2 Blev *testen* og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.3 Blev patienter udvalgt til referencestan- darden uafhængigt af *test*resultatet?	Ja, tilstrækkelig opfyldt (2)
1.4 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.5 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale *test*resultater?	Ikke oplyst (5)
1.6 Blev forskellige *test* sammenlignet i et validt design?	Nej (6)
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.1 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? **Anfør ++, + eller □.**	+

2.2 Hvis bedømt som + eller , i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Ikke oplyst, om behandling blev iværksat efter måling af reference-standarden.
2.3 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen ift. referencestandarden tilstrækkelig?	Ja, tilstrækkeligt opfyldt (2)
SfR Checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser	
Forfatter, titel: Alex J. Mitchell , Nick Meader, Evan Davies, Kerrie Clover, Gregory L. Carter, Matthew J. Loscalzo, Wolfgang Linden, Luigi Grassi, Christoffer Johansen, Linda E. Carlson, James Zabora Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group **Tidsskrift, år:** Journal of Affective Disorders 2012;140:149-160	
Checkliste udfyldt af: Tine Kjær Vestergaard, Hanne Kiesbüy og Tina Harmer Lassen	
1. INTERN TROVÆRDIGHED	

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.7 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	Ja. Formålet var kvantitativt at sammenligne validerede redskaber til at opspore depression hos cancerpatienter. Der blev udført analyser opdelt på hhv. palliative og ikke-palliative cancerpatienter.
1.8 Er der en beskrivelse af den anvendte metodologi?	Ja. Litteratursøgning, metode til udvælgelse af data, kvalitetsvurdering og analyser af data er velbeskrevet. Reference standarder i de udvalgte artikler er DSM-IV eller ICD-10.
1.9 Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?	Ja. Der er søgt i følgende databaser: CENTRAL, CINAHL, Embase, HMIC, Medline, Psycinfo, Web of Knowlegde.
1.10 Var undersøgelsernes kvalitet vurderet og taget i betragtning?	Ja. Der blev kun inkluderet studier, der anvendte selvstændigt validerede screeningsværktøjer. Endvidere blev kvaliteten af alle inkluderede studier kvalitetsvurderet ved brug af Quadas kvalitets-tjekliste.
1.11 Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?	Analyserne vedrører udelukkende den diagnostiske validitet af de inkluderede screeningsværktøjer.
1.12 Var det rimeligt at kombinere undersøgelserne	Ja.

1.13 Kan analysens konklusion udledes fra den præsenterede evidens?	Ja Dog er der i artiklen ikke specifik henvisning til hvilke tre studier, der bidrager til meta- analysen med To-spørgsmål til opsporing af depression, men blot en referenceoversigt over alle studier inkluderet i meta-analyserne.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF ANALYSEN/ARTIKLEN	
2.4 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? **Anfør ++, + eller .**	+
2.5 Hvis bedømt som + eller , påvirker bias undersøgelsesresultatet? (pos. el. negativ retning)	Metaanalysen blandt de palliative patienter er baseret på forholdsvis få studier af hver skala, hvilket øger usikkerheden på estimaterne. Endvidere er der usikkerhed om, hvorvidt en række af studierne er tilstrækkeligt blindede, hvilket kan medføre en overestimering af resultaterne.
2.6 Er analysens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja
3. BESKRIVELSE AF STUDIET	
3.1 Hvilke typer studier inkluderes i oversigtsartiklen? *(randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), kontrollerede kliniske forsøg (CCT), kohorte, Case-kontrol undersøgelser).*	Diagnostisk validitets-studier

