

Somatisk ivaretagelse av depresjonspasienter henvist til DPS

Et kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid med psykiatrisk avdeling ved Akershus
Universitetssykehus



Av

Einar Frigstad Hoås, Eline Aasen, Emilie Bratterud Jordan, Malin Hjørungdal, Marwa A.
Murtada og Torkil Pladsen

Veileder: Mette Kalager

Antall ord: 5986

Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	3
DEL I - Prosjektet	4
1. Introduksjon	4
1.1. Bakgrunn	4
1.2. Problemstilling	4
2. Kunnskapsgrunnet	5
2.1. PICO & kjernesporsmål	5
2.2. Litteratursok	6
2.3. Kvalitet og gradering av kunnskapsgrunnet	7
2.4. Oppsummering og vurdering.....	11
3. Dagens praksis, tiltak og indikator	12
3.1. Dagens praksis.....	12
3.1.1. Mikrosystemet - distriktspsykiatrisk senter (DPS), Ahus.....	12
3.1.2. Daglig drift og pasientforlop	13
3.1.3. Utfordringer med dagens praksis	14
3.2. Tiltak	14
3.2.1. Krav om vedlagte stoffskifteprøver i henvisning	15
3.2.2. Informasjonsskriv.....	15
3.2.3. Internundervisning	15
3.2.4. Evalueringsskjema til fastleger	16
3.3. Kvalitetsindikatorer	17
3.3.1. Valg av indikator.....	17
3.3.2. Vurdering av indikatorer	17
3.4. Mal med prosjektet.....	18
4. Prosess, ledelse og organisering	19
4.1. Strukturering av prosjektet	19
4.1.1. Forberede.....	19
4.1.2. Planlegge.....	20
4.1.3. Utfore	21
4.1.4. Evaluere.....	22
4.1.5. Folge opp.....	22
4.2. Motstand, og hvordan vi hantlerer den?	23
5. Diskusjon og konklusjon	24
5.1. Diskusjon.....	24
5.2. Konklusjon	26
Referanseliste	27
Vedlegg	31
Vedlegg 1: Ferdig-frase i inntaksbrevet.	31
Vedlegg 2: Informasjonsskriv tilknyttet henvisninger til DPS:	32

Sammendrag:

Tema/problemstilling: I samtale med klinikere ved psykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus (Ahus) fremkommer det at flere pasienter som utredes for depresjon ikke er fullstendig somatisk utredet. Et politisk mål om økt fokus på somatisk helse i psykiatrien tematiseres (1). Hypotyreose er en hyppig tilstand som kan gi depresjonssymptomer (2,3). Hensikten med dette forbedringsprosjektet er å undersøke om det er adekvat kunnskapsgrunnlag for å kreve fullstendig utredning av hypotyreose før henvisningen sendes til DPS ved mistanke om depresjon.

Kunnskapsgrunnlag: Vi har utført et systematisk litteratursøk for å undersøke risiko for hypotyreose hos pasienter med depresjon. Søket resulterte i tre aktuelle metaanalyser som dannet grunnlaget for denne KLoK-oppgaven, og ble individuelt vurdert gjennom GRADE-systemet. Kunnskapsgrunnlaget viser større risiko for hypotyreose hos pasienter med depresjon.

Tiltak og kvalitetsindikatorer: Tiltaket vi foreslår er et krav om at stoffskifteprøvene TSH og fT4 skal vedlegges henvisning til DPS. Videre ønsker vi å sende ut informasjonsskriv og en påminnelse om å vedlegge hypotyreoseprøver ved manglende henvisning. Vi foreslår også internundervisning i DPS etterfulgt av et evalueringsskjema. Som mål på kvalitet foreslår vi antall henvisninger med vedlagte stoffskifteprøver som prosessindikator.

Prosess, ledelse og organisering: Opprettelse av en prosjektgruppe, bestående av en prosjektleder, informasjonsansvarlig og evalueringsansvarlig, vil sikre gjennomføring og kontinuitet av endringsforslaget. Vi deler utførelsen inn i seks trinn: to kartleggingsperioder, hvor andelen henvisninger med TSH og fT4-verdi vedlegges og én tiltaksperiode hvor informasjon om prosjektet spres og henvisningskravet innføres. I innføringsfasen vil tiltaket settes i kraft, mens evalueringsperioden vurderer endringsarbeidet. Oppfølgingsfasen beskriver hvordan nøkkelpersoner i DPS viderefører henvisningskravet.

Diskusjon/konklusjon: Metaanalysene danner grunnlag for å hevde at risiko for hypotyreose er større hos pasienter med depresjon. Vi anbefaler å gjennomføre foreslåtte tiltak.

DEL I - Prosjektet

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn

Depresjon

Depresjon defineres i DSM-5 som en tilstand karakterisert av senket stemningsleie og anhedoni som svekker daglig fungering (4). I tillegg kan søvnvansker, endret appetitt, lavt energinivå og konsentrasjonsvansker forekomme (4). Depresjon er vanlig, og ifølge FHI vil «en av ti få en depressiv lidelse i løpet av et år» (5). Det kan være vanskelig å stille diagnosen, da ingen klinisk eller supplerende undersøkelse vil kunne stadfeste tilstanden. Supplerende undersøkelser, inkludert blodprøver, anbefales likevel for å utelukke somatiske differensialdiagnoser (6).

Hypotyreose

Primær hypotyreose kjennetegnes av økt nivå tyreoidestimulerende hormon (TSH) sammen med lavt nivå fritt tyroksin (fT4) (7). Tilstanden er vanlig og hyppigst blant kvinner. I 2008 fikk 6,66% kvinner og 1,56% menn i Norge utlevert tyreoidapreparater (8). Symptomene ved hypotyreose kan overses, da de ofte er diffuse og ingen av dem patognomoniske for tilstanden (9). Klassiske symptomer er tretthet, forstoppelse, vektøkning, frysninger, tørr hud, uregelmessig menstruasjon, heshet og hukommelsesvansker (10). Diagnosen stilles ved hjelp av blodprøvesvar, ifølge UpToDate (7).

Sammenheng depresjon og hypotyreose?

Det kan være vanskelig å skille tilstandene, da depresjon og hypotyreose har flere overlappende symptomer (9). Depresjon angis også som symptom på hypotyreose i en artikkel fra UpToDate, samt en artikkel publisert i The Lancet (3,10).

1.2. Problemstilling

Under samtale med DPS Ahus fremkommer det manglende rutiner for somatisk ivaretagelse. De problematiserer at pasienter har vært i lange behandlingsresistente forløp før DPS har tatt

tyreoideaprøver. Først da, har man sett at pasienten hadde hypotyreose. Videre hevder de at kun 8 av 20 henvisninger har vedlagte blodprøver (11). Hvorvidt fastlegen allerede har tatt prøvene er uvisst. Med flere ansatte uten somatisk kompetanse kan hypotyreose overses som differensialdiagnose.

UpToDate anbefaler ved nyoppstått, alvorlig eller behandlingsresistent depresjon å ta TSH, blant flere blodprøver (6). Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) anbefaler at TSH og fritt T4 (fT4) tas som ledd i depresjonsutredning i allmennpraksis, samt at det legges ved en eventuell henvisning (12). Også Ahus sin metodebok for akuttpsykiatri oppgir tyreoideastatus som ledd i utredning ved depresjonsmistanke (13).

Med avklart tyreoideastatus oppdages hypotyreose tidligere og DPS kan ta stilling til somatisk helse under depresjonsutredning og behandling. En vedlagt avvikende TSH betyr ikke at henvisning til DPS bør utsettes, utgå eller bli avvist, men det kan bidra til somatisk ivaretagelse på DPS, og muligens forebygge behandlingsresistente forløp. Problemstillingen for dette prosjektet er: *Er det grunnlag for å innføre krav om svar på TSH og fT4 i henvisning til DPS ved depresjonsmistanke?* Målet på dette er at 90% av henvisninger oppfyller kravet etter endt prosjekt.

2. Kunnskapsgrunnlaget

2.1. PICO & kjernesporsmål

Før vi igangsatte litteratursøket formulerte vi et kjernesporsmål og PICO-sporsmål. Vår arbeidshypotese var at prevalensen av hypotyreose er høyere hos pasienter som henvises til depresjonsutredning ved DPS Ahus, enn hos et tilfeldig utvalg, da symptomer på hypotyreose og depresjon kan likne og/eller opptre samtidig. Dermed ble vårt kjernesporsmål: ***Hvor mye høyere er risikoen for hypotyreose blant pasienter med depresjonssymptomer?*** Til dette er tverrsnittstudier eller metastudier basert på tverrsnittstudier å foretrekke. Vi ønsket å undersøke om kunnskapsgrunnlaget viser at pretest-sannsynlighet for hypotyreose øker nok til at tyreoideaprøver kan kreves vedlagt i henvisningen.

