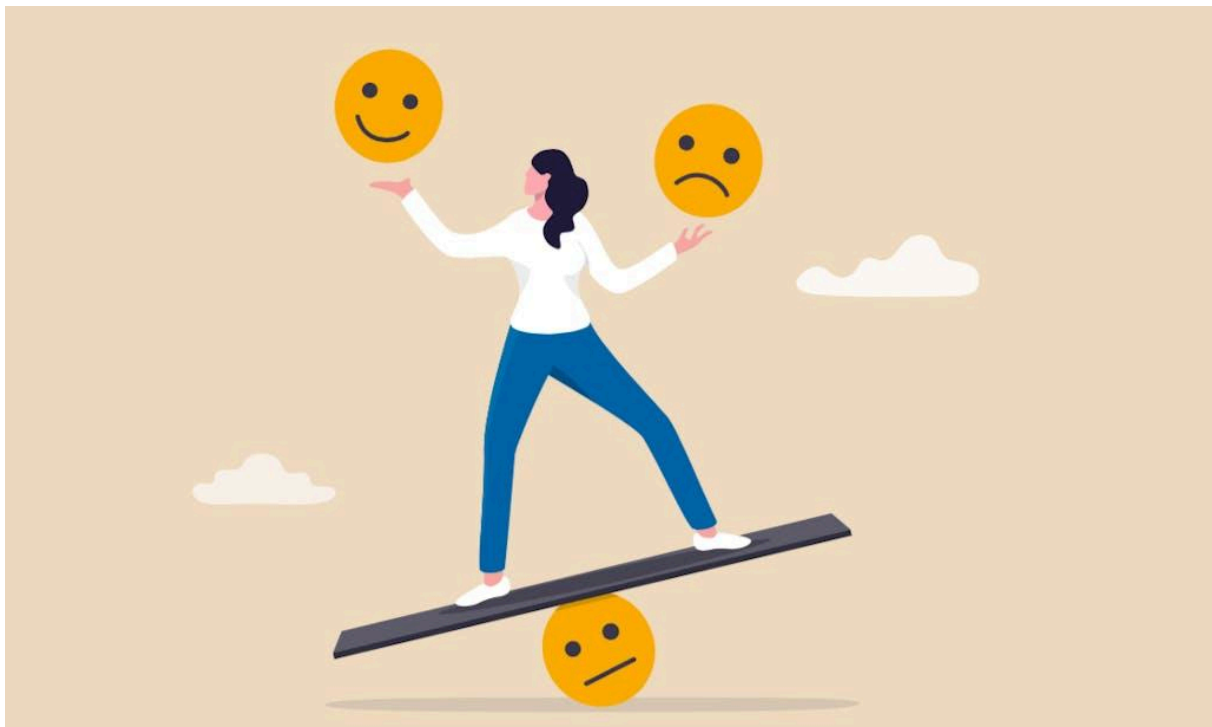


Anvendelse af eMDI-skemaet i almen praksis



Af Thomas Thomsen og Julie Bangsø

Vejleder: Professor Bo Christensen

Afleveret d. 04.12.24

FT 63

Introduktion

Psykiatrisk sygdom, herunder depression, medvirker til svær påvirkning af livskvalitet hos både de afficerede patienter og patientens nærmeste samt samfundsøkonomiske omkostninger i form af tabt arbejdsfortjeneste samt stort forbrug af sundhedsydelser(1). Antallet af kontakter til almen praksis vedr. psykisk mistrivsel er stigende over de seneste år (1). Nogle patienter henvender sig med oplagte symptomer på alvorlige psykiatiske sygdom som eksempelvis en svær depression medens andre patienter præsenterer sig med lidt mere ukarakteristiske klager som ikke umiddelbart kan tilskrives depression, men som i stedet kan være udtryk for en svær periode i livet, dårligt samarbejde med arbejdspladsen/dårlige arbejdsforhold, stress etc. I sidstnævnte gruppe er der diagnostiske udfordringer mhp. optimal behandling herunder både medicinsk behandling, samtale, behandling og henvisning.

Til at lave en sådan prioritering og til screening af bagvedliggende psykiatrisk sygdom er der udviklet forskellige selvrapporteringskemaer til screening for psykisk sygdom og stress, herunder MDI-skemaet, som er udviklet i Danmark på baggrund af ICD-10 kriterierne. I Danmark benyttes ofte MDI (major depression inventory) til screening for depression, ASS (angst-symptom-spørgeskema) til screening for angst og nogle gange også et stress-skema. MDI er som nævnt et selvrapporteringskema og kan tilsendes patienten og udfyldes af patienten elektronisk, til tider omtalt som eMDI. Foruden at benyttes til screening for depression, kan den også benyttes til monitorering af depressionsgraden herunder effekt af evt. antidepressiva/terapi samt tilføjes henvisningen til psykolog eller psykiater. MDI skemaet er ved tidligere studier vist at have en god reliabilitet og ekstern validitet sammenlignet med andre samt at kunne bruges som monitoreringsredskab til at følge depressionsgraden (2). Et ældre dansk studie har dog ikke fundet at MDI bidrager til at øge den diagnostiske præcision ved klinisk mistanke om depression (3).

Forskningstræning - formål

Formålet er at undersøge hvordan MDI skemaet bruges i Almen Praksis og hvilke konsekvenser det medfører. Det får vi et billede af med dette journalaudit studie, hvor vi også ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, ser nærmere på hvordan lægerne og evt personalet i Skåde lægehus og Mårslet lægehus gør brug af e-MDI skemaet. Bruges skemaet som et diagnostisk redskab ved depression, heriblandt til screening og monitorering?

Studiet er baseret på et udpluk af de relevante patienter i begge lægehuse med indhentet kvantitativ data og uddybning af de enkelte patientforløb.

Håbet er, at det kan blive et kvalitetsudviklingsprojekt ifht. MDI-brugen i egen praksis.

Metode

Dette er et blandet kvantitativt og kvalitativt forskningsprojekt.

