

Hvordan diagnosticerer og behandler vi depression i almen praksis?
- En spørgeskemaundersøgelse



Af Josip Ljubas og Jens Vinther Larsen

Vejleder: Annemette Bondo Lind

FT hold: 59

Dato: 06.12.2023

Indholdsfortegnelse

INTRODUKTION	1
<i>Forekomst</i>	1
<i>Udredning</i>	1
<i>Diagnostik</i>	1
<i>Barrierer</i>	3
<i>Graduering</i>	3
<i>Prognose</i>	4
<i>Behandling</i>	4
FORSKNINGSSPØRGSMÅL OG FORMÅL	4
METODEAFSNIT	5
<i>Spørgeskemaerne</i>	5
<i>Svarmuligheder</i>	5
RESULTATER	6
<i>Basis info</i>	6
<i>Egne kompetencer og efteruddannelse</i>	6
<i>Diagnostik</i>	10
<i>Graduering</i>	12
<i>Behandling</i>	14
DISKUSSION	15
<i>Basisinfo</i>	15
<i>Tiltroen til egne kompetencer</i>	15
<i>Udfordringer</i>	15
<i>Passende diagnosticering</i>	16
<i>Fordomme</i>	17
<i>Diagnostiske værktøjer</i>	18
<i>Ad screening og postgraduat undervisning</i>	19
<i>Behandling</i>	19
KONKLUSION	20
BILLAG	24

Introduktion

Forekomst

Depression er en hyppig lidelse, og i Danmark estimeres prævalensen til 3 %¹ svarende til ca. 150.000 personer med en livstidsprævalens på ca. 17-18 %². Depression er den anden hyppigste årsag til psykisk sygdom kun overgået af tilpasnings- og belastningsreaktioner, men er dog den sygdom med størst betydning rent samfundsøkonomisk, hvor den er årsag til ca. 5 % af førtidspensioner og udgør en årlig direkte og indirekte udgift på ca. 9 milliarder dkk³. I 2020 fik i alt 426.000 danskere udskrevet antidepressiv medicin, et tal der har været stabilt de sidste 10 år, og med det forbehold at antidepressiva ikke kun indgår i behandlingen af depression, men også en række angsttilstande⁴. Omkring 9 % af alle kontakter i almen praksis er relateret til psykisk sygdom^{5,6,7}, og depression er den mest hyppige af disse⁸. Depression er årsag til 14.9 % af alle psykiatriske indlæggelser og 14.3 % af alle ambulante besøg i psykiatrien⁹.

Udredning

Den initiale udredning og behandling af depression vil hos 85-90 % af patienterne foregå i primærsektoren, primært i almen praksis¹⁰. Studier har vist, at depression er underdiagnosticeret i almen praksis, og at kun 50 % af patienter med depression får stillet diagnosen^{11,12,13}. I skandinaviske lande har det vist sig at 15-25 % af patienter, der får stillet diagnosen depression, ikke har en depression¹⁴. Blandt dem der får stillet den korrekte depressionsdiagnose, vil mange behandles insufficiant ift. guidelines^{15,16,17}.

En stor dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2002 omhandlende alment praktiserende lægers viden om og holdninger til de diagnostiske kriterier, diagnostiske redskaber og behandling af depression¹⁸. Dette studie konkluderede, at relativt få alment praktiserende læger brugte diagnostiske værktøjer til at stille depressionsdiagnosen, at vidensniveauet om tidssvarende diagnostik var lavt, at der var behov for efteruddannelse på området og, at selv kortvarig efteruddannelse øgede den diagnostiske sikkerhed.

Diagnostik

Diagnosen depression stilles som regel ud fra mindst to interviews med patienten, hvor man klarlægger om patienten opfylder ICD-10-kriterierne. Symptomerne skal have været der i over to

uger og anden organisk ætiologi skal udelukkes. De depressive symptomer deles op i kernesymptomer og ledsagesymptomer, se figur 1.

A. Generelle kriterier	1) Varighed af depressiv episode mindst 2 uger 2) Ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand 3) Organisk ætiologi udelukkes
-------------------------------	--

B. Kernesymptomer	1) Nedtrykthed 2) Nedsat lyst eller interesse 3) Nedsat energi eller øget træthedsbarhed
--------------------------	--

C. Ledsagesymptomer	1) Nedsat selvtillid eller selvfølelse 2) Selvbeprejdelse eller skyldfølelse 3) Tanker om død eller selvmord 4) Tænke- eller koncentrationsbesvær 5) Agitation eller hæmning 6) Søvnforstyrrelser 7) Appetit- og vægtændring
----------------------------	--

Figur 1. ICD-10 kriterierne for depression.