	PICO-spørsmål	Søkeord
P - Populasjon	Pasienter med hypotyreose og depresjonssymptomer	1. Depression 2. Clinical depression 3. Major depressive disorder
I - Intervensjon	Måle TSH og fT4-verdier blant populasjonen (P)	1. Overt hypothyroidism 2. Subclinical hypothyroidism 3. Autoimmune thyroiditis 4. Hypothyroidism
C - Sammenligning	Hypotyreose uten depresjonssymptomer	
O - Utfall	Påvist hypotyreose (Def: TSH>3,1mIU/L og fT4<8,5pmol/L) (15).	

Tabell 1: PICO-spørsmål og søkeord¹

2.2. Litteratursøk

For at en studie skulle bli vurdert som aktuell måtte den oppfylle følgende kriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert f.o.m. 2014	Publisert før 2014
Metaanalyser	Ikke metaanalyser
Inneholder søkeordene ¹ i overskriften	Inneholder ikke søkeordene ¹ i overskriften
	Ikke tilgjengelig i fulltekst

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

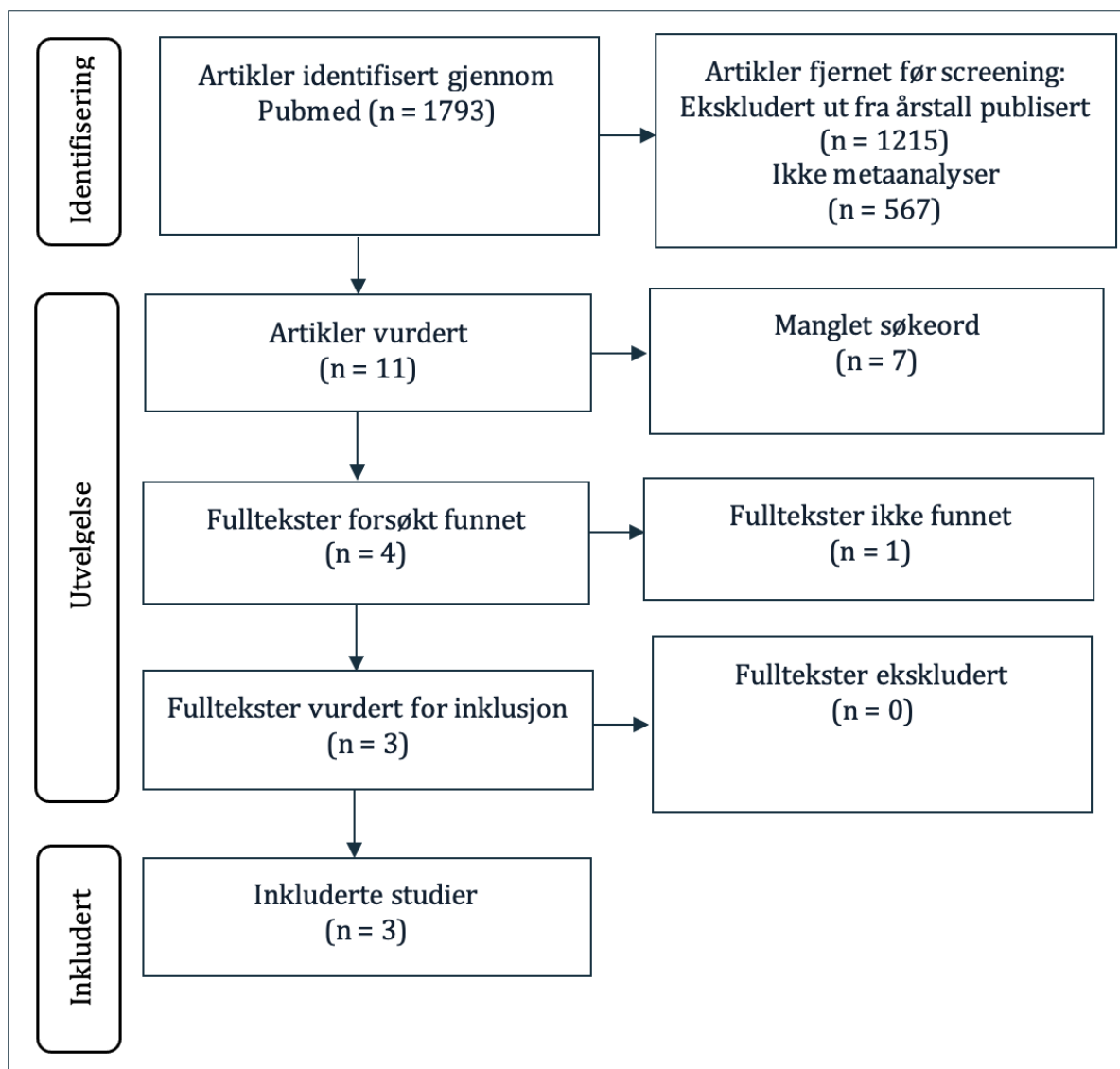
Vi startet med Pyramidesøket, hvor det kliniske oppslagsverket UpToDate fant en artikkel på patogenesen ved unipolar depresjon (14). Thyroidealidelser ble listet opp som årsak til sekundær depresjon da metaanalyser har vist en sammenheng (14). Ved nærmere gjennomgang av metaanalysen vurderte vi den som aktuell for inklusjon i vårt litteratursøk.

Vi undersøkte også om det var norske retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon. Disse ble avpublisert i 2023 da den var utdatert. Det er foreløpig ikke publisert nye norske retningslinjer.

Vi identifiserte ingen systematiske oversikter vha. søkeordene vi brukte i Pyramidesøket, men videre i Pubmed, med søkeordene¹, fikk vi 1793 treff. For at resultatene skulle være representative for dagens situasjon, begrenset vi søket til siste tiår. Dette reduserte antallet til

¹ Søkeord: (("Overt hypothyroidism" OR "Subclinical hypothyroidism" OR "Autoimmune thyroiditis" OR "hypothyroidism") AND (Depression OR "Clinical Depression" OR "Major Depressive Disorder"))

578 artikler. Videre filtrerte vi for metaanalyser for å finne kunnskap på det høyeste nivået i kunnskapspyramiden (15) - dette ga oss 11 artikler. Av disse elleve fant vi tre metaanalyser som hadde vurdert de fleste enkeltstudiene vi anså som mest relevante for oppgaven mtp. overskrift, studiedesign og antall deltakere (16–18). Disse metaanalysene ble grundig gjennomgått av flere i gruppen uavhengig av hverandre. Vi besluttet i plenum at de skulle danne kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven (16–18).



Figur 1: Flytskjema utarbeidet av FHI, inngår i rapportmal på systematiske oversikter (19)

2.3. Kvalitet og gradering av kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for denne KLoK-oppgaven er metaanalyser og systematiske oversikter. Disse er på et høyere nivå i kunnskapspyramiden og gir mer robuste og sensitive resultater.

Alle metaanalysene vi har tatt utgangspunkt i, er publisert de siste seks årene i de anerkjente, fagfellevurderte tidsskriftene *Frontiers in Endocrinology* og *JAMA Psychiatry* (16–18). Samtlige metaanalyser er utført i henhold til “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis” (PRISMA), en anerkjent standardisert måte å rapportere innenfor systematiske oversikter (20). Disse faktorene gir oss høy innledende tillit til at studiene er gode, og at effektestimaterne kan gi oss et godt kunnskapsgrunnlag for å komme med en anbefaling av et forbedringstiltak.

For å vurdere kvalitet og gradering av de enkelte metaanalysene benyttet vi GRADE-systemet² (Tabell 1). I dette inngår vurdering av studietype, risiko for systematiske feil (bias), konsistens, appliserbarhet, presisjon og publiseringskjevhet (21). Alle metaanalysene baserer seg på observasjonsstudier som gir lavere tillit til effektestimaterne ut fra GRADE-skåring (16–18). Vi fant ingen RCT³er som var aktuelle for inklusjon. Systematiske feil ble vurdert ved Newcastle-Ottawa-Scale, et mye brukt hjelpemiddel (22). Konsistens ble vurdert gjennom heterogenitets-mål og appliserbarhet ble vurdert ved å sammenlikne studiedeltakerne med vår populasjon. Presisjonen ble vurdert ved konfidensintervallet til effektestimaterne. For å vurdere publiseringskjevhet har forfatterne av samtlige metaanalyser gjort Egger-testing, en vanlig brukt test ifølge Cochrane, men som også har sine begrensninger (23).

Etiologier til sekundære depresjoner er diskutert i en artikkel i UpToDate (14). Her henviser de til en metaanalyse av Bode et. al som inkluderer seks kohortestudier og 19 tverrsnittstudier (14,16). Kasus-kontroll-studier ble ekskludert uten at dette begrunnes av forfatterne (16). Det ble gjort subgruppeanalyser i etterkant av datainnsamlingen og resultatene av disse beskrives lengre ned (16). Forfatterne konkluderte med at det var lav risiko for bias etter at alle inkluderte studier ble vurdert med Newcastle-Ottawa Scale (hvor de endte i de to høyeste kategoriene på skalaen) (16). Populasjonen var angivelig representativ for den generelle befolkningen, men demografi er ikke nærmere spesifisert (16). Publikasjonsbias ble vurdert ved Egger-test og de fant en mulig publikasjonsbias for subklinisk hypotyreose, men ikke for manifest hypotyreose (16).

² Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

³ Randomized Controlled Trial

Studiene som ble inkludert ble hovedsakelig gjort basert på data blant ikke-hospitaliserte mennesker, men inkluderte også data fra sykehusregistre (16). Depresjon ble i studiene definert iht. ICD-10 og DSM-IV, eller ved en terskelskår ut fra spørreskjemaer⁴ (16). Bruk av forskjellige definisjoner på depresjon kan muligens forklare hvorfor det er noe heterogenitet i metaanalysen med en I²-verdi på 74%. Det vil si at studiene var noe ulike og det er en viss variasjon i effektestimater. Vanligvis tolererer man høyere heterogenitet i metaanalyser av observasjonsstudier. Totalt 348 014 deltakere ble inkludert, hvorav 53.6% var kvinner og 46.4% var menn (16). Gjennomsnittsalderen var 44.9 år (16). Presisjonen er god med et relativt smalt konfidensintervall (16). Appliserbarheten i studien ble vurdert til å være god, da deltakerne er representative og utfallet av studien (assosiasjon målt i OR) er relevant for vår populasjon (16). Vi vurderte at resultatene er overførbare til vår populasjon og ender med en moderat tillit til studien.

Siegmann, EM 2018 er en annen metaanalyse som undersøker sammenhengen mellom autoimmun tyreoiditt (AIT) og angst/depresjon (17). For å besvare dette valgte de ut totalt 20 kasus-kontroll og epidemiologiske studier, som ikke er spesifisert nærmere (17). Disse ble publisert mellom 1992 og 2017 (17). Totalt antall deltakere i metaanalysen ble 44 388 (17). Gruppen inkluderte deltakere med både hashimotos, AIT, subklinisk, latent eller manifest hypotyreose (17). Kontrollgruppene inkluderte mennesker uten tyreoidaleidelser, depresjon og angst (17). Gruppen ekskluderte studier som ikke ble publisert på engelsk eller tysk, samt gravide kvinner (17). Newcastle-Ottawa Scale for case-control studier ble brukt for å vurdere mulige bias (17). De nevner blant annet en risiko for redusert generaliseringsevne da de har benyttet kasus-kontrollstudier (17). Egger-test viste også at det var grunnlag for å hevde at det var publikasjonsbias (17). Det var en betydelig heterogenitet i studien som kan gi noe overestimerte effektstørrelser (17). Presisjonen til studien er noe dårlig med et stort konfidensintervall sammenliknet med studien til Bode et.al (16,17). Dette senker tilliten til studien. Populasjonen til studien er beskrevet i appendix og ser ut til å ha en lett overvekt av kvinner, men er ellers representativ for gruppen vi ønsker å innføre tiltak mot (17). Appliserbarheten ble vurdert som god. Vi vurderte dermed at vi har lav tillit til studien.

⁴ Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic studies depression scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital anxiety and depression scale (HADS) samt Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Tang, R 2019 er den siste metaanalysen gruppen har inkludert i litteratursøket (18). Studien undersøker risikoen for å utvikle depresjon hos pasienter med subklinisk hypotyreose (dvs. TSH like over referanseområdet på 3,1mIU/L og fT4 i lavere sjikter av referanseområdet) (18). Datainnsamlingen skjedde inntil 2018 (18). Deltakerne var pasienter med subklinisk hypotyreose, diagnostisert med samme biokjemiske referansegrenser som vi bruker i Norge, og kontrollgruppen var eutyreote deltakere (18). Det ble ikke satt noen begrensninger i alder, geografi eller etnisitet (18). Studien inkluderte 11 kohortstudier, 5 tverrsnittstudier og 5 kasus-kontrollstudier (18). Totalt inkluderte studien 103 375 deltakere som er demografisk representativ for befolkningen (18). Med Newcastle-Ottawa Quality assessment scale, samt Egger-test, fant ikke forskergruppen grunnlag for publikasjonsbias eller andre bias (18). Det er noe heterogenitet i studien med en I²-verdi på 75% (18). Det er også noe dårlig presisjon i effektestimaterne, og gruppen vurderte dermed studiens tillit til lav (18).

Kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven er metaanalyser fra totalt 66 observasjonsstudier med sammenlagt 495 777 deltakere (16–18). Ut fra parametrene i GRADE som kan senke tillit til studier var det effektestimaterne til Bode et.al vi har høyest tillit til (16). Tabellen under oppsummerer vår tillit til effektestimaterne i henhold til GRADE.

Assosiasjon mellom hypotyreose (subklinisk, manifest, hashimotos, AIT) og depresjon

Metaanalyse	OR (95% KI)	Ant. deltakere (studier)	Tillit til effektestimater (GRADE)	Kommentarer
Bode, 2021	OR 1,30 (95% KI, 1,08-1,57)	348 014 (25 studier)	⊕⊕⊕ MODERAT	
Siegmann, 2018	OR 3,31 (95% KI, 2,00-5,48)	44 388 (20 studier)	⊕⊕ LAV	
Tang, 2019	OR 1,78 (95% KI, 1,11-2,86)	103 375 (21 studier)	⊕⊕ LAV	

KI: konfidensintervall; **OR:** Odds ratio

Tabell 3: Sammenstilling av metaanalyser

2.4. Oppsummering og vurdering

Vi har utført et bredt systematisk søk som resulterte i tre aktuelle metaanalyser (16–18). Dette er metaanalyser som er publisert i anerkjente, fagfellevurderte tidsskrifter av god kvalitet med mer anvendbare resultater enn enkeltstudier som kan implementeres for videre vurdering av vårt forbedringsprosjekt.

Etter grundig gjennomgang og tolkning av metaanalysene, som til sammen inkluderer 495 777 deltakere, viser Bode et.al 2021 signifikant assosiasjon mellom depressive symptomer og hypotyreose (16–18). Det er variasjon i antall deltakere; med overvekt av kvinner i to av metaanalysene (16,17). Dette kan forklares med at hypotyreose rammer kvinner hyppigere enn menn; kvinner vil dermed naturligvis være overrepresentert i slike systematiske studier (7).

Metaanalysene bruker ikke relativ risiko (RR) eller absolutt risiko (AR), men kun odds ratio (OR) som sitt effektestimater, selv om RR/AR ville vært nyttig i utredningen vår. Årsaken til dette er at OR er lettere å bruke med Forest plot. Det finnes metoder for å omregne OR til RR, men de baserer seg på flere antagelser, og vurderes ikke som aktuelt i nevnte metaanalyser (24). Det bør påpekes at prevalensen av hypotyreose er relativt høy, noe som medfører at RR vil være noe lavere enn OR (8).

Siegmann, et. al 2018 som ser på sammenhengen mellom hypotyreose (autoimmun-, Hasimoto, subklinisk og manifest) og depresjon viser til en OR på 3.31 (95% KI, 2.00-5.48)(17). Metaanalysen inkluderte 44 388 deltakere, med overvekt av kvinner (17). Her ble det videre konkludert med at det foreligger en etablert sammenheng mellom hypotyreose og at det er større sannsynlighet for utvikling av depressive symptomer (17). Likevel er tillit til metaanalysens effektestimater vurdert som lav etter GRADE-skåring. Med dette vil denne studien ha et svakt grunnlag for videre konklusjon.

Tang, et. al 2019 som undersøker assosiasjonen mellom subklinisk hypotyreose og depresjon viser signifikant, men lav sammenheng; trolig uten klinisk betydning (18). Med totalt antall deltakere fra 7 studier, konkluderer denne metaanalysen med at individer med subklinisk hypotyreose har en økt risiko, særlig for personer over 50 år, for utvikling av depresjon med OR på 1.78 (95% KI, 1.11-2.86) (18). Prevalens av depresjon blant deltakere med subklinisk

hypotyreose var på 8.6% (463/5383) sammenlignet med kontrollgruppen med prevalens på 7.5% (7311/97933) (18). Subgruppeanalyse av denne metaanalysen viser derimot ingen assosiasjon hos personer under 50 år (18). Dessuten er tillit til metaanalysens effektestimater vurdert som lav etter GRADE-skåring. Disse assosiasjonstallene, og GRADE-skåringen, gjør det utfordrende å knytte klar sammenheng; vi velger å ekskludere utredning av subklinisk hypotyreose grunnet manglende grunnlag.

Bode, et. al 2021 undersøker sammenhengen mellom manifest hypotyreose og klinisk depresjon, med 348 014 deltakere; gjennomsnittsalder på 44.9 år (16). Hypotyreose og klinisk depresjon var assosiert med OR på 1.30 (95% KI, 1.08-1.57) (16). Studien konkluderer med at denne assosiasjonen ikke er like sterk som tidligere antatt, men likevel vil den inkluderte populasjonen angivelig være representativ for den generelle befolkningen (16). Vi har moderat tillit til studiens effektestimater og velger å gjøre anbefalinger hovedsakelig ut fra denne metaanalysen.