Indsamling af data er foregået hos Skåde lægehus (klinik 1) beliggende i Højbjerg og Mårslet lægehus (klinik 2). Begge klinikker bruger it-modulet Clinea, og den kvantitative dataindsamling er foregået via dets statistikmodul. Til fremsøgning af de relevante patienter er der brugt MDI IUPAC-koden MCS88041 i statistikmodulets laboratorieprofil. Programmet leverede derefter en liste over de patienter, der indenfor det seneste år har fået lavet et eller flere e-MDI skemaer, hvilket gav en liste sorteret efter dato fra nyeste til ældste. Vi fik en liste med henholdsvis 42 og 14 patienter i klinik 1 og 2 (efter fjernelse af CPR-dubletter). Patienter, som har fået udleveret et fysisk MDI skema eller som ikke har udfyldt deres e-MDI skema, blev således ikke inkluderet. Dette accepteres som en præmis for studiet, da vi har valgt at undersøge brugen af eMDI, som vi ser flere fordele ved i forhold til papirudgaven, hvilket også er foreslået i andre publiceringer (4). Vi valgte hver især de ti øverste patienter på listen, som udgangspunkt. For at få lidt flere patienter med i forløbet inkluderes fem mere fra klinik 1 og to interessante patientforløb fra klinik 2 inkluderes også, da det var forløb som vi selv havde været involveret i og derfor havde mere aktuel kendskab til. Det resulterede i 27 patienter, som et samlet antal.

Vi har således ikke ekskluderet nogle patienter undervejs, da vi netop ønsker at se på brugen af MDI generelt i almen praksis.

Vi har ved gennemgang af patient journalen, laboratoriekort og FMK indhentet oplysninger vedrørende;

- detaljer fra e-MDI skemaet
- ordination af antidepressiv medicin (AD-medicin)
- henvisning til psykolog eller psykiater
- diagnose i diagnosekortet
- udlevering/ordination af psykometriske test (både fysisk form og web-reg) ifm eMDI
- gennemgang af de enkelte patientforløb

Vi var også nysgerrige på at høre lægernes egne holdninger til brugen af MDI skemaet i deres hverdag. Den kvalitative dataindsamling er derfor baseret på et mindre spørgeskema (bilag 2), som er udført af os med både åbne og mere lukkede spørgsmål, omkring de emner vi fandt relevante for forskningsprojektet og den indhentede kvantitative data. Skemaet blev udleveret i fysisk form til udfyldelse af de tilstedeværende læger i klinikken.

Der var ingen af praksispersonalet i nogle af klinikkerne der brugte MDI og de modtog derfor ikke noget skema. De blev spurgt åbent ind til hvorfor de ikke brugte skemaet.

MDI teori

Depression diagnosen kan stilles i almen praksis, og vil bero på lægens samlede kliniske vurdering. Det anbefales at man laver et grundigt klinisk interview, gerne over to gange, så man sikrer sig at billedet er konstant (5). Til vurderingen af sværhedsgraden af depressionen og alvorligheden af funktionsnedsættelsen, anbefales der brug af psykometrisk testning (6). Major depression inventory (MDI) er et selvrapporteringsskema udviklet af den danske professor, overlæge Per Bech, Psykiatrisk Center, Hillerød. MDI skemaet tager, ligesom Hamilton depressionsskala, udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationen WHO's symptomafrænsning af depression. Grundet selvrapporteingsformatet kan det ikke anbefales til patienter med demens eller nedsat sygdomsindsigt (7).

De ti depressionssymptomer er listet op i et skema, hvor patienten skal svare ud fra egen subjektive vurdering af symptomerne inden for de sidste to uger. Svarene går fra ikke tilstedeværende symptomer til konstant tilstedeværende og rates henholdsvis 0-5 point.

Skema aflæses enten manuelt ved hjælp af en scoringsnøgle (bilag 3) eller på e-MDI versionen udregnes de respektive værdier elektronisk på besvarelsen. Her vil man kunne aflæse to resultater, en ICD-10 diagnose og en MDI score. Scoringsanalysen vil altså vise at MDI skemaet både kan være et diagnostiskredskab og et sværhedsgradsinstrument, og således har en dobbeltfunktion (8).

ICD-10 diagnosen stilles ud fra ICD-10 algoritmen;

- Let depression (2 kernesymptomer + 2 ledsagesymptomer),
- moderat depression (2 kernesymptomer + 4 ledsagesymptomer)
- svær depression (3 kernesymptomer + 5 ledsagesymptomer).

Kernesymptomerne aflæses i de tre første spørgsmål i skemaet. Disse skal ifølge WHO/ICD-10 have været tilstedet "det meste af tiden" i de sidste to uger. De restende 7 spørgsmål, er ledsagesymptomerne, og de skal have været tilstede i "over halvdelen af tiden". Dette er illustreret med den diagnostiskedemarkationslinie på bilag 3.

MDI skemaet kan også benyttes, som en rating scale ligesom Hamiltonskalaen og her vil det være summen af de 10 spørgsmål (spørgsmål 8 og 10, har et a og b spørgsmål, og der vælges den højeste score), der angiver graden af symptombelastning. Sværhedsgraden af depression kan dermed vurderes ved skalering af sumscoren;

- 0-19 (ingen depression)
- 20-24 (let depression)
- 25-29 (moderat depression)
- 30-50 (svær depression).

MDI kan også anvendes til DSM-IV major depressionsdiagnosen, det vil vi ikke komme nærmere ind på i denne opgave.

Langt de fleste depressive patienter vil kunne diagnosticeres, håndteres og behandles i almen praksis. Dog vil ca 20% af dem, der følges og behandles i almen praksis, udvikle en kronisk depression. MDI-skemaet kan således være et støttende redskab for den praktiserende læge i vurderingen, monitoreringen og behandlingen af den depressive patient, hvor man typisk vil tage udgangspunkt i nedenstående behandlingsoplæg fra DSAM (9);

- Let depression: Samtaleterapi – ingen evidens for effekt af medicinsk behandling
- Moderat depression: Samtaleterapi og evt. medicinsk behandling
- Svær depression: Medicinsk behandling og støttesamtaler

Resultater

Der blev indhentet data fra 27 patienter i alt fordelt på de to lægehuse. De indsamlede data, både de kvantitative og mere beskrivende data, blev samlet i en tabel i excel (denne er ikke medtaget i opgaven).