I almen praksis bruges ofte hjælpeinstrumenter til opsporing og diagnosticering af depression. Her er et af de meste brugte redskaber i Danmark Major Depression Inventory (MDI), som er et selvurderingsskema på 12 spørgsmål, som er opbygget omkring ICD-10-kriterierne for depression. Til diagnosticering af depression er MDI fundet at have en acceptabel sensitivitet og specificitet sammenlignet med Present State Examination, dog ved patienter som allerede var diagnosticeret med en depression¹⁹. Hos uselekterede patienter kan MDI dog ikke bruges alene, da der ikke tages højde for alle kriterierne for en depression, fx tidskriteriet. Det bruges dog alligevel ofte i almen praksis, hvor skemaet danner grundlag for et struktureret interview med patienten, og det er på den måde et brugbart redskab i diagnosticeringsprocessen²⁰. Et andet hyppigt anvendt værktøj i almen praksis er Geriatric Depression Scale (GDS)-15, som er et valideret screeningsinstrument for depression ved ældre²¹. Det kan være udfordrende at stille den korrekte depressionsdiagnose, til blandt andet hjælp til dette, indførte regionerne i 2021 § 66 aftalen mhp. hurtig vurdering og udredning af psykiatriske tilstande ved privat praktiserende psykiater.

Barrierer

En depression kan præsentere sig med mange forskellige kombinationer af symptomerne fra figur 1 og medføre betydelige variationer i det kliniske udtryk hos den depressive patient. Symptomernes intensitet kan variere betydeligt over tid og somme tider maskeres af mere dominerende symptomer på fx angst eller somatiske klager, hvilket besværliggør diagnostikken og behandlingen af en depression^{22,23,24}.

Yderligere barrierer i diagnostikken af en depression kan deles op i patientens og lægens del, samt en praktisk del. Patienten kan være tilbageholdende med at fortælle om sine symptomer eller ikke ønske at tage imod den iværksatte behandling. Lægens barrierer kan fx være manglende viden om depression, manglende ansvarsfølelse vedrørende udredning og behandling, modvillighed til at udskrive antidepressiv medicin samt viderehenvise til psykolog eller psykiater. Den praktiske del kan være tidsmangel, så lægen ikke kan nå at lave den nødvendige udredning og opfølgning, men kan også være manglende adgang til specialiseret psykiatrisk udredning og behandling^{20, 25}.

Graduering

Når diagnosen er stillet, så er det vigtigt, at depressionen gradueres for at kunne vælge den korrekte behandling. Gradueringen kan ske ud fra ICD-10-kriterierne, se figur 2. Man kan også bruge gradueringsinstrumenter som fx HAM-D17 og MDI, som begge er validerede instrumenter^{18, 23}.

Depressiv episode af let grad	A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt B. Mindst 2 kernesymptomer C. Mindst 2 ledsagesymptomer
Depressiv episode af moderat grad	A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt B. Mindst 2 kernesymptomer C. Mindst 4 ledsagesymptomer
Depressiv episode af svær grad	A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt B. Mindst 3 kernesymptomer C. Mindst 5 ledsagesymptomer

Figur 2. Graduering af depression ifølge ICD-10-kriterierne.

Prognose

Den enkelte depression har typisk en varighed på 3-12 måneder, men op mod 10-30 % risikerer at udvikle en kronisk depression, kendetegnet af en varighed på over 2 år^{22,26}. Har man først haft én depressiv episode, er der 60 % risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80 %^{22,27}. Under en depression ses ofte et meget variabelt sygdomsforløb med svingende intensitet af symptomerne. Langt størstedelen af depressioner bliver behandlet i primærsektoren, men enkelte mere komplicerede og behandlingsrefraktære har behov for at blive behandlet i sekundærsektoren. Depression fordobler mortalitetsraten blandt andet ved øget forekomst af selvmord, men også somatiske sygdomme. Der er evidens for, at tidlig behandling bedrer prognosen. Varigheden af ubehandlet depression har været svær at definere i studier, men det er vist, at varigheden af en ubehandlet depression er associeret med flere depressive episoder^{28,29}, jo længere tid der går imellem iværksat behandling, jo længere er depressionsvarigheden og at hurtig iværksat antidepressiv medicinsk behandling er associeret med et bedre respons^{30,31,32}. Dog er studierne behæftet med vis usikkerhed⁹.