3.2 Hvilke behandlinger (interventioner) er taget i betragtning?	8 skalaer blev inddraget i de overordnede analyser: • Et spørgsmål • To spørgsmål • The Distress Thermometer • The Hospital Anxiety and Depression Scale (i tre udgaver) • The Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS • Beck Depression Inventory, 2. udgave I subanalyserne udelukkende på palliative patienter blev følgende skalaer undersøgt: • Et spørgsmål • To spørgsmål • The Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS • The Hospital Anxiety and Depression Scale – D-udgaven. Alle skalaer blev vurderet i forhold til DSM-IV eller ICD-10.
3.3 Hvilke resultater (outcome) er anført? *(f.eks. gavnlige, skadelige).*	Nøjagtighed i form af specificitet og sensitivitet samt case-finding og screening. Endvidere er acceptabiliteten i form af tidsforbrug forbundet med testen vurderet.
3.4 Er der anført statistiske mål for usikkerheden? (f.eks. odds ratio?)	Ja, 95% CI

3.5 Er potentielle confoundre taget i betragtning? *(Dette er specielt vigtigt, hvis andre end RCT-studier er inddraget i oversigtsartiklen).*	Ikke relevant
3.6 Hvad karakteriserer undersøgelsespopulationen? *(køn, alder, sygdomskarakteristika i populationen, sygdomsprævalens).*	I analyserne på de palliative patienter indgik der 16 analyser på i alt 4138 patienter. Studiepopulation var cancerpatienter med forskellige cancer-typer og fra 10 forskellige lande.
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? *(f.eks. by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).*	Varierende.
4. GENERELLE KOMMENTARER	
	Det fremgår ikke eksplicit af artiklen af Mitchell et al 2012, om man skal svare ja til begge eller blot det ene af de to spørgsmål for at opnå et positivt screeningsresultat. På baggrund af en gennemgang af de primærstudier, der indgår i metaanalysen af Mitchell et al., 2012 fremgår det imidlertid, at et positivt screeningsresultat ved brug af ovenstående to-spørgsmåls-værktøj opnås, hvis patienten svarer ja til et eller begge spørgsmål.
SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests	

Forfatter, titel: Payne A, Barry S, Creedon B, Stone C, Sweeney C, O' Brien T, O' Sullivan K. Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. Tidsskrift, år: Palliat Med. 2007;21:193-8.	
Checkliste udfyldt af: Tina Harmer Lassen, Tine Kjær Vestergaard og Pia Bagger Pejtersen	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.14 Blev *testen* sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	Ja, i høj grad opfyldt (1). Referencestandarden er et formelt psykiatrisk interview ved brug DSM-IV og kriterier.
1.15 Blev *testen* og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.16 Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af *test*resultatet?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.17 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.18 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale *test*resultater?	Det oplyses ikke (5), om en intervention blev iværksat på baggrund de initiale test-resultater.
1.19 Blev forskellige *test* sammenlignet i et validt design?	Ja, i høj grad opfyldt (1). De to spørgsmål, der indgår i screeningsværktøjet, vurderes også enkeltvis.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.7 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? **Anfør ++, + eller .**	++
2.8 Hvis bedømt som + eller , i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.9 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, patienter tilknyttet en specialiseret palliativ enhed, primært cancer-patienter.

3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandarden tilstrækkelig?	Ja, i høj grad opfyldt (1)

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests	
Forfatter, titel: Rhondali W, Freyer G, Adam V, Filbet M, Derzelle M, Abgrall-Barbry G, Bourcelot S, Machavoine J-L, Chomat-Neyraud M, Gisserot O, Largillier R, Le Rol A, Priou F, Saltel P, Falandry C. Agreement for depression diagnosis between DSM-IV-TR criteria, three validated scales, oncologist assessment, and psychiatric clinical interview in elderly patients with advanced ovarian cancer **Tidsskrift, år:** Clinical Interventions in Aging, 2015	
Checkliste udfyldt af: Tine Kjær Vestergaard, Hanne Kiesbüy og Tina Harmer Lassen	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.20 Blev *testen* sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	Ja (1 I høj grad opfyldt.) DSM-V er anvendt som referencestandard
1.21 Blev *testen* og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja (1 I høj grad opfyldt)
1.22 Blev patienter udvalgt til referencestan- darden uafhængigt af *test*resultatet?	Ja (1 I høj grad opfyldt)
1.23 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Der blev inkluderet 109 patienter i studiet, heraf havde 99 patienter komplette data og det var de 99 patienter, der indgik i analyserne. (2 Tilstrækkeligt opfyldt)
1.24 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale *test*resultater?	(5) Ikke oplyst. Referencestandarden blev målt 10 dage efter inkludering i studiet