I tabel 1 ses en oversigt over den samlede kvantitative data, da der er tale om en meget lille kohorte er der ikke udført nogen statistiske analyser, da det vurderes at der ikke kan opnås statistisk signifikante resultater.

Alle patienterne der fik en ICD-10 depressions diagnose på deres eMDI også fik en MDI-sumscore på eMDI'en svarende til de enkelte depressionsgrader (tabel 1). Hvorimod de patienter hvor eMDI ikke fandt nogen ICD-10 depressions diagnose, der ser vi en 50/50 fordeling af MDI-sumscoren, som enten ligger <20 eller >25. Dette illustreres også i søjlediagrammet over MDI-sumscore fordelingen ift de MDI-beregne ICD-10 diagnoser (figur 1).

Tabel 1 Total antal patienter 27	ICD- 10 ingen depression	ICD-10 let depression	ICD-10 moderat	ICD-10 svær
Antal patienter	14 (52%)	3 (11%)	6 (22%)	4 (15%)
mdi-score <20	7 (50%)	0	0	0
mdi-score 20-24	0 (0%)	0	0	0
mdi-score 25-29	3 (21%)	3 (100%)	0	0
mdi-score >29	4 (29%)	0	6 (100%)	4 (100%)
Henviſning psykolog/psykiater	5 (36%)	3 (100%)	5 (83%)	4 (100%)
AD-medicin	3 (21%)	0	4 (67%)	2 (50%)
Samtaleforløb	1 (7%)	1 (33%)	5 (83%)	3 (75%)
Andre diagnostiske skemaer	10 (71%)	2 (67%)	5 (83%)	3 (75%)

Figur 2 og 3 giver en mere visuel illustration af eMDI skemaets resultater, i et cirkeldiagram ses fordeling af MDI-score og ICD-10 diagnoserne på de 27 patienter.

De kvantitative data om ICD-10 diagnoser og MDI score fra eMDI skemaerne for de respektive patienter er samlet i bilag 1. Her aflæses også om den enkelte patient endte med at få ordineret antidepressiv medicin (AD-medicin), om denne modtog et samtaleforløb ved egen læge og om patienten blev henvist til psykolog/psykiater, hvor 1 symboliserer en positiv/aktiv handling og 0 ingen handling. Patient 1-10 samt 26-27 er fra Klinik 2 og patient 11-25 er fra Klinik 1.

Beskrivende data

Udover data illustreret i bilag 1, blev der også indsamlet data om hvorvidt patienterne fik en diagnose registreret i diagnosekortet i Clinea efter konsultationen med lægen og opfølgningen på eMDI. Her så vi at 18 ud af de 27 patienter fik registreret anden diagnose end depression eller slet ingen diagnoseregistrering, særligt Klinik 1 haltedede i deres diagnose registrering. Ud af de 15 patienter i Klinik 1, fik 9 ikke registreret en diagnose, men ved journalgennemgang så vi f.eks. at lægen ved patient nr 22 vurderer GAD og henviser til psykolog. Patient nr 20 har haft et hårdt liv og tidligere suicidal truende, kommer til læge grundet psykisk forværring. Der gives MDI og ASS med resultaterne; MDI-score 38 og ICD-10 moderat depression samt ASS viser socialangst. Lægen fastholder denne vurdering, og patienten opstartes derfor i AD-medicin og henvises til psykolog, hvor eMDI resultater medtages, men der registreres ingen diagnose i diagnosekortet.

Generelt havde patienterne haft en lang symptomvarighed inden konsultationen ved lægen hvor de modtager eMDI. Symptomvarigheden rakte fra 1 måned til 36 måneder, med et gennemsnit på 8,6 måneder. Her skal det dog bemærkes, at i de længere patientforløb som bl.a. patient 27, har der været gentagne konsultationer ved egen læge grundet psykiske udfordringer, men symptomvarigheden er noteret til 36 måneder, da det er tiden frem til patienten første gang modtager et eMDI. Enkelte patienter som f.eks. patient 19 er kendt med kronisk depression og følges fast ved egen læge og har også modtaget eMDI/MDI skemaer tidligere, men der er "symptomvarigheden" noteret, som den rum tid patienten selv beskriver at der har været en forværring, som udløser den seneste handling og eMDI. Da vi har valgt at kigge på eMDI givet indenfor det seneste år, har vi kun enkelte af disse patientforløb. Vi har derfor valgt fortsat, at inkluderer dem da de illustrerer hvordan lægerne bl.a. også bruger eMDI som et monitoreringsskema ved mistanke om forværring af sygdomsgraden.

De 9 patienter som endte med at få AD-medicin fik det ordineret forholdsvis hurtigt efter eMDI, fra dag 0 op til 3 måneder efter, 7 af dem indenfor 14 dage.

Over halvdelen af patienterne 17/27 bliver henvist til psykolog/psykiater, og ved gennemgang af henvisningerne ser vi, at de udregnede eMDI resultater ofte medskrives, men eMDI skemaet vedhæftes ikke.

Ved journalgennemgang på de enkelte patientforløb, kom patienterne typisk med meget blandede symptombilleder og 20 af patienterne ender også med at få flere psykometriske tests udleveret sammen med eMDI skemaet. Mest brugt var ASS og stress-score skemaerne, men også MMSE(demens) og ASRS(ADHD symptomskema) blev brugt. Både eMDI, ASS og Stress-score skemaerne ligger alle på web-reg, og 8 patienter modtog alle tre skemaer i forløbet, ofte samtidig.

Af tabel 1 og de indsamlede data fra eMDI ses det at 14 af patienterne får ICD-10 diagnose "ingen depression", og ud af de 14 er der dog 7 der får høje MDI-sumscore ≥ 25 . Patient 2, 18 og 24 har alle et nær-lignende patientforløb hvor de har en MDI-sumscore på henholdsvis 35, 33 og 25, og alle tre ender med en depressionsdiagnose, de opstartes i AD-medicin og henvises til psykolog/psykiater.