Behandling

Behandlingen af depression er multimodal, og der er påvist klinisk effekt af såvel både psykoterapeutisk og psykofarmakologisk behandling^{33,34}. Herudover findes der en række andre behandlingsmuligheder, reserveret til mere udtalte og behandlingsrefraktære tilfælde såsom elektrokonvulsiv terapi og transkraniel magnetstimulation^{35,36}. Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin (RADS) har for almen praksis lavet en national behandlingsvejledning for unipolar depression og dystymi hos voksne med henblik på at standardisere og øge kvaliteten af behandlingen i Danmark²³.

Forskningsspørgsmål og formål

I vores tidligere lægelige erfaring med både diagnosticering og behandling af depression i almen praksis, har vi bemærket, at der har været stor variation i almen praktiserende lægers tilgang. Inspireret heraf, samt kritiske danske artikler omhandlende diagnostik og behandling af depression i almen praksis^{18,37}, har vi valgt at undersøge, hvordan vi arbejder med depression i almen praksis i dag, herunder: Hvilke metoder vi bruger til at stille diagnosen?

- Hvordan vurderer vi vores egne kompetencer?
- Hvilke udfordringer oplever vi ved diagnosticering og behandling af depression?

- Er vi bekendt med, - og følger vi de nationale anbefalinger på området?

Vi forsøger at besvare ovenstående spørgsmål ved en spørgeskemaundersøgelse udfyldt af praktiserende almen medicinere med virke i Region Midt- og Nordjylland.

Metodeafsnit

Spørgeskemaerne

I første omgang blev der læst relevant litteratur for at få viden om emnet og en basis for at kunne udfærdige spørgeskemaet. De to forfattere nedskrev herefter hver især potentielle spørgsmål til spørgeskemaet. Spørgsmålene blev derefter selekteret ad to omgange: Først mødtes de to forfattere og udvalgte de mest relevante spørgsmål. Herefter blev spørgsmålene yderligere selekteret ved et nyt møde mellem de to forfattere og vejlederen.

Efter udfærdigelsen af spørgsmålene blev der oprettet et spørgeskema på www.SurveyMonkey.com. For at få flest mulige til at deltage i spørgeskemaet, så valgte forfatterne, at alle med kendskab til et hyperlink havde adgang til at besvare skemaet. Herved var spørgeskemaet let at fordele. Linket til spørgeskemaet blev sendt i en e-mail med opfordring om at fordele til de øvrige kollegaer i praksis men også gerne i klynger, 12-mandsgrupper og lignende. E-mailen blev sendt ud til de øvrige deltagere på forskningstræningskurset, forfatternes tutorlæger, facebookgrupper for uddannelseslæger samt forfatternes egne 12-mandsgrupper. Lægerne, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen, arbejdede i almen praksis i Midt- og Nordjylland.

Svarmuligheder

Spørgeskemaet bestod af 18 spørgsmål og blev udfyldt af læger, som arbejdede i almen praksis (se bilag 1 for spørgeskemaet). Spørgeskemaet var opbygget således, at forfatterne indledningsvist havde 5 spørgsmål, hvor man fik basis info om alder, køn, anciennitet som læge, uddannelsesniveau samt postnummer for praksis. Herefter fulgte 13 spørgsmål, hvor der både var mulighed for at svare med afkrydsning af flere forudbestemte svarmuligheder, men derudover også at supplere med kommentarer. For spørgsmålene, hvor det fandtes relevant at have mulighed for at kunne sætte kryds i flere af svarmulighederne, var dette muligt.