1.25 Blev forskellige *test* sammenlignet i et validt design?	(2) tilstrækkeligt opfyldt. Analyserne er baseret på cut-offs anvendt i litteraturen, og er ikke beregnet ud fra resultaterne fra denne specifikke studiepopulation.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.10 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? **Anfør ++, + eller .**	+
2.11 Hvis bedømt som + eller , i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Der er ikke anvendt egne cut-offs på de inkluderede skalaer, hvilket kan have påvirket resultatet.
2.12 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Delvist. Studiepopulationen er udgjort af kvinder med fremskreden ovarie-cancer, som er over 70 år. Der er således tale om en subpopulation af referenceprogrammets patientmålgruppe.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandarden tilstrækkelig?	Ja, (2) Tilstrækkeligt opfyldt

SfR Checkliste 5:	**Undersøgelser af diagnostiske tests**
Forfatter, titel: Laura Taylor, Natasha Lovell, Jason Ward, Felicity Wood, and Chris Hosker Diagnosis of Depression in Patients Receiving Specialist Community Palliative Care: Does Using a Single Screening Question Identify Depression Otherwise Diagnosed by Clinical Interview? **Tidsskrift, år:** Journal of Palliative Medicine, 2013; 16 (9):1140-1142	
Checkliste udfyldt af: Tine Kjær Vestergaard, Hanne Kiesbüy, Pia Bagger Pejtersen og Tina Harmer Lassen	

1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.26 Blev *testen* sammenlignet med en valid referencestandard (”Gold standard”)?	Ja, tilstrækkeligt opfyldt (2). Referencestandarden er 'The Mini International Neuropsychiatric Interview', som er et valideret semistruktureret interview for depression baseret på DSM-IV og ICD-10 kriterier.
1.27 Blev *testen* og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.28 Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af *test*resultatet?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.29 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Ja, i høj grad opfyldt (1)
1.30 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale *test*resultater?	Det oplyses ikke (5), om en intervention blev iværksat på baggrund de initiale test-resultater, men undersøgelse inkluderede ikke patienter, hvor der gik mere end 14 dage mellem initale testresultater og måling ud fra referencestandarden (Mini, semistruktureret interview).
1.31 Blev forskellige *test* sammenlignet i et validt design?	Nej, ikke relevant (6)
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.13 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? **Anfør ++, + eller .**	+
2.14 Hvis bedømt som + eller , i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Ikke oplyst, om der er blevet iværksat intervention efter den initiale screening for depression.

2.15 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, patienter med fremskreden livstruende sygdom, primært cancer-patienter.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandarden tilstrækkelig?	Ja, tilstrækkeligt opfyldt (2).

SfR Checkliste 5:	**Undersøgelser af diagnostiske tests**
Forfatter, titel: Franca Warmenhoven, Eric van Rijswijk, Yvonne Engels, Cornelis Kan, Judith Prins, Chris van Weel, Kris Vissers. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. **Tidsskrift, år:** Support Care Cancer (2012) 20:319–324	
Checkliste udfyldt af: Tine Kjær Vestergaard, Hanne Kiesbüy, Pia Bagger Pejtersen og Tina Harmer Lassen	
1. INTERN GYLDIGHED	
Evalueringskriterier	**I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?**
1.32 Blev *testen* sammenlignet med en valid referencestandard (”Gold standard”)?	Ja, PRIME-MD var reference-standarden. Prime-MD er et struktureret interview baseret på DSM-IV klassifikation for depressive lidelser og er blevet valideret på onkologiske patienter.
1.33 Blev *testen* og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	Ja.
1.34 Blev patienter udvalgt til referencestan- darden uafhængigt af *test*resultatet?	Ja
1.35 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	Ja