Eksempler på patientforløb;

- Patient 2 var kendt med ADHD, var stoppet med sin medicin og var blevet tiltagende trist, egen læge gav eMDI og henviste til psykiater på §66 og denne genoptog ADHD medicin og vurderede depression og opstartede patient i AD-medicin.
- Patient 18 kommer med uspecifikke depressive symptomer, ønsker selv AD-medicin grundet tidligere effekt, modtager eMDI skema, hvor der ikke findes nogen depression, men en MDI-score på 33 og patienten opstartes i AD-medicin. Der vurderes god effekt ved opfølgende samtaler og diagnosen, let depression, registreres i diagnosekortet ved første opfølgende samtale og af journalnotatet fremgår det at lægen klinisk vurderer en bedring af patientens psykiske symptomer og en effekt af behandlingen.

De resterende 4 af de 7 patienter med høj MDI-sumscore, ender ud med anden eller ingen diagnose. Patient 7, 8, 10 og 23, som alle får ICD-10 diagnosen "ingen depression" og en MDI-sumscore på henholdsvis 26, 31, 25 og 30, de har også nær-lignende forløb hvor de ender med ikke at få ordineret medicin, henvises ej heller til psykolog/psykiater (bilag 1), men får i stedet diagnoserne stress, postcommotio syndrom og angst.

Eksempler på patientforløb;

- Patient 7 kommer med blandet symptombillede, lægen vurderer stress og sygemelder patienten. På eMDI findes høj sumscore på 26, særligt i kategorierne

med påvirket søvn og rastløshed. Bedring af symptomer efter sygemelding, der gives ikke opfølgende eMDI, men vurderet klinisk bedring i insomni, rastløshed og øvrige stress-symptomer.

- Patient 8 er sygemeldt med postcommotionelt syndrom. Henvender sig initielt grundet bekymring for at udvikle en depression, oplever symptomer såsom træthed og manglende lyst til at være social. Høj sumscore, 31, på eMDI og kun 1 point fra, ved kernesymptomerne, at ICD-10 score til depression diagnose. Vurderes dog af lægen klinisk og samlet set ikke deprimeret, og er også i bedring ved opfølgende konsultationer, hvor patienten ikke længere føler sig deprimeret.

Begge lægehuse var ikke lige opmærksomme på at registrere dignoser i diagnosekortet, men ved journalgennemgang nåede vi frem til at vores kohorte i forløbene fik noteret diagnoser indenfor fem forskellige grupper: 37% blev diagnosticeret med depression, 15% med stress, 11% med angst, 15% med diagnose af anden type (belastningsreaktion, post commotio syndrom, psykisk klage) og 22% fik ikke nogen endelig diagnose. Langt de fleste af patientforløbene drejede sig enten om stress eller depression, men der var et par forløb der stak lidt ud, hvor henvendelsesårsagen var hukommelsesbesvær.

De to patientforløb;

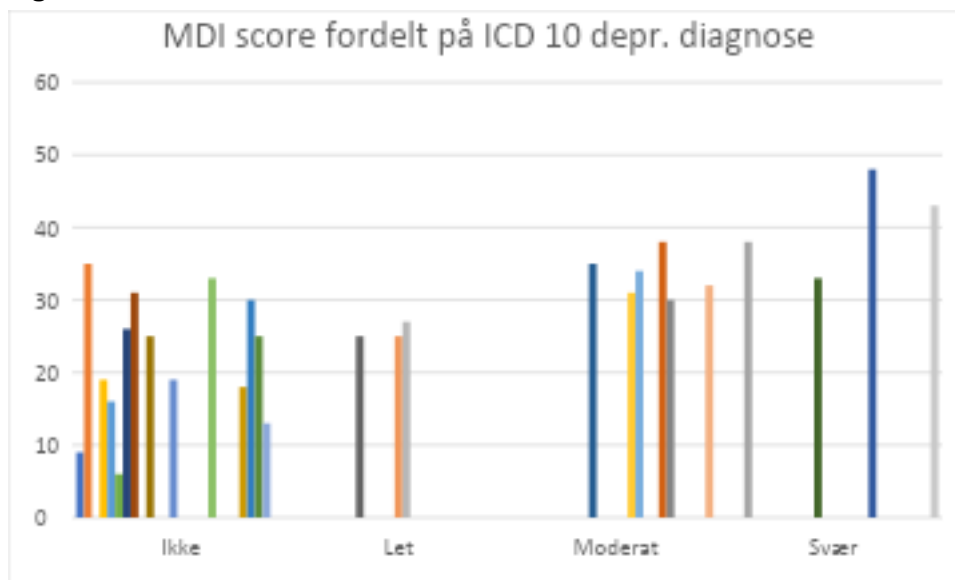
- Patient 24, har ved genhenvendelses tidspunktet (og hvorfra vores data indhentning begynder) allerede haft hukommelsesproblemer gennem 1 år og demens udredt med MMSE og CTc for 6 måneder siden, som har afkræftet demens og cerebral patologi. Patienten henvender sig nu, grundet en følelse af at være presset psykisk og stresset gennem 14 dage, vurderes af lægen "ikke depressiv" og de vælger at se an. 4 måneder senere kommer patienten nu igen til en obs demens samtale, der medsendes eMDI (ICD-10 ingen depression og score 25) og stress-skema, og en ny tid til MMSE test hvor der scores 24/30. Patient henvises til vurdering ved neurolog grundet hukommelsesbesvær. 2 måneder senere kommer patienten med tiltagende depressive symptomer ved klinisk vurdering og AD-behandling opstartes, samt henvisning til psykolog hvor MDI scoren bruges. Patienten øges i dosis. Ved opfølgning efter 2 måneder er der klar bedring af de depressive symptomer og hukommelsesbesværet. Fornytt MMSE 30/30 og neurologen finder ikke demens, der gives ikke en opfølgende MDI.
- Patient 26 er kendt med depression og er allerede i Sertralinbehandling, 50 mg x 1. Henvender sig med hukommelsesproblemer og ønsker en udredning for demens. Patienten frembyder dog depressive symptomer både anamnestisk og klinisk, og der medsendes eMDI (ICD-10 moderat depression og score 32) og stress-skema (score højt). Øges ved opfølgende samtale i Sertralin til 150 mg x1. Patienten ønsker ikke

henvisning til psykolog, grundet ringe effekt sidst. Henvises til online-psykologforløb. På tidspunktet for vores studie, forelå der endnu ikke data på, om der var effekt af AD-medicin dosisøgningen.