3. Dagens praksis, tiltak og indikator

3.1. Dagens praksis

3.1.1. Mikrosystemet - distriktpsikiatrisk senter (DPS), Ahus

Ahus, divisjon for psykisk helsevern og rus, er i dag organisert i ulike enheter, hvorav DPS er seksjonert i 5 ulike avdelinger; Kongsvinger, Follo, Groruddalen og Nedre- og Øvre Romerike (25). Alle avdelinger tilbyr allmennpoliklinikk og døgnenhet. Det er kun DPS Kongsvinger som ikke har enhet for gruppeterapi og TiRe (Tidlig Intervensjon og Rehabilitering). I tillegg er det lokale variasjoner; DPS Follo har for eksempel enhet for spiseforstyrrelser og DPS Groruddalen har Skytta Døgn. Det er tett samarbeid mellom de ulike avdelingene, og enhver DPS kan benytte seg av spesialenhetene i hvert distrikt. Enhver allmennpoliklinikk ved DPS tilbyr utredning og behandling av depresjonslidelser.

3.1.2. Daglig drift og pasientforløp

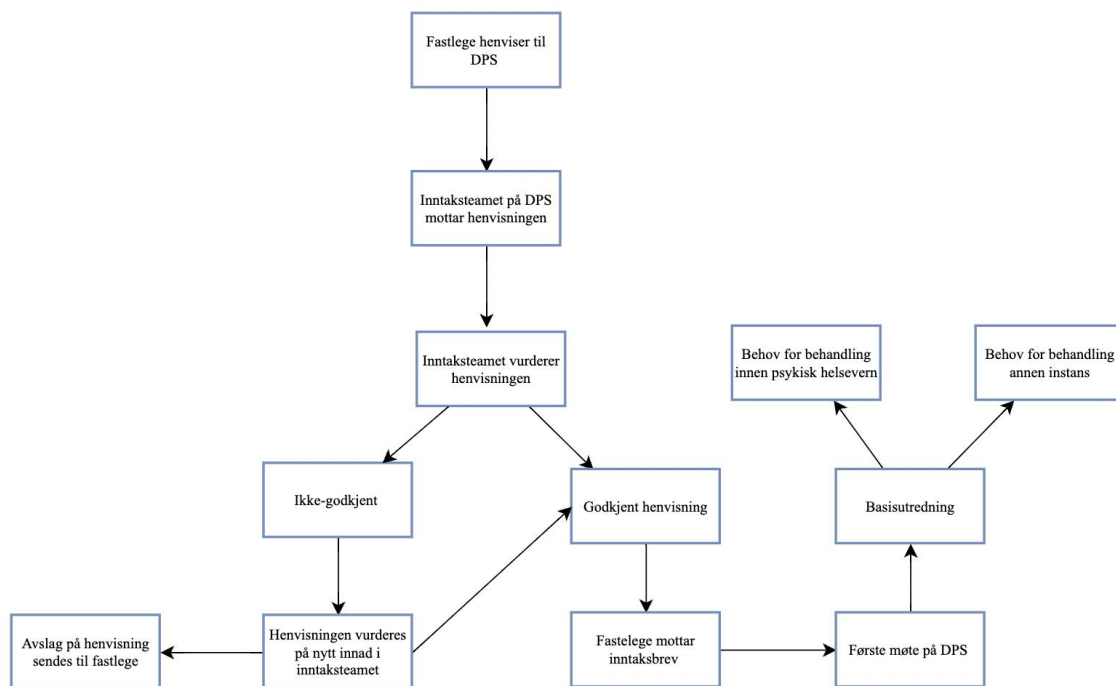
For å innhente informasjon om den daglige driften ved DPS Ahus, tok vi kontakt med medisinsk faglig rådgiver, medlem av inntaksteamet med ansvar for eksterne henvisninger til DPS, og én LIS.

Hver ekstern henvisning som DPS mottar, vurderes av et inntaksteam, bestående av blant annet fungerende inntakskordinator og psykologspesialister. Hver henvisning fordeles mellom psykologspesialist og psykiater. Henvisninger som avslås, vurderes igjen i plenum i inntaksteamet for å sikre at riktig vurdering tas (Figur 2). I dagens praksis vurderes enhver henvisning uavhengig av om henvisende lege har gjennomført og vedlagt en somatisk vurdering.

Ved godkjent henvisning, sendes det ut et inntaksbrev til henvisende lege. Hvis henvisningen mangler en somatisk utredning og standard hematologi, blir dette etterspurt i inntaksbrevet. Inntaksbrevet tar utgangspunkt i en utarbeidet ferdig-frase med punkter som henviser skal fylle ut og sende i retur til DPS. Eksempelvis oppfordres det til en oppdatert oversikt over legemiddelbruk, voldsrisiko og somatisk vurdering (vedlegg 1).

Første vurdering av pasienter med mistenkt depresjon, utføres av enten psykologspesialist eller psykiater ved allmennpoliklinikken. Gjennomføringen er seksjonsavhengig, men alle følger det nasjonale pasientforløpet for psykisk helse og rus. Under første samtale kartlegges bakgrunnen for henvisningen samt pasientens ønsker, mål og behov for behandling og oppfølging (25). Det gjennomføres også en psykiatrisk status, og behovet for umiddelbare tiltak med eventuell kriseplan.

Videre gjennomføres en basisutredning over flere konsultasjoner, med en tidsramme innen 6 uker, fra første møte til en klinisk vurdering er tatt. Innholdet i basis-utredningen er kartlegging av livssituasjon og levevaner, psykisk og somatisk sykehistorie, risikofaktorer for selvmord samt rusmiddelbruk. Etter basis utredningen tas det en vurdering og beslutning om videre oppfølging og behandling ved DPS er indisert eller ikke. Hvis det derimot foreligger behov for behandling og oppfølging utenfor psykisk helsevern, kan forløpet på DPS avsluttes når videre ansvar er avklart.



Figur 2: Pasientforløpet ved DPS Ahus

3.1.3. Utfordringer med dagens praksis

Ved hjelp av våre kontaktpersoner i mikrosystemet ble det tydelig at det ikke stilles formelle og konkrete krav til verken innholdet i henvisningen eller ferdig-frasen i inntaksbrevet. Som et resultat av dette, vil ingen henvisende lege vite konkret hvilken somatisk utredning som kreves før pasientens første møte på DPS. Som følge ser mikrosystemet en sprikende kvalitet i informasjonsgrunnlaget i henvisninger som mottas.

3.2. Tiltak

Som beskrevet under «kunnskapsgrunnlag», viser forskning en assosiasjon mellom hypotyreose og depresjon (16–18). Tilstandene kan forekomme samtidig uten at man sikkert kan bekrefte eller utelukke en kausal sammenheng (16–18). Uansett kan det være nyttig å utrede stoffskifte ved mistanke om depresjon, da tilstandene har overlappende symptomer (9,12). Samtidig har klinikere, som nevnt innledningsvis, et ønske om økt fokus på somatikk på DPS. Det innebærer somatisk avklaring tidlig i forløpet, inkludert TSH- og FT4-verdier. Vi

ønsker å bidra til dette med forslag til konkrete tiltak, og hvordan de kan implementeres i mikrosystemet. Tiltakene er:

- Krav om at stoffskifteprøver (TSH, fT4) skal vedlegges henvisning til DPS
- Informasjonsskriv til henvisende fastleger + påminnelse skrives ved manglende stoffskifteprøver i henvisning
- Internundervisning på DPS
- Evalueringsskjema til fastleger sendes i starten av kartleggingsfase to med svarfrist før evalueringsfase

3.2.1. Krav om vedlagte stoffskifteprøver i henvisning

Det foreligger som nevnt ikke formelle eller konkrete krav til innhold i en henvisning til DPS. Det kan tenkes at hypotyreoseutredningen blir gjort av fastlege, men ikke gjort rede for utover eget journalsystem. Fastleger har ulik praksis i en depresjonsutredning før henvisning. Et krav om vedlagte stoffskifteprøver (TSH, fT4) tydeliggjør og konkretiserer hva DPS ønsker inkludert i henvisningen. Dersom utredningen allerede er gjennomført antar vi at det vil være en lite ressurskrevende og omveltende endring av praksis for fastlegene.

3.2.2. Informasjonsskriv

I tillegg til krav, tenker vi det kan være lurt å sørge for tilstrekkelig informasjon og samarbeid på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, som vil forklare hensikten og nytten av endringen. Konkret er tiltaket å utforme et kortfattet og tydelig informasjonsskriv som sendes ut til samtlige fastleger i nedslagsfeltet for DPS (se vedlegg 2). Det bør også utarbeides et liknende skriv som sendes til henvisende fastleger som mangler vedlagt TSH og fT4. Ment for DPS internt, foreslår vi å utarbeide et kortfattet og tydelig informasjonsskriv som presenterer viktigheten av somatisk avklaring (her spesifikt stoffskifteavvik), betinget i kunnskapsgrunnlaget.