Resultater

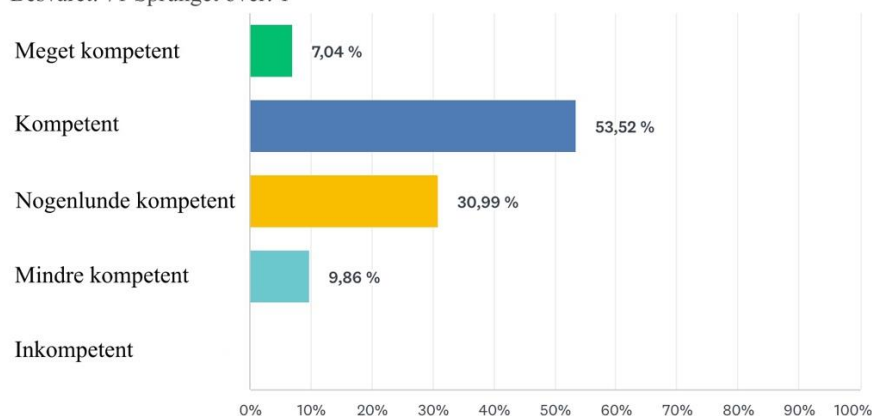
Basis info

I vores spørgeskemaundersøgelse deltog 72 læger, hvoraf 41 var kvinder og 31 mænd. Størstedelen af lægerne havde en alder mellem 30-39 og 40-49 år svarende til hhv. 47 % og 26 %. Blandt respondenterne var 43 % under hoveduddannelse (HU) og 40 % var speciallæger i almen medicin. Yngre læger (YL) udgjorde de resterende 13 %, som i vores opgave er defineret som læger i introduktionsstilling eller klinisk basisuddannelse (KBU). Der var en rimelig god fordeling af ancienniteten blandt de besvarende læger, dog med en overrepræsentation af læger med 5-9 års anciennitet, som fyldte 39 %. Læger fra Region Midt var overrepræsenteret og fyldte 94 % af besvarelsene. Se tabel 3 for flere detaljer.

Egne kompetencer og efteruddannelse

Figur 1. Hvor kompetent føler du dig til at stille diagnosen depression?

Besvaret: 71 Sprunget over: 1



Lægerne følte sig generelt kompetente til at stille diagnosen depression. Blandt de adspurgte svarede 31 % at de følte sig “nogenlunde kompetente” og 54 % “kompetente”. Kun 10 % følte sig “mindre kompetente” og ingen følte sig direkte “inkompetente”, se figur 1. Man ser generelt en stigende selvsikkerhed ift. uddannelsesgrad:

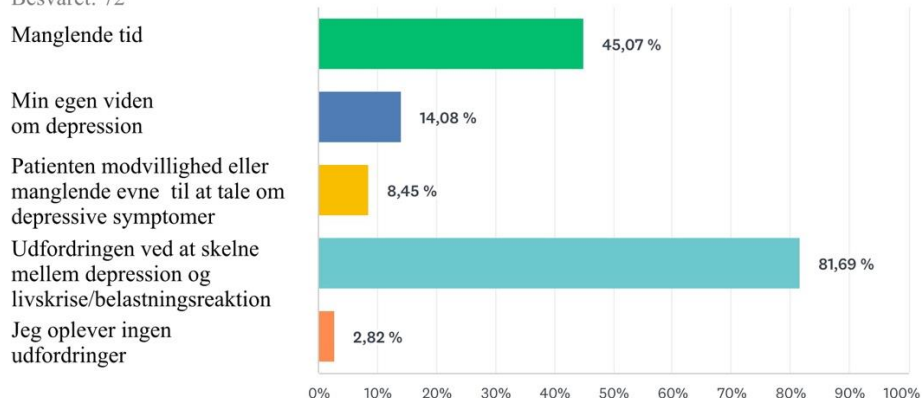
86 % af speciallægerne, 47 % af HU-læger og 27 % af YL følte sig enten meget kompetente eller kompetente til at stille depressionsdiagnosen. 0 % af speciallæger, 14 % af HU-læger og 27 % af YL følte sig mindre kompetente. Der var ikke en betydelig forskel i selvoplevet kompetencegrad hos speciallægerne der havde modtaget postgraduat undervisning i depression i de seneste 5 år

(postgraduat gruppen) sammenlignet med de speciallæger der ikke havde modtaget dette (ikke-postgraduat gruppen).

Det er bemærkelsesværdigt, at subgruppen, der ikke har modtaget postgraduat undervisning, oplever flere udfordringer ved at stille diagnosen, men på trods af dette føler sig lige så kompetente i at stille diagnosen, sammenlignet med subgruppen der har modtaget postgraduat undervisning.

Figur 2: Hvad synes du er den største udfordring ved at stille en korrekt depressionsdiagnose?