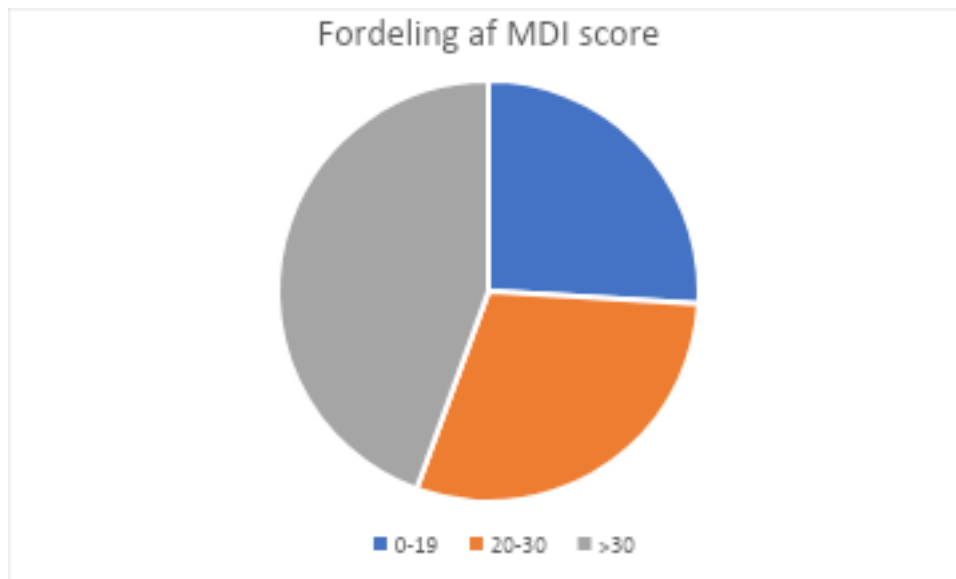
Spørgeskema undersøgelsen

Alle lægerne fra de to deltagende klinikker besvarede spørgeskemaet. Dette blev uddelt halvvejs inden i studiet efter den kvantitative data var indhentet. Spørgsmålene blev udformet som både åbne og lukkede spørgsmål, med mulighed for prosatekst. Der blev ikke foretaget et interview af den enkelte læge, da vi ønskede høj deltagelse og at det skulle være så lidt indgribende i deres pressede arbejdsdag som muligt. De blev spurgt ind til; Hvornår og hvordan de bruger MDI skemaet, bruger de eMDI skemaet og hvilke resultater forholder de sig til og hvilke konsekvenser har det for patienten. Skemaets spørgsmål og en sammenfatning af de 9 lægers svar ses i bilag 2.

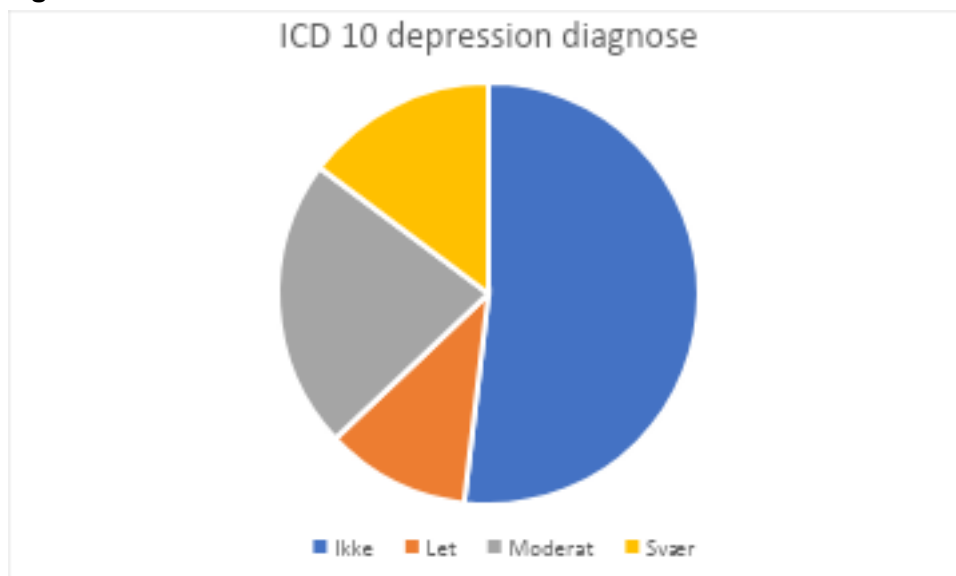
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Diskussion

På baggrund af vores journalaudit og spørgeskemaundersøgelse, har vi belyst brugen af MDI skemaet i almen praksis og hvilke konsekvenser det medfører. Resultaterne af vores studie med de 27 patientforløb, viser overordnet en systematisk brug af MDI skemaet både som et diagnostisk redskab ved mistanke om depression og som screening- og monitoreringsredskab. Dette afspejler sig i vores patientgruppe, som alle har modtaget eMDI skemaet, og som ender med forskellige psykiatriske diagnoser. Vi ser at eMDI resultaterne overordnet set bruges relevant i henvisningerne til psykolog og psykiater, og ved patienterne med længere depressionsforløb ser vi også at MDI skemaet bruges som et monitoreringsredskab. MDI skemaet vurderes som et validt hjælperedskab sammen med lægens kliniske vurdering i den diagnostiske tilgang, det er dog vigtig ikke kun at forholde sig til ICD-10 diagnosen på skemaet men også MDI-scoren. Vi ser også flere fordele ved eMDI skemaet frem for papir versionen, men der lader til at være plads til forbedring i brugen af denne i almen praksis.