1.36 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale *test*resultater?	Eventuel behandling fremgår ikke af artiklen.
1.37 Blev forskellige *test* sammenlignet i et validt design?	Ja
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.16 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? **Anfør ++, + eller .**	+
2.17 Hvis bedømt som + eller , i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Lille studiepopulation (n=46) kan give bias af resultaterne.
2.18 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Ja, patienter med fremskreden kræft.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandarden tilstrækkelig?	Ja

guideline		
2. I would recommend this guideline for use	Yes	

Bilag 6 - Evidenstabel

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Juliao et al.	2013	Validering sst udie	+	Palliative patienter, primært cancerpatienter	Validering af et nyt tre-item depressions screeningsværktøj op imod DSM-IV	Det ene item blev ekskluderet som følge af meget lav specificitet. Sensitivitet og specificitet på de resterende to items var henholdsvis 0.63 og 0.74. Area under the ROC curve var 72% (95% CI 59-85)	Screenings værktøjet handler om ændring i følelse af livs- og tidsopfattel se Relativ lille studiepopul ation (n=63)
Payne et al.	2007	Validering sst udie	++	Palliative patienter, primært cancerpatienter	Validering af to spørgsmåls- item depressions screeningsværktøj op imod DSM-IV	Sensitivitet og specificitet for de to spørgsmål var henholdsvis 90,7% og 67,7%	
Taylor et al.	2013	Validering sst udie	+	Palliative patienter, primært cancerpatienter	Validering af et spørgsmål til screening for depression (have you felt depressed most of the day, nearly every day, for two or more weeks) mod 'The Mini International Neuropsychiatric Interview', som er et valideret semistruktureret interview for depression baseret på DSM-IV. og ICD-10 kriterier.	Sensitivitet: 0.80 (0.44 -0.97) Specificitet: 0.85 (0.7-0.94) Positiv prædiktiv værdi: 0.57 (0.29 – 0.82)	Lille studiepopulation. Den anvendte gyldne standard (MINI) er ikke et så

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
						Negativ prædiktiv værdi: 0.94 (0.91 – 0.99)	hyppigt anvendt diagnostisk værktøj, men det angives af forfatterne, at det er et valideret værktøj.
Mitchell et al.	2012	Metaanalyse	+	Cancerpatienter	8 skalaer blev inddraget i de overordnede analyser: • Et spørgsmål • To spørgsmål • The distress thermometer • The Hospital Anxiety and Depression Scale (i tre udgaver) The Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS • Beck Depression Inventory, 2. udgave I subanalyserne udelukkende på palliative patienter blev følgende skalaer undersøgt: • Et spørgsmål • To spørgsmål	Blandt palliative patienter var der størst nøjagtighed ved brug af 2-spørgsmål:	

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
					• The Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS • The Hospital Anxiety and Depression Scale – D-udgaven. Alle skalaer blev vurderet i forhold til DSM-IV eller ICD-10. Metaanalyserne er baseret på 16 analyser med 4138 patienter		
Rhondali et al.	2015	Valideringsstudie	+	Kvinder med fremskreden ovarie-cancer på 70 år eller derover	**Selvrapporterede skalaer:** • "the Geriatric Depression Scale-30 (GDS)", • "the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)", • "the Distress Thermometer (DT)" • "the mood thermometer (MT)". Kliniske vurderinger: • Onkologisk vurdering (OA) • Psykolog vurdering	Det bedste screeningsværktøj i forhold til DSM-IV-kriterierne var GDS med en sensitivitet på 0.94 og en specificitet på 0.80. Kliniske vurderinger: • PCI sensitivitet/specificite t: 1.00/0.71	