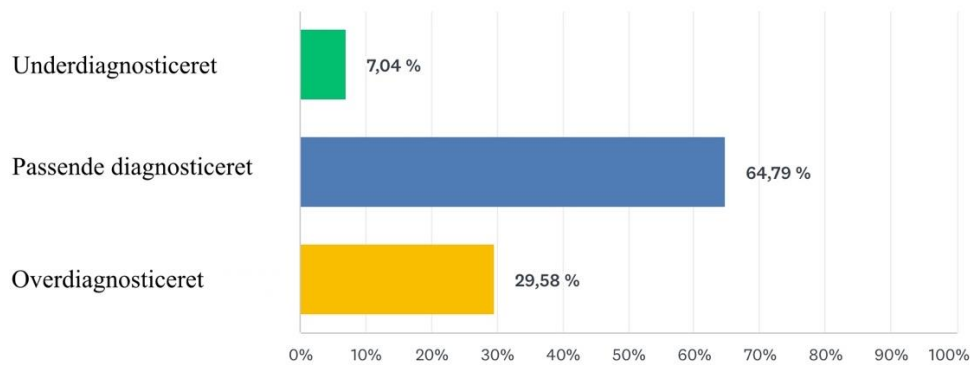
Besvaret: 72



82 % af alle lægerne følte, at det var udfordrende at skelne imellem en depression og en livstidskrise/belastningsreaktion. 45 % følte desuden at tidsmangel gjorde det svært at stille den korrekte diagnose, se figur 2. Efter opdeling efter uddannelsesniveau, så man ingen væsentlige forskelle i udfordringerne, fraset at kun 4 % mod 22 % af hhv. speciallægerne og uddannelseslægerne fandt manglende egen viden som begrænsning ift. at stille depressionsdiagnosen. 15 % af uddannelseslægerne mod 0 % af speciallægerne fandt patientens egen modvillighed som værende en udfordring. Speciallægerne, der ikke havde modtaget postgraduat undervisning, oplevede i højere grad udfordringer ved at skelne mellem akut belastningsreaktion og depression svarende til 82 % mod 65 %. Desuden oplevede de i højere grad manglende egen viden som værende en udfordring med hhv. 9 % mod 0 %. Under supplerende kommentarer bliver der flere gange nævnt, at den kliniske erfaring har betydning for, hvor kompetent lægen føler sig til at stille diagnosen. Flere uddannelseslæger føler det udfordrende at stille diagnosen, da de har mindre kendskab til patienternes forhistorie. Andre udfordringer nævnt er tidspres, antaget forskelligt symptombillede særligt hos mænd og ældre, samt at det er svært at skelne imellem en belastningsreaktion og depression. Flere skriver desuden, at der er et overlap mellem depression og personlighedsforstyrrelser, hvilket gør det svært at stille en sikker diagnose.

Figur 3. Det er mit indtryk, at depression blandt patienter der henvender sig med psykiske klager i min almen praksis bliver:

Besvaret: 71 Sprunget over: 1

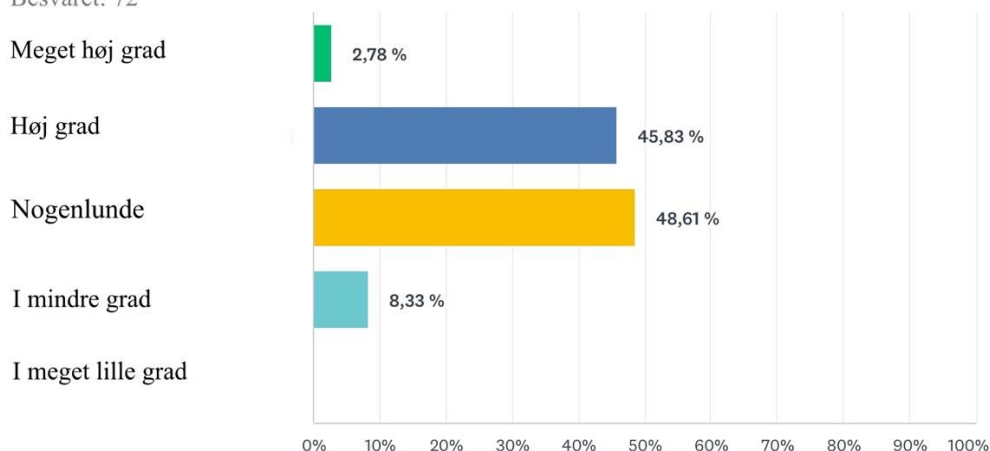


Ad de adspurgte vurderer 65 %, at depression bliver passende diagnosticeret i deres praksis, men 30 % og 7 % mener, at depression bliver hhv. over- og underdiagnosticeret, se figur 3. Tiltroen til passende diagnosticering stiger med uddannelsesgrad, således at 79 % af speciallægerne mener, at depression bliver passende diagnosticeret, hvor hhv. 60 % af HU-læger og 45 % af YL, mener det samme. Den omvendte tendens ses med opfattelsen af overdiagnosticering, hvor hhv. 17 % af speciallægerne, 33 % af HU-lægerne og 45 % af YL mener dette.