Spørgeskema:

I vores spørgeskema uddelt til de faste læger i begge klinikker, svarede alle 9 læger ja til at de fandt MDI brugbart i deres kliniske hverdag (bilag 2). Majoriteten af lægerne bruger MDI-skemaet til screening/udredning for depression, men en del angiver også at bruge MDI til udelukkelse af depressionsdiagnosen ved mistanke om anden differentialdiagnostik. Dette fremgår også tydeligt i vores kvantitative data, hvor lægen i flere af patientforløbene har mistænkt anden psykisk belastning. I bilag 1 ses eMDI resultaterne for patient 1, 4, 5, 6, 13, 22 og 25 med lave MDI score og ingen ICD-diagnose, og her modtager de respektive patienter typisk flere andre psykometriske test sammen med MDI-skemaet, typisk ASS og Stress-score skemaer. Således er MDI skemaet brugt som hjælperedskab i den diagnostiske tilgang af patienten med psykiske symptomer, hvor man bl.a. ønsker at depression scene patienten (bilag 2).

Der var dog forbedringspotentiale blandt lægerne når det kom til brugen af eMDI istedet for MDI, samt ved brugen af MDI til monitorering af depression. Kun ca. halvdelen af lægerne

brugte MDI som redskab i monitoreringen af depression i de følgende behandlingsforløb (bilag 2). Ved gennemgang af patientforløbene, så vi stort set heller ikke nogen der havde modtaget opfølgende MDI skemaer efter stillet depressionsdiagnose og opstart i antidepressiva.

MDI i papirudgaven og MDI i den elektroniske Web-patient udgave (eMDI):

eMDI'en blev forventet som en afløser for papirudgaven af MDI da den blev udviklet, og samtidig spare besøg og tid hos den praktiserende læge.

Ud fra lægebesvarelserne i vores udleverede spørgeskemaer er det dog kun 6 ud af de 9 adspurgte læger der bruger eMDI frem for den fysiske version (bilag 2). Denne mangelfulde implementering er i overensstemmelse med tidligere studier (4). Krogh et al. har tidligere beskrevet "gamle vaner" hos praktiserende læger og tidskrævende login til modulet hvorfra eMDI rekvireres, som barrierer der kan være med til at forklare ovenstående (4).

Login-modulet kan muligvis være ændret siden udgivelsen af ovenstående artikel, men vi fandt ikke denne login-process som værende særligt tidskrævende.

Der er dermed stadig et rum for yderligere udbredelse af brugen af eMDI, muligvis gennem kort gennemgang fx undervisningsseancer i de enkelte klinikker, eller måske som en del af de informationsmails som de praktiserende læger bl.a. modtager fra Praksis.dk.

Brugen af eMDI, vil som vi ser det, således bidrage til at øge kvaliteten af monitoreringen af forløbet hos patienter med depressionsdiagnose og kan desuden være tidsbesparende for lægen at benytte, da data'en overføres direkte til journalen (lab-kortet) når patienten sender den. Dette var den oprindelige hensigt med eMDI'en, hvilket ses beskrevet i en tidligere dansk artikel (4).

Papirudgaven af MDI-skemaet kan have sin berettigelse ved patienter som ikke bruger PC, ikke kan finde ud af log-in processen eller som har betydelige hukommelsesvanskeligheder og hvor man er i tvivl om hvorvidt de vil huske at få udfyldt en evt. elektronisk udgave af MDI derhjemme. Ydermere kan der være tilfælde hvor man af forskellige årsager ønsker at have en aktuell MDI ved den indeværende konsultation. En af udfordringerne ved at benytte papirudgaven kan dog være at resultatet for undersøgelsen kan "drukne" i øvrige journalnotater når man eksempelvis har brug for at sammenligne tidligere MDI'er som en del af monitoreringen af patientens aktuelle forløb. Herforuden vil det for lægen være tidskrævende at skulle beskrive resultaterne af MDI'en i journalen, hvorfor MDI'en ofte i stedet vil fremgå i journalnotatet med en kort beskrivelse af diagnose og samlet MDI score.

eMDI skemaet, vil modsat, være mere let tilgængelig for alle i lab-kortet hvor resultaterne fra eMDI skemaet vil være registreret, og man kan her trykke sig ind på det fulde skema og dermed få tilgang til detaljerne og ikke kun lægens tolkning eller de nøgtern resultater. Det er typisk et krav ved henvisning til psykolog under henvisningskriterie 10 og 11, at der foreligger en MDI fra egen læge. Her er eMDI skemaet et rigtig godt værktøj, da den allerede ligger inde i patientens lab-kort og dermed vil kunne medsendes henvisningen. Vi ser dog i lægernes besvarelser (bilag 2), at de oftest kun medskriver ICD-10 diagnose og (nogle gange) MDI score i henvisningerne og dermed kan psykologen ikke se de enkelte symptom kategorier hvor patienterne særligt udfordres.

MDI og stress-symptomer:

I flere af vores patientcases blev MDI skemaet brugt til at screene for depression ved mistanke om stress. Der kan være et overlap i det symptombillede, som ses ved hhv. stress og depression i form af eksempelvis søvnforstyrrelser og træthed/manglende overskud hvorfor flere af disse patienter også udfyldte "stress-skemaet" i Webreg.

Der var dog ikke nogle af de nævnte cases, hvor den initiale mistanke var stress-symptomer, hvor MDI resultaterne ændrede ved denne vurdering og i denne meget lille population afslørede brugen af MDI skemaet ikke underliggende depression i disse tilfælde (figur 1). På trods af den lille patientpopulation kan man således muligvis stille spørgsmålstejn ved MDI skemaets anvendelighed, når den primære mistanke på patientens symptombillede er stress, omend den kan bidrage til sikkerheden af en stressdiagnose ved lav MDI-score.