3.2.3. Internundervisning

Internundervisning på DPS er allerede etablert og gjennomføres ukentlig. Vi foreslår generelt å øke fokus på somatikk i internundervisningen, inkludert tematikken i vårt prosjekt. Spesielt viktig er kanskje dette på DPS, hvor ikke alle med behandlingsansvar har somatisk kompetanse. Hensikten er ikke å pålegge profesjoner ansvar de ikke skal ha, men å fremme den somatiske differensialdiagnostiske tankegangen – hos LIS og psykiatere, så vel som

psykologspesialister. Differensialdiagnostisk tankegang er spesielt relevant under utredning og ved behandlingsresistent depresjon. I denne oppgaven fokuserer vi på førstnevnte. Økt kunnskap og oppmerksomhet rundt tematikken vil kunne fremme en forståelse for hvorfor man ønsker å stille krav om vedlagte stoffskifteprøver i henvisningene – dette vil bidra til at implementering av forbedringsprosjektet går lettere.

Rent praktisk foreslår vi en undervisning per uke hver tredje uke i tre måneder. Det gir fire undervisningstimer hvor somatikk i psykiatrien er hovedfokus. Eksempelvis kan LIS og psykiater veksle.

Eksempler på temaer:

- Somatiske differensialdiagnoser ved depresjon
- Assosiasjonen mellom hypotyreose og depresjon
- Symptomer og tegn på stoffskiftesykdom, samt tolkning av TSH/ft4
- Somatiske følgetilstander/komorbiditeter ved depresjon

Det er lite kunnskapsgrunnlag på implementeringsforskning, og dermed vanskelig å påstå at tiltak vil ha god/lite effekt i mikrosystemet. Eksempelvis har informasjon på papir og tverrfaglige undervisningsopplegg, i form av for eksempel internundervisning, lite støtte i implementeringsforskning (26). Det har ikke vist negativ effekt, men det er for lite kunnskapsgrunnlag til å kunne si at det er tiltak med god effekt (26). Det man derimot vet med større sikkerhet, er at kombinasjonen av flere tiltak kan ha bedre effekt enn enkelttiltak (26). Derfor vil våre kombinerte tiltak føre til forbedret praksis på DPS.

3.2.4. Evalueringsskjema til fastleger

For å få et innblikk i fastlegenes opplevelse av henvisningskravet, skal det sendes ut et evalueringsskjema i "kartleggingsfase 2". Slik kan fastlegenes synspunkter inkluderes når kost-nytte av prosjektet skal vurderes.

Alle fastleger i Ahus sitt nedslagsfelt skal motta et evalueringsskjema, forslag til punkter:

Spørsmål	Ja	Nei
Har tiltaket berørt deg som fastlege?		
Har arbeidet medført merarbeid?		
Har det vært nyttig med konkrete retningslinjer for somatisk utredning i forkant av henvisningen?		
Har du kommentar til tiltaket? Svar i fritekst:		

Tabell 4: Evalueringsskjema

3.3. Kvalitetsindikatorer

Vi har valgt en kvalitetsindikator som indirekte måler kvaliteten av våre forbedringstiltak, som gjenspeiler kvaliteten av DPS sine tjenester (27). Videre kan de bidra til å identifisere områder med mulighet for forbedring (28), og fungere som støtte til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring (29). Virksomhetsstyring innebærer blant annet å fastsette mål, fordele ressurser og evaluere resultatene, slik at man kan nå sine mål effektivt (30).

3.3.1. Valg av indikator

Det er mange indikatorer som kunne vært nyttig å studere. For eksempel, om deprimerte pasienter i terapi opplever bedring i større grad etter innføringen av prosjektet, eller effekten av inntaksbrevet. På grunn av prosjektets omfang og tidsramme, begrenset vi oss til én prosessindikator;

- Andel av alle henvisninger sendt til DPS med depresjonsmistanke i løpet av én mnd, hvor resultat av TSH og fT4 er vedlagt

Indikatoren vil bidra til å belyse hvorvidt det er utført en tilstrekkelig diagnostikk, helt konkret i form av stoffskifteprøver. Og på den måten si noe om effekten av våre tiltak. Hvordan indikatoren bør måles er beskrevet i neste kapittel, under “utføre”.

4.3.2. Vurdering av indikatorer

Ifølge det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo vurderes kvalitetsindikatorer etter relevans, gyldighet, målbarhet, tilgjengelighet, pålitelighet/mulighet for tolkning og om den er mulig å påvirke/sensitiv for endring (31). Det legges til at de heller ikke bør føre til redusert kvalitet på andre områder i virksomheten (31). Indikatoren vurderes relevant, da vi

ønsker å øke andelen henvisninger med vedlagte stoffskifteprøver og nettopp dette måler indikatoren. Antall henvisninger totalt og antall henvisninger med vedlagte stoffskifteprøver er konkrete, tilgjengelige data som er målbare. Videre er det data uten stort rom for tolkning. Likevel skal det kanskje presiseres hvorvidt en henvisning med kun TSH (mangler fT4) vil være godkjent eller underkjent. Så lenge nevnte faktor tas hensyn til, anser vi indikatoren som pålitelig. Det er videre en gyldig indikator, da det er et konkret mål på effekten av tiltaket. Endringen man eventuelt vil måle mener vi i stor grad kan tilskrives prosjektets tiltak. Indikatoren er sensitiv for endring, da endring – uavhengig om det er forbedring eller ei, vil kunne måles. Videre vil den være like enkel å måle gjennom hele prosjektperioden, både før/etter implementering og endring. Det er lite trolig at økt oppmerksomhet rundt krav til henvisninger vil medføre dårligere kvalitet i andre deler av DPS sin drift. Noen ressurser vil forbedringsprosjektet kreve i forbindelse med faggruppen, hovedsakelig i form av ansattes tid. Dette er tid og personell som kunne blitt brukt til andre pasienter på DPS, men vi anser ikke tiltakene eller måling av indikator så omfattende at andre pasienter vil oppleve dårligere kvalitet på tjenesten. Forventet ressursbruk hos fastlegen er tidligere kommentert under “Tiltak”.

3.4. Mål med prosjektet

Kvalitetsforbedringsprosjektets mål er;

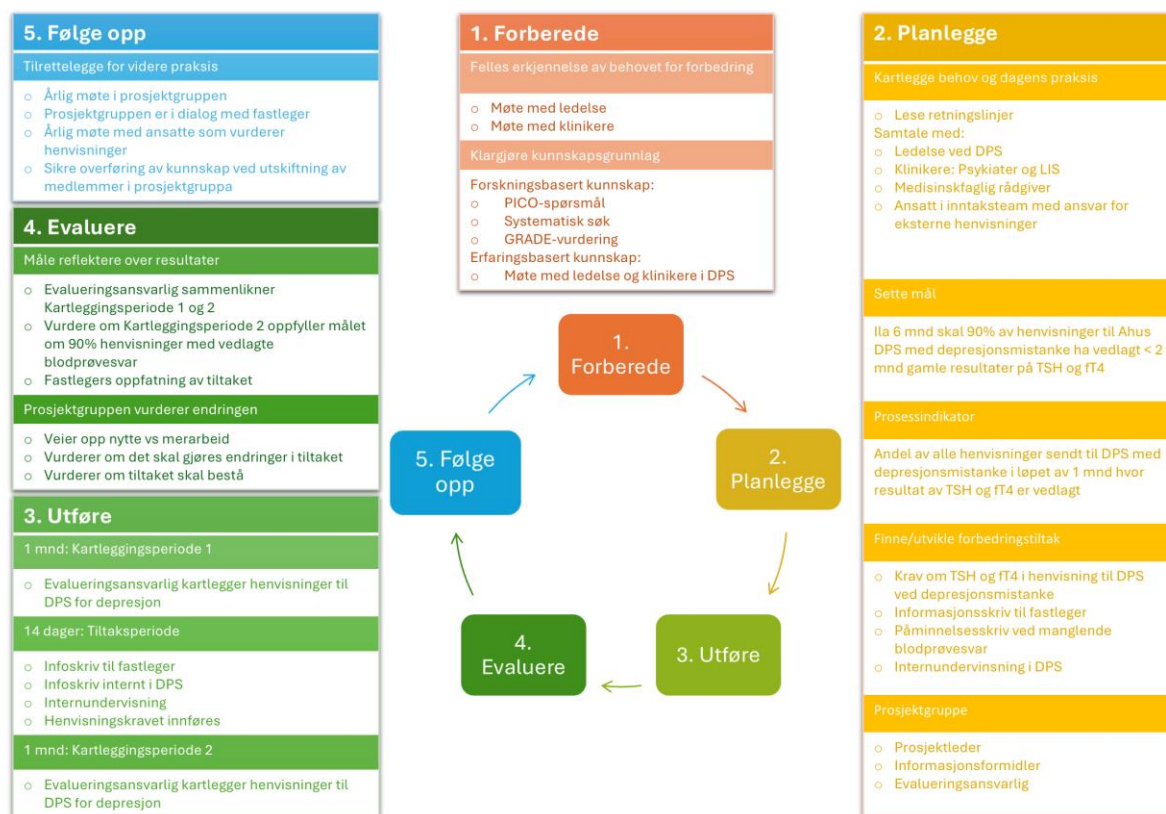
- I løpet av en periode på seks måneder skal 90% av pasientene henvist til DPS med mistanke om depresjon, ha vedlagt TSH-og fT4 i henvisningen, tatt senest to måneder før henvisningstidspunktet.