Kommentarerne knytter sig primært til begrundelser for overdiagnosticering. Her nævnes, at det kan være svært at skelne mellem en belastningsreaktion og depression. Der nævnes desuden flere gange, at nogle patienter får diagnosen depression, så egen læge kan henvise til psykolog med tilskud, hvilket ikke er muligt ved akut belastningsreaktion. Af andre årsager til mulig overdiagnosticering nævnes, at patienten kan have ønske om behandling med antidepressiva, men også at tiden der bruges på at stille den korrekte diagnose, er for kort.

Figur 4. I hvor høj grad stoler du på din diagnosticeringsmetode til at stille diagnosen for en reel depression?

Besvaret: 72

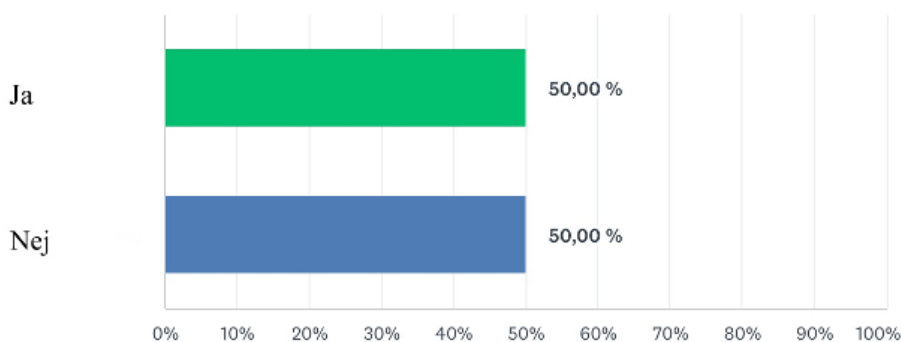


I figur 4 ses at de adspurgte læger føler sig rimelig sikre på deres egne diagnosticeringsevner, hvor hhv. 48 % og 46 % har svaret "nogenlunde" og "høj grad" i forhold til at stille den korrekte depressionsdiagnose. Man så en stigende tiltro til egne diagnosticeringsevner med stigende uddannelsesgrad, således at hhv. 60 % af speciallægerne, 40 % af HU-lægerne og 23 % af de YL svarede i "høj grad". Ingen af speciallægerne svarede "i mindre grad", mens hele 10 % af HU-lægerne og 23 % af YL svarede dette. Tiltroen til egen diagnosticeringsevne hos speciallægerne stiger, hvis de i de seneste 5 år har modtaget postgraduat undervisning i depression, her svarer 75 %, at de enten i høj eller meget høj grad stoler på deres diagnosticeringsmetode sammenlignet med 55 % af dem, der ikke har modtaget postgraduat undervisning.

I kommentarerne nævnes udfordringer ved at skelne imellem en belastningsreaktion, personlighedsforstyrrelse og depression. Desuden nævnes manglende tid, erfaring og kendskab til patienterne som barrierer.

Figur 5. Har du de seneste 5 år deltaget i postgraduat undervisning i, hvordan man diagnosticerer eller behandler depression?

Besvaret: 72

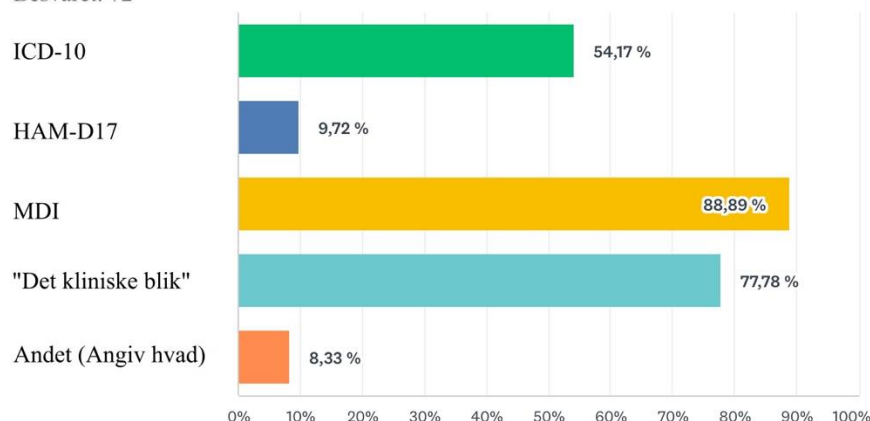


Halvdelen af deltagerne svarede, at de i de seneste 5 år havde deltaget i postgraduat undervisning i diagnosticering og behandling af depression. Der var dog en væsentlig forskel ift. uddannelsesgraden, så 61 % af speciallægerne, 50 % af HU-lægerne, og kun 17 % af YL, svarede ja til at have deltaget i dette.