Forfatter	År	Studietype	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
					(pscyhiatric clinical interview, PCI) baseret på interview guide konstrueret på basis af DSM-IV kriterier og tre validerede skalaer. Psykologens vurdering ud fra DSM-IV kriterier blev anvendt som reference-standard.	OA Sensitivitet/ specificitet: 0.13/0.82.	
Warmenhoven et al.	2012	Validering sst udie	+	Patienter med fremskreden kræft.	To skalaer blev sammenlignet med PRIME-MD, som var referencestandard. PRIME-MD er et struktureret interview baseret på DSM-IV klassifikation for depressive lidelser og er blevet valideret på onkologiske patienter: De to undersøgte skalaer var: • Beck-Depression Inventory (BDI-II), som er et selvrapporteret spørgeskema med 21 spørgsmål. Et enkelt screeningsspørgsmål: ”Føler du dig deprimeret?” (Are you feeling depressed?).	BDI-II (cut-off-værdi 14): • Sensitivitet: 90% • Specificitet: 64% • AUC 0.82 • PPV: 45% • NPV: 97% BDI-II (cut-off-værdi 16): • Sensitivitet: 90% • Specificitet: 69% • PPV: 55% • NPV: 96% 1 enkelt spørgsmål: • Sensitivitet: 50% • Specificitet: 69% • PPV: 71% NPV: 87%	Forholdsvis lille studiepopul ation (n=46).

DMCG-PAL	Retningslinjens emne/titel: *Screening for depression - hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats, version 1.1*							
Forfatter/ kilde	***År***	***Undersøgelses-type/design***	***Under-søgel-sens kvalitet jf. Oxford***	***Intervention***	***Sammenligni ngs intervention***	***Patient-population***	***Resultater (outcome)***	***Kommentarer***
Rodríguez-Mayoral et al.	2020	Prospektivt observationsstudie med ikke-randomiseret udvælgelse	2b	Undersøgelse af HADS-D og BEDS som værktøjer til at diagnosticere MDD.	Målt ift. referencestandarden DSM-5.	89 patienter med fremskreden cancer, der er tilknyttet en palliativ enhed på det nationale cancer institut i Mexico.	BEDS fandtes bedre til at diskriminere mellem deprimerede og ikke deprimerede patienter ift. HADS-D (AUC hhv. 0,8541 vs. 0,7665). Ingen af skalaerne var dog statistisk signifikante i relation til AUC.	Studiepopulationen i dette studie er lille. Selektionsbias kan være til stede da, alle patienter er rekrutteret fra den samme enhed. Studiet er foretaget i Mexico, hvorfor det bør overvejes om resultaterne direkte kan overføres til vestlige standarder. Studiet er et ikke randomiseret observationsstudie.
Shinn et al.	2021	Diagnostisk teststudie med prospektiv og ikke randomiseret udvælgelse	2b	Undersøgelse af 4 instrumenters evne til at finde MDE.	Målt ift. DSM-IV	153 patienter med æggestokkræft.	PHQ-9 var bedst til at finde patienter med depression.	Populationen kan ikke nødvendigvis overføres til alle cancerpatienter, ligesom den ikke er helt sammenlignelig med en palliativ population. Den overordnee rate af deltagere med depression var ligeldes lav (9%). Udvælgelsen af deltagere var ikke randomiseret.

Bilag 7 - Oversigt over sensitivitet og specificitet i skalaer til screening for depression hos palliative kræftpatienter i studier inkluderet i retningslinjen

*Referencer markeret med * er inkluderet i metaanalysen af Mitchell et al., 2012. Øvrige referencer er publiceret efter udgivelsen af Mitchell et al., 2012.*

Reference	Skala	Cut-off score	Sensitivitet	Specificitet	Area under the ROC-curve	Blinding	Ref standard
Ét spørgsmål "low mood"							
Akechi et al., 2006*	"Are you depressed?"	-	0,79 (95 % CI: 0,49 - 0,90)	0,92 (95 % CI: 0,87 - 0,95)	0,85 (95% CI: 0,72-0,98)	Nej	DSM-III-R
Chochinov et al., 1997*	"Are you depressed?"	-	1,00	1,00	-	Uklart	Diagnoses of major and minor depressive episodes according to the Research Diagnostic Criteria
Lloyd-Williams et al., 2004*	"Are you depressed?"	-	0,55	0,74	-	Ja	DSM-IV
Payne et al, 2007*	"Are you depressed?"	-	0,70 (95 % CI: 0,54 - 0,82)	0,81 (95 % CI: 0,73 - 0,88)	-	Ja	DSM-IV
Taylor et al., 2013	"Have you felt depressed most of the day, every day, for two or more weeks?"	-	0,80 (0,44 - 0,97)	0,85 (0,7-0,94)	-	Ja	The Mini International Neuropsychiatric Interview' (MINI)
Warmenhoven et al., 2012	"Are you feeling depressed?"	-	0,50	0,94	-	Ja	DSM-IV
Ét spørgsmål "Loss of interest"							
Akechi et	Have you lost	-	0,93	0,92	0,92	Nej	DSM-III-R