Hukommelsesproblemer og depression:

I vores sample var der to cases som initielt præsenterede sig med hukommelsesvanskeligheder, se beskrivelserne af patientforløb 24 og 26 under resultatafsnittet. Begge patienter ønskede sig udredt for demens og i begge tilfælde viste det sig at være en depressiv episode som lå til grund for symptomerne. Den ene patient var ældre og depressionsdiagnosen blev her stillet i forbindelse med udredning for demens. Den anden patient var en mand i slutningen af 30'erne, kendt med tidligere depression og havde også hukommelsesproblemer ved seneste depression. Han fremstod klinisk deprimeret og fik diagnosen moderat depression bl.a. på baggrund udfyldt MDI hvor han ligeledes scorede til at have en moderat depression. Begge patienter responderede godt på antidepressiva. Som tidligere beskrevet i litteraturen, ved vi at depression kan være en differentialdiagnose til demens. Hukommelsesproblemer kan således som det også fandtes i de to nævnte

patientcases præsenterer sig som patientens primære klage under en depressiv episode, hvorfor man afhængigt af den enkelte case må overveje depression som en differentialdiagnose i sådanne tilfælde.

Depressionsscore, ICD-10 og cut-off under 25:

Som det ses af figur 1, for gruppen som på baggrund af MDI-skemaet ikke fik en depressionsdiagnose, så var der i denne gruppe stor individuel forskel på den samlede MDI-score. Følgende var der nogle patienter i vores studiepopulation som ikke scorede til at have en depression på MDI'en, men senere fik diagnosen enten hos egen læge eller anden speciallæge. Dette udgør et potentielt problem, idet man kan stille spørgsmålstegn ved anvendeligheden af MDI-skemaet hos denne patientgruppe. Ser man nærmere på den indhentede data viser det sig dog i vores studie, at hvis man kiggede på både den ICD-10 diagnose som MDI'en angiver samt MDI-scoren, så var der ingen patienter i vores population som ud fra MDI-skemaet stod til "ikke depression" og samtidig havde en samlet MDI-score under 25 point, som viste sig at have en depression.

På baggrund af vores data kunne det derfor se ud som om at sandsynligheden for en depressionsdiagnose er lille hvis MDI-skemaet angiver "ikke depression" og den samlede MDI-score er under 25. En lignende cut-off værdi er fundet af Cuijpers et al. som i deres studie fra 2007 har angivet 26 i MDI-score som en god cut-off værdi og angivet en sensitivitet på 0,66 og en specificitet på 0,63 (10). Bech et al. fandt i deres studie ligeledes en optimal cut-off på 26 med en sensitivitet på 1,00 og en specificitet på 0,82 for denne cut-off værdi. Bech et al fandt ved en anden udregning desuden en sensitivitet på mellem 0,86 og 0,92 samt en specificitet i mellem 0,82 og 0,86 for patienter som på MDI-skemaet scorede til at have en moderat til svær depression (2). Ovenstående divergens i sensitivitet og specificitet viser at pålideligheden af MDI-skemaet både er et udtryk for at det er et selvrapporteringsskema, men også afhænger af flere faktorer herunder hvilken patientgruppe som undersøges.

Konklusion

Ud fra vores dataindsamling og den foreliggende litteratur på området vurderes eMDI-skemaet, at være et godt supplerende værktøj til screening for- og monitorering af depression. Det er dog vigtigt, at skemaet bruges i de rette situationer og på de rette patienter, samt at MDI-diagnosen og MDI-scoren på skemaet sammenfattet den kliniske lægefaglige vurdering tages med i betragtning, inden en evt. depressionsdiagnose stilles.

Perspektiver

Som anført er der blandt klinikkere og forskere konsensus om at MDI er et meget anvendeligt redskab i almen praksis. eMDI kunne godt udbredes og anvendes oftere, hvilket vi har tænkt os at undervise om fordelene ved ude i vores praksis.

Vi vil være mere opmærksomme på at få brugt MDI-skemaet som en del af den diagnostiske proces og i monitorerings øjemed, samt at kigge på både ICD-10 diagnosen og MDI-scoren, som MDI-skemaet angiver, i vores endelig lægefaglige vurdering.

Derudover vil vi overveje at anvende MDI-skemaet hos patienter, som henvender sig med hukommelsesproblemer, hvis dette skønnes relevant.

Undervejs blev det tydeligt at det var sværere at indhente data på patienter som ikke var diagnosekodet rigtigt i IT-systemet, hvilket vi vil tage med ud til undervisningen i vores praksis.

Slutteligt har vi lært at trække data ud af patientpopulationen i praksis og fået et kendskab til hvad det eksempelvis kan anvendes til, hvilket vi tænker at benytte os af fremadrettet i andre henseender i praksis.

Fejlkilder:

Patientcasene som indgår i vores studie er indhentet på baggrund af lab-koden for eMDI, hvorfor patienter som er fulgt med MDI i papirudgaven ikke indgår i vores data-sæt.

Det var ikke alle patienterne i vores studie som blev vurderet ved en psykiater og diagnosen blev i disse tilfælde i stedet stillet af den praktiserende læge. Det er i tidl. litteratur beskrevet at praktiserende læger underbehandler og visse tilfælde overser depression (11), hvorfor vi ikke kan være helt sikre på diagnosen depression eller ikke depression rent faktisk er rigtig eller ej.

Referenceliste:

- (1) PLO's idé katalog: https://laeger.dk/media/x20hbnmp/idekatalog_psykiatri.pdf
- (2) Bech P, Rasmussen NA, Olsen R, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Dis.* 2001.
- (3) Brinck-Claussen UØ, Curth NK, Christensen KS et. al. Improving the precision of depression diagnosis in general practice: a cluster-randomized trial. *BMC family practice*, 2021.
- (4) Krogh MD, Nielsen MG, Le JV, Bro F, Christensen KS, Mygind A. Barriers and facilitators to using a web-based tool for diagnosis and monitoring of patients with depression: a qualitative study among Danish general practitioners. *BMC Health services research.* 2018.
- (5) Lægehåndbogen:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/symptomer-og-tegn/depressionsfoeelse/>.
- (6) Bech P et al. Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC Psychiatry*, 2015.
- (7) Nationalt videnscenter for demens
<https://videnscenterfordemens.dk/da/major-depression-inventory-mdi>
- (8) https://www.sundhed.dk/content/cms/10/115710_major-depression-spoergeskema--mdi-og-scoringsnoegle.pdf).
- (9) <https://www.dsam.dk/vejledninger/unipolar-depression/behandling>
- (10) Cuijpers P et al. Sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory in outpatients. *BMC Psychiatry.* 2007.
- (11) Davidsen AS, Fosgerau CF. What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. *Int J Qual Stud HealWell-being.* 2014.