Målet er spesifikt og tallfestet, og dermed enkelt å vurdere om oppnådd. Det er målbart på samme måte som kvalitetsindikatoren, beskrevet under “kartleggingsperiode 1”. Vi anser målet som realistisk, da vi ikke ser for oss at det vil utgjøre mye ekstraarbeid for verken fastlege eller ansatte på DPS. Det kan kreve noe planlegging av fastleger med tanke på tidspunkt for blodprøvetaking, men oppta lite tid utover det som allerede brukes i forbindelse med utredning. For å unngå unødvendige tilleggsprøver, men samtidig sikre at blodprøvene ikke er utdaterte, foreslår vi en grense på to måneder. Vi anser seks måneder som nødvendig og tilstrekkelig tid for å implementere tiltakene, bruke dem i praksis og evaluere effekt.

4. Prosess, ledelse og organisering

4.1. Strukturering av prosjektet

For å planlegge prosjektet vårt systematisk tok vi utgangspunkt i helsebibliotekets kvalitetsforbedringsmodell utarbeidet av FHI (32).



Figur 3: Kvalitetsforbedringsmodell (32)

4.1.1. Forberede

En forutsetning for å starte et forbedringsprosjekt er en felles erkjennelse av behovet for forbedring. I møte med overlege Steffen Rosenberg og fagsjef Dag Solberg, kom det fram et behov for bedre ivaretagelse av somatisk helse i psykiatrien. På grunnlag av dette, utformet vi vårt forbedringsprosjekt. På bakgrunn av nasjonale og internasjonale retningslinjer samt erfaring fra klinikere, dannet vi oss et bilde av eksisterende kunnskapsgrunnlag. Et kjernesporsmål ble formulert og et systematisk søk ble gjort, hvor tre aktuelle metaanalyser ble vurdert utifra GRADE-kriteriene.

4.1.2. Planlegge

Tiltak, mål og kvalitetsindikatorer, og hvordan de skal implementeres er redegjort for i tidligere kapittel. Prosessindikator ble tilpasset målet. For å kunne gjennomføre en vellykket endring bør det være faglig enighet blant fastleger og behandlere ved DPS om at tiltaket vil være gunstig for ansatte og pasienter. Tiltak for å forankre forbedringsarbeidet i alle ledd er redegjort for i tidligere kapittel.

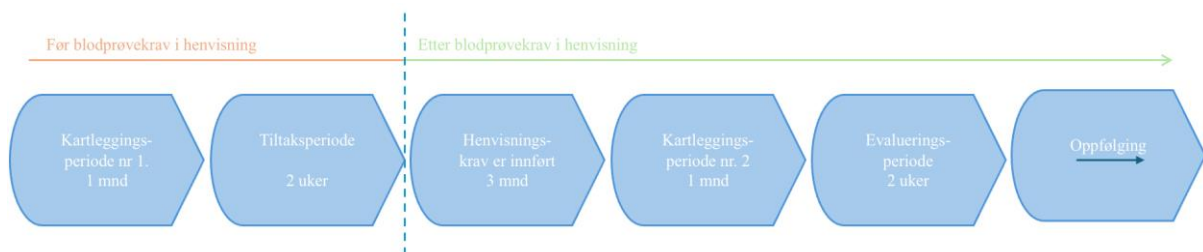
For at prosjektet skal følges opp, bør ansvaret fordeles på nøkkelpersoner i mikrosystemet, som sikrer kontinuitet. Vi foreslår at det opprettes en prosjektgruppe, med fordeling av oppgaver fremstilt i skjemaet under. Den bør ledes av en psykiater med faglig ansvar. Prosjektleder utarbeider informasjonsskriv og har en veilederfunksjon for ansatte ved DPS og fastleger. Prosjektleder bør også ha tett kontakt med den lokale ledelsen, slik at ledelsen motiveres til å legge til rette for at faggruppen har tid og ressurser til å følge opp sine arbeidsoppgaver. Videre foreslår vi at en som jobber i inntaksteamet med medisinsk kunnskap, har ansvar for informasjonsflyt og for å utforme informasjonsmateriell. Informasjonsansvarlig tilrettelegger for at informasjon rundt prosjektet kommer frem til ansatte ved DPS og fastleger. Evalueringsansvarlig har ansvar for innhenting av data før og etter henvisningskravet innføres, slik at resultatet av kvalitetsforbedringsprosjektet kan evalueres. Evalueringsansvarlig skal utforme evalueringsskjema til fastleger som tilhører Ahus.

Rolle	Profesjon	Ansvar og Arbeidsoppgaver
Prosjektleder	Overlege ved DPS	Hovedansvar for prosjektets fremdrift
		Tett korrespondanse med faggruppemedlemmer individuelt eller via møter
		Ansvar for utbedring av faglige skriv og materiell
		Faglig veileder for ansatte i DPS
		Faglig veileder for fastleger
		Holde seg oppdatert på faglige retningslinjer
Informasjonsansvarlig	LIS	Faglig ansvarlig ved internundervisning ved DPS
		Bistå prosjektleder i utforming av faglig materiell
		Formidling av faglig materiell
		Ansvar for at aktuelle fastleger mottar informasjonsskriv og henvisningskrav i tiltaksperioden
Evalueringsansvarlig	LIS/spl/adm	Ansvarlig for at fastleger som ikke forholder seg til henvisningskrav mottar påminnelse om kravet.
		Tett dialog med ansatte som vurderer innkomst
		DPS-ansattes syn på henvisningskravet
		Fastlegers syn på henvisningskravet
		Utarbeide en plan for å innhente data før og etter intervensjonen for å kunne evaluere prosjektet
Ledelse		Kvantifisere hvor mange av henvisningen sendt til DPS som har TSH og fT4 vedlagt i kartleggingsperiode 1 og 2
		Organisere intern undervisning
		Tilrettelegge for at faggruppen har tid og ressurser til å følge opp sine ansvarsområder i kvalitetsforbedringsprosjektet

Tabell 5: Arbeidsfordeling i prosjektgruppen

4.1.3. Utføre

Utførelsen av prosjektet skal foregå over en periode på seks måneder.



Figur 4: Inndeling av prosjektperioden

Kartleggingsperiode 1

For å måle effekten av tiltakene starter prosjektet med en måneds kartleggingsperiode. Ifølge klinikere mottar DPS omtrent 300 henvisninger per måned, hvor omtrent 70 angir depresjonsmistanke. Evalueringsansvarlig filtrerer ut henvisningene med ønske om depresjonsutredning i denne perioden. Deretter kartlegges det ved manuell gjennomgang av de selekterte henvisningene hvor stor andel som har vedlagt blodprøvesvar for TSH og fT4 i henhold til prosessindikator.

Tiltaksperiode

I løpet av den første uken i tiltaksperioden skal alle fastleger som tilhører DPS motta nevnte informasjonsskriv og evalueringsskjema. De ansatte skal også få informasjon om det nye henvisningskravet. Inntaksteamet skal få grundigere gjennomgang av bakgrunnen for henvisningskravet i eget møte, samt kontaktinformasjon til prosjektleder. Den neste uken skal prosjektleder sette av tid til eventuelle spørsmål fra fastleger og DPS-ansatte.

Henvisningskrav

Neste milepæl er at henvisningskravet innføres. Dersom DPS mottar henvisninger uten vedlagt blodprøvesvar sendes det ut et påminnelsekriv til fastlegen med kontaktinfo til prosjektleder.

Kartleggingsperiode 2

Etter henvisningskravet har vært i kraft i tre måneder skal prosessindikator igjen kartlegges av evalueringsansvarlig, slik som i kartleggingsperiode 1. Fastlegene mottar evalueringsskjema som beskrevet under tiltak.

4.1.4. Evaluere

Evalueringsansvarlig samler og systematiserer data fra kartleggingsperiode 1 og 2. Resultatene presenteres for prosjektgruppen. Fastlegenes svar på evalueringsskjemaet presenteres. På bakgrunn av prosessindikator og fastlegenes opplevelse av kvalitetsforbedringsprosjektet, gjør prosjektgruppen en kost-nytteavveining. Deretter vurderer prosjektgruppen om henvisningskravet skal videreføres.

4.1.5. Følge opp

Dersom det besluttes at henvisningskravet videreføres, anbefaler vi et årlig kartleggingsmøte blant prosjektgruppen, samt et årlig møte med de ansatte som vurderer henvisningene.

Dersom medlemmer i prosjektgruppen går ut av sin rolle, har dette grupped medlemmet, sammen med prosjektleder, et ansvar for å lære opp et nytt medlem i deres rolle for å sikre kontinuitet.

4.2. Motstand, og hvordan vi håndterer den?

Motstand er alltid en sentral tematikk innenfor all endringsledelse. Hvis en part ikke skulle være villig til endring, kan det medføre konflikter, forsinkelser, og i verste fall at prosjektet ikke blir gjennomført. Vi har pekt ut tre sentrale aktører som vi mener bør vurderes: fastlegen, inntaksteamet i DPS og pasientene.