Diagnostik

Figur 6. Hvilke metoder bruger du til at stille diagnosen depression?

Besvaret: 72

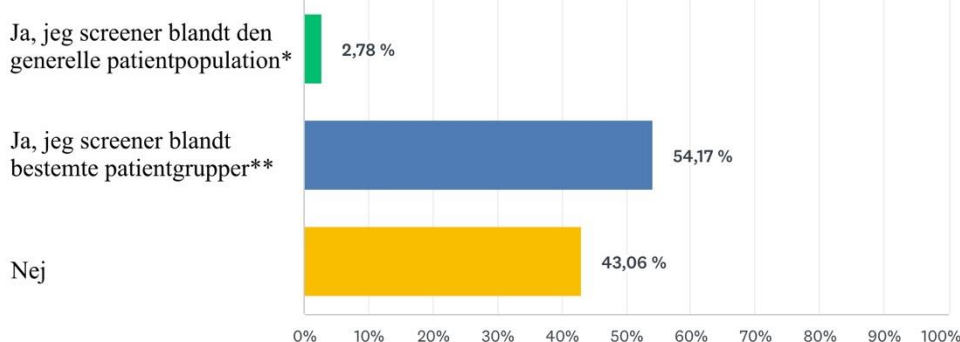


Når depressionsdiagnosen skal stilles ses det, at lægerne benytter sig af flere forskellige metoder, hvor MDI, "Det kliniske blik" og ICD-10 kriterierne er de hyppigst anvendte med hhv. 89 %, 78 % og 54 %, se figur 6. Der bemærkes ingen større forskel baseret på uddannelsesniveau, fraset at 86 % af speciallæger og 67 % af hoveduddannelseslæger svarer "det kliniske blik".

I kommentarerne nævnes det, at der ofte bruges en kombination af flere metoder, for at stille diagnosen fx anamnese, kendskab til patienten og MDI. Ad mindre hyppigt brugte metoder, nævnes GDS og Beck depression skala.

Figur 7. Bruger du screening for depression i din kliniske hverdag? (Del A)

Besvaret: 72

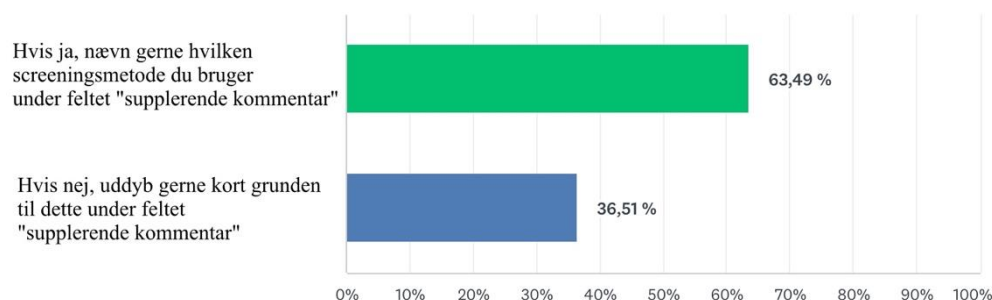


*Deltagere bedt om kort at angive, hvordan under supplerende kommentarer.

**Deltagere bedt om at angive hvilke patientgrupper under supplerende kommentar

Figur 8. Bruger du screening for depression i din kliniske hverdag? (Del B)