Reference	Skala	Cut-off score	Sensitivitet	Specificitet	Area under the ROC-curve	Blinding	Ref standard
al., 2006*	interest		(95 % CI: 0,64 - 0,97)	(95 % CI: 0,87 - 0,95)	(95% CI: 0,84-1,00)		
Payne et al., 2007*	"Have you experienced loss of interest in things or activities that you would normally enjoy?"	-	0,79 (95 % CI: 0,64 - 0,89)	0,73 (95 % CI: 0,64 - 0,80)	-	Ja	DSM-IV
To spørgsmål "Low mood and loss of interest"							
Akechi et al., 2006*	Are you depressed or have you lost interest	-	1,00 (95 % CI: 0,73 - 1,00)	0,86 (95 % CI: 0,80 - 0,90)	0,93 (95% CI: 0,89-0,97)	Nej	DSM-III-R
Chochinov et al., 1997*	Depressed mood and loss of interest	-	1,00	0,98	-	Uklart	Diagnoses of major and minor depressive episodes according to the Research Diagnostic Criteria
Payne et al, 2007*	"Are you depressed or have you experienced loss of interest in things or activities that you would normally enjoy?"	-	0,91 (95 % CI: 0,77 - 0,97)	0,68 (95 % CI: 0,59 - 0,76)	-	ja	DSM-IV
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – Hele skalaen							
Akechi et al, 2006*	HADS-total score	≥17 ifht major depression	0,71 (95 % CI: 0,42-0,86)	0,77 (95% CI: 0,71-0,82)	0,79 (95% CI: 0,67-0,92)	Nej	DSM-III-R

Reference	Skala	Cut-off score	Sensitivitet	Specificitet	Area under the ROC-curve	Blinding	Ref standard
Le Fevre et al., 1999*	HADS-total score	≥20, ifht. ICD-10 diagnose for moderat og svær depression	0,73	0,81	0,89 (95% CI: 0,79-0,99)	ja	Revised Clinical Interview (CIS-R)
Lloyd-Williams et al., 2001*	HADS-total score	Cut-off score 19	0,68	0,67	-	Fremgår ikke af artiklen	Present state examination (PSE) og ICD-10 kriterier.
Razavi et al., 1990*	HADS-total score	Cut-off score 19 ifht. major depressive disorder	0,70	0,75	-	Fremgår ikke af artiklen	DSM-III
Rhondali et al., 2015	HADS-total score	≥16	0,50	0,67	-	Ja	DSM-IV
Hospital Anxiety and Depression Scale, depressions-subskalaen (HADS-D)							
Akechi et al, 2006*	HADS-D	Cut-off ≥9 ifht major depression	0,86 (95 % CI: 0,56 - 0,94)	0,69 (95 % CI: 0,62 - 0,75)	0,82 (95% CI: 0,70-0,94)	Nej	DSM-III-R
Le Fevre et al., 1999*	HADS-D	≥10 ifht ICD-10 moderat og svær depression	0,82	0,74	0,84 (95% CI: 0,73-0,96)	Ja	Revised Clinical Interview (CIS-R)
Lloyd-Williams et al., 2001*	HADS-D	Cut-off score 11	0,54	0,74	-	Fremgår ikke af artiklen	Present state examination (PSE) og ICD-10 kriterier
Love et al., 2004*	HADS-D	Cut-off score 11 (Ifht. major depression	0,16	0,97	0,78	Ja	DSM-IV
Rodríguez-Mayoral, 2020	HADS-D	-	-	-	0,7665	Ja	DSM-V

Bilag 8 – AGREE II vurdering af 'Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline'