Fastleger er en gruppe som allerede beskrives som hardt presset, og et henvisningskrav kan oppleves som en ekstra belastning (33). For at fastleger ikke skal misforstå tiltaket som en fraskrivelse fra somatikken må det presiseres at en hypothyreosed diagnose ikke vil føre til at en henvisning avvises. Først når DPS er orientert om en pasients somatiske helse, vil de ha mulighet til å kunne forholde seg til den. I dag er det et ønske fra DPS om at TSH og fT4-verdier legges ved i henvisningen. Ved å utstede et krav vil man gi fastlegene retningslinjer for hva henvisningen skal inneholde, som kan forenkle utformingen. Vi vil også jobbe mot mer universell utredning av pasientene. Ved å gi god informasjon om bakgrunnen for henvisningskravet og ved å invitere fastlegene til å gi tilbakemelding på prosjektet, håper vi at de føler seg sett og inkludert. Vi ønsker at fastlegenes opplevelse av henvisningskravet skal være en sentral del av evalueringen og avgjørelsen om hvorvidt kravet skal videreføres.

Inntaksteamet som vurderer henvisningene vil kunne få merarbeid i innføringsperioden da de må sende ut påminnelse skrivelser dersom stoffskifteprøver ikke er vedlagt. Denne ekstra arbeidsmengden vil trolig minskes med tiden og kan tilrettelegges for med god planlegging. Det kan også tenkes at en grundig somatisk utredning kan forenkle arbeidet for inntaksteamet.

Pasienter kan oppleve noe lengre ventetid dersom fastleger ikke legger ved stoffskifteprøver i henvisningen. Ved eventuelle pasientklager kan man informere om viktigheten av at de får en god somatisk utredning for å unngå forsinket diagnostisering og eventuell feilbehandling.

Vi vil presisere at vårt tiltak ikke omhandler pasienter som henvises til andre instanser som psykiatrisk akuttmottak. Suicidale eller alvorlige depressive pasienter faller dermed ikke inn under dette tiltaket.

5. Diskusjon og konklusjon

5.1. Diskusjon

Hypotyreose berører en stor andel mennesker, illustrert med at 6,66% av kvinner og 1,56% av menn fikk utlevert tyreoidapreparater i Norge i 2020 (8). Gjennom oppgavens kunnskapsgrunnlag, har vi vurdert forskningsbasert evidens på assosiasjonen mellom hypotyreose og depresjon. For manifest hypotyreose, viser siste tilgjengelige metaanalysen fra 2021, som undersøker sammenhengen mellom manifest hypotyreose og klinisk depresjon, med 348 014 deltakere, til en OR på 1.77 (95% KI, 1.12-2.77) (16). Denne ble vurdert til moderat GRADE-skåring. Dette gir oss grunnlaget for å faglig begrunne hvorfor vårt forbedringsprosjekt vil ha nytteverdi, hvis implementert.

Subklinisk hypotyreose viser noe stridende tall. Basert på de aktuelle metaanalysene, er det utfordrende å knytte klar sammenheng mellom subklinisk hypotyreose og depresjon grunnet lave assosiasjonstall samt lavt effektestimert med GRADE-skåring (16–18). Utredning av subklinisk hypotyreose er dermed blitt ekskludert i vårt forbedringsprosjekt.

Vi har funnet en assosiasjon mellom hypotyreose og depresjon. En svakhet med oppgaven er at kunnskapsgrunnlaget baserer seg på observasjonsstudier og vi kan ikke knytte kausale sammenhenger ut fra disse. Vi har ikke funnet noen RCT'er som kan svare på problemstillingen. Samtidig viser studier at behandlingsresistent depresjon kan dra nytte av behandling med tyreoidahormoner både på kort og lang sikt (34). Dette kan styrke mistanken om at symptomer ved behandlingsresistent depresjon delvis kan skyldes hypotyreose.

I tillegg bygger oppgaven på lite erfaringsbasert og brukerbasert evidens, som vi anser som en svakhet i kunnskapsgrunnlaget. Eksempelvis har vi ingen informasjon fra fastlegene, når

det kommer til utredning av depresjonspasienter i primærhelsetjenesten i forkant av en DPS-henvisning. Oppgavens problemstilling bygger kun på erfaringsbasert informasjon fra DPS-klinikere, som muligens har gitt oss et skjevt bilde av hvor stort problem hypotyreose blant depresjonspasienter egentlig er. I tillegg kan en tenkes at enkelte fastleger ikke ønsker å sende blodprøvesvar i henvisningen, da de ikke anser dette som relevant informasjon for inntaksteamet. Åpen og god informasjonsflyt mellom fastlegen og DPS vil være en mulig løsning for å øke evidensen til vårt endringsforslag samt oppnå bredere erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag. Dessuten kan prosjektgruppen oppfordres til å invitere fastleger, tilknyttet regionen Ahus, på et evalueringsmøte i forsøk på redusere motstand mot implementeringen da alle parter i utredningsforløpet vil føle seg inkludert og ikke overkjørt av den andre. Likevel kan det tenkes at noen fastleger ikke ønsker en slik inkludering i pasientforløpet på DPS, da de ønsker å skille primær- og sekundærhelsetjeneste, og ikke har problemer med å sende tyreose-prøver hvis implementert i et henvisningsskriv i utgangspunktet. Inkludering av enkeltbrukere eller brukerorganisasjoner som Rådet for Psykisk Helse eller Mental Helse Norge, kan sikre et brukerstyrt kunnskapsgrunnlag som kan bygge opp evidensen til nytten av vårt implementerings-forslag.

Videre er prosjektet vårt fundamentert i arbeidet til en prosjektgruppe bestående av tre medlemmer. Det vil være opp til dem, og særlig prosjektleder, at oppgavene gjennomføres. Medlemmenes kapasitet, engasjement og gjennomføringsevne er forutsetninger for hvor vellykket endringsforslaget blir. Personlige problemstillinger, slik som permisjon og sykemelding, kan stå til hinder for kontinuiteten i et slikt prosjekt.

Flere styrker tilknyttet forbedringsprosjektet kan også trekkes frem. For det første, vil tidlig oppdagelse av hypotyreose kunne medføre at konkrete behandlingstiltak igangsettes raskere. Dette vil forhindre feilbehandling, overbehandling og underbehandling både i primær- og sekundærhelsetjeneste.

For det andre, vil forbedringsprosjektet kunne forhindre glipp i oppfølging av hypotyreose. Ettersom DPS er et poliklinisk tilbud innen psykiatri og rus, har de ikke mulighet for lengre oppfølging av en nyoppdaget hypotyreose, og blir videre henvist til fastlegen. Selv om DPS også har et somatisk ansvar med tanke på utredning, blir dette fort ett kommunikasjonsledd hvor ting kan glippe. Derfor tror vi fastlegen vil være den naturlige utrednings-, behandlings- og oppfølgingsanstalten, da dette utelukkende er mest tids- og ressursbesparende.

For det tredje, vil slike tiltak sikre god økonomisk utnyttelse av ressurser. Eksempelvis vil kostnaden av våre tiltak, være langt lavere enn nytten av dem. Som tidligere nevnt, kan en anta at majoriteten av dagens fastleger gjennomfører en bred somatisk differensialdiagnostisk utredning før de henviser en pasient til DPS for depresjon. I en slik utredning vil naturligvis TSH og fT4 være inkludert, da hypotyreose er blant de differensialdiagnoser som kan presenteres med depresjon. Dersom det nylig har blitt tatt slike prøver, kan man dermed argumentere for at det er ressurs sparende at de samme prøvene ikke tas igjen av DPS.

5.2. Konklusjon

Basert på kunnskapsgrunnlaget er det høyere risiko for at pasienter som presenterer med depresjonssymptomer også har hypotyreose enn normalbefolkningen. Derfor anbefaler vi at disse prøvene bør vedlegges i henvisningen til DPS, da tiltakene vil være nyttig for en bedre ivaretagelse av somatikken ved DPS. I evalueringsfasen vil erfaringene ved tiltakene belyses, slik at man kan vurdere om forbedringstiltakene er nyttige. Hvorvidt pasienter som henvises DPS for depresjon vil ha nytte av ytterligere somatisk utredning og ev. hypotyreosebehandling vil være en interessant videreføring av prosjektet.