BILAG 1

Patient nr. (mårslet først)	ICD-10 ikke depression	ICD-10 Let	ICD-10 Moderat	ICD-10 Svær	MDI score	AD- medi cin	Samtale forløb	Psykolog/ psykiater henv
1	1	0	0	0	9	0	0	0
2	1	0	0	0	35	1	1	1
3	0	0	0	1	38	1	1	1
4	1	0	0	0	19	0	0	0
5	1	0	0	0	16	0	0	0
6	1	0	0	0	6	0	0	0
7	1	0	0	0	26	0	0	0
8	1	0	0	0	31	0	0	0
9	0	1	0	0	25	0	0	1
10	1	0	0	0	25	0	0	0
11	0	0	1	0	35	1	1	1
12	0	0	0	1	33	0	0	1
13	1	0	0	0	19	0	0	0
14	0	1	0	0	25	0	1	1
15	0	1	0	0	27	0	1	1
16	0	0	1	0	31	0	1	1
17	0	0	1	0	34	0	1	1
18	1	0	0	0	33	1	0	1
19	0	0	0	1	48	1	1	1
20	0	0	1	0	38	1	1	1

21	0	0	1	0	30	1	1	1
22	1	0	0	0	18	0	0	1
23	1	0	0	0	30	0	0	1
24	1	0	0	0	25	1	0	1
25	1	0	0	0	13	0	0	0
26	0	0	1	0	32	1	0	0
27	0	0	0	1	43	0	1	1

BILAG 2

Brug af MDI i AP:	Læges svar
Hvornår bruger du mdi skema?	Til screening/udredning for depression og til udelukkelse af diagnosen ved mistanke om anden differentialdiagnostik. Halvdelen bruger det også som redskab i monitoreringen af depression og behandlingsforløb.
Bruger du det i første konsultation? Giver du en opfølgende mdi?	Størstedelen bruger MDI ved første konsultation, alle giver typisk en opfølgende tid, men kun enkelte angiver også at give et opfølgende MDI. En enkelt læge svarer, at hvis der er afsat ½ time ved første konsultation, så stiller lægen selv spørgsmål svarende til MDI.
Bruger du e-mdi?	6 ud af de 9 læger bruger e-MDI skemaet. En af lægerne svarer, ” Nej, jeg råder generelt til så lidt skærm som muligt ved psykisk belastning”. En anden svarer, “Ja, tidligere brugte jeg MDI skemaet under konsultationen”.
Forholder du dig både til icd10 diagnosen og mdi scoren fra skemaet?	Fuld konsensus, alle svarer ja.
Hvad har betydning for din videre behandling?	To af lægerne svarer entydigt, at ICD-10 diagnosen har betydning for den videre behandling. Resten svarer, at MDI bruges, som en del af et samlet billede, sammenholdt med bl.a. den klinisk vurdering og symptomgraden.
Bruger du skemaet til monitorering?	Lige under halvdelen bruger skemaet fast, som en del af monitoreringen af depression.
Bruger du skemaet i henvisninger og hvordan?	Resultatet eller scoren medskrives i henvisninger til privat praktiserende psykolog eller ved henvisning til psykiater heriblandt PCV. Flere nævner, at det som bekendt, typisk er et krav ved henvisning til psykolog.
Bruger du typisk andre skemaer sammen med?	Lige over halvdelen bruger sjældent til ofte andre skemaer samtidig.

Hvilke og hvorfor?	Seks ud af de ni adspurgte læger svarer, at angstskemaet, ASS, ofte bruges sammen med MDI. En læge angiver skemaet som en hjælp til, at ” Differentierer mellem <i>ren</i> depression og mere belastning”. En enkelt læge nævner også stress-skemaet, som et redskab sammen med ASS og MDI, da ”det giver et godt overblik og et samlet billede”.
Screeener du patienter med kronisk sygdom for psykisk sygdom fx ved årskontroller?	Nej. ” Kun hvis patienten angiver depressionstegn, eller hvis de svarer bekræftende på screeningsspørgsmål. Aldrig MDI uselekteret, det er for sygeliggørende”, beskriver en af lægerne.
Bruger du da mdi?	To svarer, at ved begrundet mistanke ville de bruge MDI. En enkelt foretrækker ICD-10, da det er hurtigere.
Er mdi skemaet brugbart i din hverdag?	Ja. Der påpeger dog, at det ikke kan stå alene og beror på en samlet klinisk vurdering.
Praksispersonalets brug:	Personalet svarer mundtligt, at de aldrig bruger det, da de ved mistanke i stedet spørger en læge eller giver en tid hos en af lægerne. De føler sig ikke klædt på til at tolke MDI-skemaet, ej heller at handle på det.

NB. Det skal noteres, at vi selv ikke er medregnet i de lægelige besvarelser, da vi antog, at vi grundet opgaven ville være biased og derfor muligvis kunne skævvride resultaterne.

BILAG 3

Depressionsskemaet MDI: Scoringsnøgle

Øverst er den diagnostiske demarkationslinie angivet, og nederst anføres total score for de 10 items.

Hvor meget af tiden ...		Den diagnostiske demarkationslinie					På intet tidspunkt	
		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdele n af tiden	Lidt under halvdele n af tiden	Lidt af tiden		
Kerne-symptomer	1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
	2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
	3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
Ledsage-symptomer	4	Har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
	5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
	6	Har du følt at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
	7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	8a	Har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
	8b	Har du følt dig mere stille?	5	4	3	2	1	0
	9	Har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	10a	Har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
	10b	Har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0