AGREE II – Scoring er udarbejdet ud fra palliativ kontekst

ESMO guideline: ***Anxiety and depression in adult cancer patients (2023)***

Skala: 1 = helt uenig · 7 = helt enig

Domæne	Items	Point (1–7)	Kommentar
1. Scope and Purpose	1–3	**6 / 6 / 6** Domænescore 18/21 Høj	Guidelinen har et klart formål og omfatter hele kræftforløbet, inklusiv palliativ og terminal fase. Relevante palliative problemstillinger er inkluderet (angst, depression, dødsangst, demoralisation og eksistentiel lidelse).
2. Stakeholder Involvement	4–6	**5 / 4 / 4** Domænescore 13/21 Moderat	Involverer eksperter i palliativ medicin og psyko-onkologi, hvilket styrker guidelinens palliative perspektiv. Palliative patienter og pårørende er ikke direkte inddraget, hvilket er en væsentlig begrænsning.
3. Rigour of Development	7–14	**6 / 6 / 5 / 5 / 6 / 5 / 6 / 6** Domænescore 45/56 Høj	Bygger på systematisk evidensvurdering og graderede anbefalinger. I palliativ kontekst er evidensen begrænset, hvilket guidelinen åbent anerkender, f.eks. ved anbefalinger baseret på klinisk konsensus.
4. Clarity of Presentation	15–17	**6 / 6 / 6** Domænescore 18/21 Høj	Anbefalingerne er tydelige og klinisk anvendelige, med algoritmer for screening og behandling, der kan bruges i palliative teams.
5. Applicability	18–21	**3 / 3 / 2 / 3** Domænescore 11/28 Lav	Selvom guidelinen er klinisk anvendelig, mangler der drøftelse af ressourcekrav i palliative enheder, tilpasning til kort forventet levetid og konkrete implementerings- og evalueringsredskaber.
6. Editorial Independence	22–23	**7 / 6** Domænescore 13/14 Høj	Ingen ekstern finansiering og tydelig deklaration af interessekonflikter.

Procentscore:
Det maksimale antal point, der kan gives, er 161 point (23 spørgsmål x 7 point). Ud fra det maksimale antal point er der beregnet en procentscore. Kvaliteten af retningslinjen er bedømt ud fra følgende: Procentscore over 70 %: Høj kvalitet, procentscore 50-70 %: Moderat kvalitet. Procentscore under 50 %: Lav kvalitet.

Point i alt: 118. Procentscore: 118/161*100 = 73 % Procentscore over 70 %= høj kvalitet.

9. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med afsæt i aftale om, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af landsdækkende kliniske retningslinjer i en række faglige miljøer, som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med indsatsen er at sikre en evidensbaseret tilgang til behandling på tværs af sundhedsvæsenet, for derigennem at understøtte at patienter og borgere modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Retningslinjen er udformet af og til sundhedsprofessionelle miljøer og godkendt af relevante faglige selskaber. Den administrative godkendelse er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, og er ikke i sig selv juridisk bindende. I den konkrete situation er det sundhedspersonalets faglige skøn, der afgør den bedste tilgang for den enkelte patient. Selv ved nøje overholdelse af anbefalingerne kan et succesfuldt behandlingsresultat ikke garanteres. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at vælge en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke, hvis den vurderes at passe bedre til patientens individuelle behov. Selvom de kliniske retningslinjer ikke er juridisk bindende, anvendes de f.eks. ved tilsyn samt klage- og erstatningssager til vurdering af 'omhu og samvittighedsfuldhed'. Det er derfor hensigtsmæssigt at dokumentere evt. afvigelser fra retningslinjeanbefalingerne i patientjournalen samt relevant begrundelse for behandlingsvalg jf. reglerne om journalføring. Læseren bør også være opmærksom på lovgivning, bekendtgørelser, myndighedsvejledninger o.l. på området, da de ikke altid indgår i retningslinjerne.

Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder som fastlagt af AGREE II, GRADE og RIGHT.

Denne retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der finansieres af Danske Regioner.