Referanseliste

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. Oslo: Regjeringen; 2023 [sitert 19. mars 2024]. Psykisk helse. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>
2. Norheim I. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok. Trondheim: Norsk Helseinformatikk; 2024 [sitert 15. mars 2024]. Hypotyreose. Tilgjengelig på: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/endokrinologi/tilstander-og-sykdommer/thyreoidesykdommer/hypotyreose/>
3. Surks MI. Theodore Post, Ross S. Douglas, Jean E. Mulder, redaktør. UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2022 [sitert 24. mars 2024]. Clinical manifestations of hypothyroidism. Tilgjengelig på: https://www-uptodate-com.ezproxy.uio.no/contents/clinical-manifestations-of-hypothyroidism?topicRef=7893&source=see_link#H2
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internett]. 5th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022 [sitert 24. mars 2024]. Tilgjengelig på: <https://dsm-psychiatryonline-org.ezproxy.uio.no/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
5. Tesli MS, Kirkøyen B, Handal M, Torvik FA, Odsbu I, Knudsen AKS. Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023 [sitert 15. mars 2024]. Psykiske plager og lidelser hos voksne. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
6. Lyness JM. Theodore Post, Peter P Roy-Byrne, Sara Swenson, David Solomon, redaktør. UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2022 [sitert 24. mars 2024]. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. Tilgjengelig på: https://www-uptodate-com.ezproxy.uio.no/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=overt%20hypothyroidism%20and%20depression&topicRef=118668&source=see_link
7. Ross DS. Theodore Post, David S. Cooper, Jean E. Mulder, redaktør. UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2024 [sitert 24. mars 2024]. Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults. Tilgjengelig på: <https://www-uptodate-com.ezproxy.uio.no/contents/diagnosis-of-and-screening-for-hypothyroidism-in-nonpregnant-adults#H3>

8. Reseptregisteret [Internett]. Oslo, Folkehelseinstituttet; [sitert 24. mars 2024].
Reseptregisteret: Prevalens. Tilgjengelig på: <https://reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
9. Siskind SM, Lee SY, Pearce EN. Investigating hypothyroidism. *BMJ* [Internett]. 27. april 2021 [sitert 24. mars 2024];373(n993). Tilgjengelig på:
<https://www.bmj.com/content/373/bmj.n993>
10. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *Lancet Lond Engl*. 23. september 2017;390(10101):1550–62.
11. Eivind, Shaveta, Mehmuna. Forbedringsprosjekt Eivind, Shaveta, Mehmuna [Internett]. 2022 [sitert 15. mars 2024]. Tilgjengelig på:
https://docs.google.com/file/d/1tNiWYAO26yWAXzS3czbEQiZGQt1AsT-K/edit?usp=doclist_api&filetype=mspresentation&usp=embed_facebook
12. Johannessen T. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok. Trondheim: Norsk Helseinformatikk; 2024 [sitert 15. mars 2024]. Depresjon. Tilgjengelig på:
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/depresjoner/depresjon/>
13. Jaer MMZ, Brandvik T. Metodebok.no. Sunnsoft Publishing; 2023 [sitert 15. mars 2024]. Depresjon. Tilgjengelig på:
<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=n9PRRRBp>
14. Krishnan R. Theodore Post, Peter P. Roy-Byrne, David Solomon, redaktør. UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2022 [sitert 20. mars 2024]. Unipolar depression: Pathogenesis. Tilgjengelig på: <https://www-uptodate-com.ezproxy.uio.no/contents/unipolar-depression-pathogenesis>
15. Vandvik PO, Bretthauer M, Kongerud IC. Fra kliniske spørsmål til troverdige svar. *Tidsskr Den Nor Legeforening*. 20. august 2013;133(15):1611–4.
16. Bode H, Ivens B, Bschor T, Schwarzer G, Henssler J, Baethge C. Association of Hypothyroidism and Clinical Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1. desember 2021;78(12):1375–83.
17. Siegmann EM, Müller HHO, Luecke C, Philipsen A, Kornhuber J, Grömer TW. Association of Depression and Anxiety Disorders With Autoimmune Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1. juni 2018;75(6):577–84.
18. Tang R, Wang J, Yang L, Ding X, Zhong Y, Pan J, mfl. Subclinical Hypothyroidism and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol*. 2019;10:340.
19. Folkehelseinstituttet [Internett]. Oslo, Folkehelseinstituttet; 2022 [sitert 26. mars 2024].

- Skrive rapport. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/metodeboka/framgangsmate/skrive-rapport/>
20. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, mfl. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29. mars 2021;372:n160.
 21. GRADE [Internett]. The GRADE Working Group; What is GRADE? Tilgjengelig på: <https://www.gradeworkinggroup.org/>
 22. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, mfl. The Ottawa Hospital Research Institute. Ottawa Hospital Research Institute; [sitert 18. mars 2024]. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Tilgjengelig på: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
 23. Cochrane Training [Internett]. The Cochrane Collaboration; 2020 [sitert 18. mars 2024]. Identifying publication bias in meta-analyses of continuous outcomes. Tilgjengelig på: <https://training.cochrane.org/resource/identifying-publication-bias-meta-analyses-continuous-outcomes>
 24. Zhang J, Yu KF. What's the Relative Risk?: A Method of Correcting the Odds Ratio in Cohort Studies of Common Outcomes. *JAMA*. 18. november 1998;280(19):1690–1.
 25. Akershus Universitetssykehus [Internett]. [sitert 15. mars 2024]. Psykisk helsevern og rus divisjon. Tilgjengelig på: <https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern-og-rus-divisjon/>
 26. Nilsen L. Den norske legeforening. Oslo: Legeforeningen; 2021 [sitert 7. mars 2024]. Dette har best effekt på kvalitetsforbedring i allmennpraksis. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/dette-har-best-effekt-pa-kvalitetsforbedring-i-allmennpraksis/>
 27. Helsedirektoratet [Internett]. Oslo, Helsedirektoratet; 2022 [sitert 7. mars 2024]. Kvalitet og kvalitetsindikatorer. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
 28. Helsebiblioteket [Internett]. Oslo, Folkehelseinstituttet; 2019 [sitert 7. mars 2024]. Kvalitetsforbedring. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring>

29. Folkehelseinstituttet [Internett]. 2014 [sitert 7. mars 2024]. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig på:
<https://www.fhi.no/publ/eldre/utvikling-og-bruk-av-kvalitetsindikatorer-for-spesialisthelsetjenesten/>
30. DFØ [Internett]. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring; 2023 [sitert 7. mars 2024]. Hva er virksomhetsstyring? Tilgjengelig på: <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/virksomhetsstyring/hva-er-virksomhetsstyring>
31. Frich J. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. 2023 [sitert 7. mars 2024]. Kvalitetsindikatorer. Tilgjengelig på:
<https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>
32. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik N, Norheim G, mfl. Folkehelseinstituttet. Oslo, Folkehelseinstituttet; 2015 [sitert 7. mars 2024]. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>
33. Alsnes IV. Fastleger – sterke, men sårbare. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internett]. 1. september 2022 [sitert 19. mars 2024];142(12). Tilgjengelig på:
<https://tidsskriftet.no/2022/09/leder/fastleger-sterke-men-sarbare>
34. Nuñez NA, Joseph B, Pahwa M, Kumar R, Resendez MG, Prokop LJ, mfl. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: A systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord.* 1. april 2022;302:385–400.

Vedlegg

Vedlegg 1: Ferdig-frase i inntaksbrevet.

Pasienten er henvist pga. et ønske om avklaring av mulig diagnose el./
Henvising er vurdert av inntaksteam ved navn på spesialist (er) og undertegnede.

På bakgrunn av opplysninger i aktuell henvisning og tilgjengelig informasjon i journal, er det foretatt en vurdering i henhold til prioriteringsveileder fra Helsedirektoratet. Det er vurdert om det foreligger et behov for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og om følgende vilkår for rett til nødvendig helsehjelp er innfridd: 1) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og 2) de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Vilkårene vurderes innfridd.

Vurdering:

Etter en samlet vurdering gis det rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen

Frist mnd.

Det gis rett til:

Utredning/ vurdering av tilstand x

Behandling

Tilbudet kan revurderes av behandler basert på utredning.

Bakgrunn for vurdering/ kommentar:

Av henvisningen fremkommer at *kortfattet hva henvisningsgrunn er*. Pasienten tas inn ved seksjon til avklaring av pasientens behov og en vurdering av hensiktsmessige tiltak videre. *Evt kommentar til hva som er tenkt*. Ved en eventuell symptomforverring i påvente av time, kan pasienten ta kontakt med fastlege.

Til henvisende lege:

Før pasienten møter ved DPS, ber vi om følgende informasjon: I hht. pakkeforløp for psykisk helse og rus sendes oppdatert oversikt over legemidler i bruk (LIB), relevant tidligere legemiddelbruk og rusmiddelbruk. Videre ønsker vi informasjon om somatisk status, inklusive aktuelle blodprøvesvar, og eventuell kjent volds- og utageringshistorikk.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv tilknyttet henvisninger til DPS:

Fra dd.mm.åååå inntre nye retningslinjer tilknyttet DPS med krav om avklart status om stoffskifte hos pasienter henvist til DPS. I praksis betyr dette at alle henvisninger vurdert for depresjon skal ha vedlagt TSH og fT4 prøvesvar, tatt de siste 8 ukene.

Begrunnelsen for denne endringen baserer seg på nyere forskningsartikler (1,2 og 3) som viser økt prevalens av hypotyreose blant de med depresjonssymptomer. For mer utfyllende informasjon, les kvalitetsforbedringsprosjektet "Somatisk utredning av hypotyreose for pasienter i DPS vurdert for depresjon" (duo.uio.no).

Til henvisende lege:

Før pasienten møter ved DPS, ber vi om at følgende informasjon i hht. pakkeforløp for psykisk helse og rus sendes

- kortfattet hva henvisningsgrunn er,
- oppdatert oversikt over legemidler i bruk (LIK),
- relevant tidligere legemiddelbruk og rusmiddelbruk
- informasjon om somatisk status
- aktuelle blodprøver, minimum TSH og fT4 tatt siste 8 ukene.
- eventuell kjent vold- og utageringshistorikk.