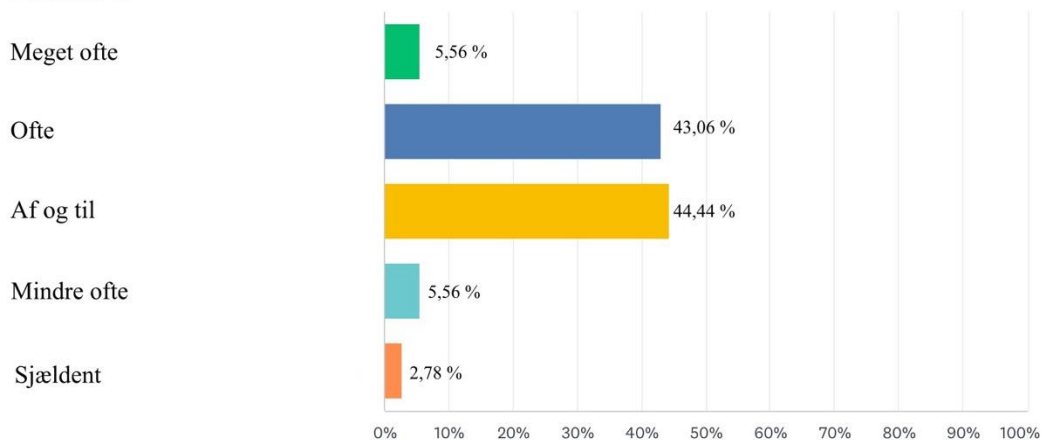
Besvaret: 63 Sprunget over: 9



Screening for depression blandt bestemte patientgrupper bliver udført af 54 % af de adspurgte læger, se figur 7 og 8. Der ses ingen væsentlige forskelle, når man stratificerer efter uddannelsesgrad. I kommentarerne nævnes det at nogle screener efter mavefornemmelse, mens andre gør det ved patienter, som kommer med somatiske klager, fx vægttab, træthed, smerter og mere diffuse helbredsklager. Andre bruger screening ved høj-risiko patienter, såsom gravide, post partum eller patienter som lige har været igennem et alvorligt sygdomsforløb, fx efter en blodprop i hjertet, apopleksi eller kræft. Screening bliver særligt brugt, når patienterne kommer med psykiske klager. Screeningsmetoderne, der hyppigst bliver brugt, er MDI, det kliniske blik og screening for kernesymptomer. Flere nævner manglende tid som en faktor til manglende screening. Sammenlignes speciallæger og uddannelseslæger, så er der ingen forskel imellem de to grupper, når man ser på om de screener for depression. Hos speciallægerne, som havde modtaget postgraduat undervisning, bruger 77% screening for depression, mod 36 % hos dem der ikke havde.

Figur 9. Hvor ofte føler du, at det indtryk du får af patientens evt. depressive tilstand baseret på dit "kliniske blik" er anderledes end indtrykket, både diagnosticerings- og graderingsværktøjet giver dig?

Besvaret: 72



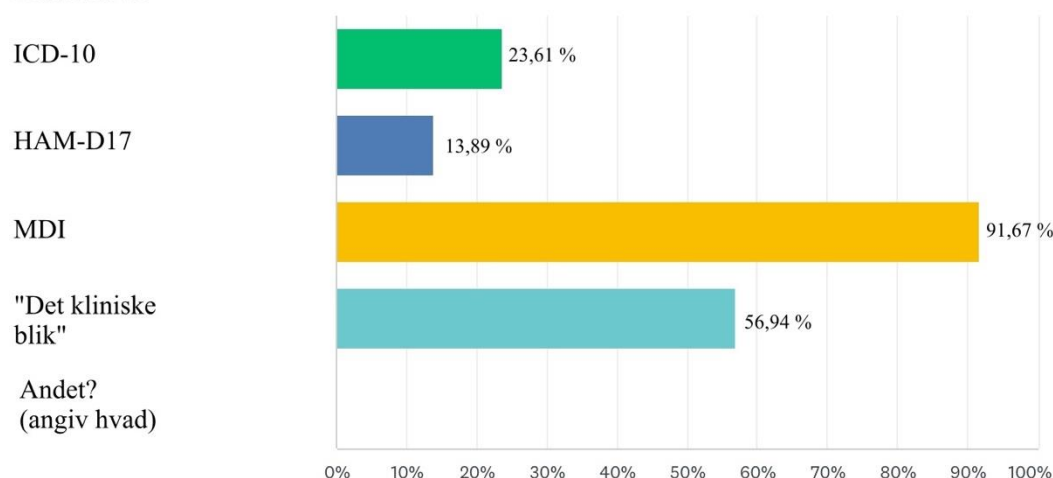
Lægerne svarer at de "Ofte" og "Af og til" i hhv. 43 % og 44 % af tilfældene oplever at indtrykket de får af patienten ved "det kliniske blik" er anderledes end indtrykket, som de får ved brug af diagnosticerings- og graderingsværktøjet.

Der er væsentlig forskel ift. uddannelsesgrad: "Ofte" besvares ved 29 % af speciallægerne, 50 % af HU-læger og 58 % YL. "Af og til" besvares hos 68 % af speciallægerne, 30 % af HU-lægerne og 25 % af YL. I kommentarerne nævnes, at patienterne tenderer til at score sig selv højere end hvad lægerne vurderer dem til at være.

Gradering

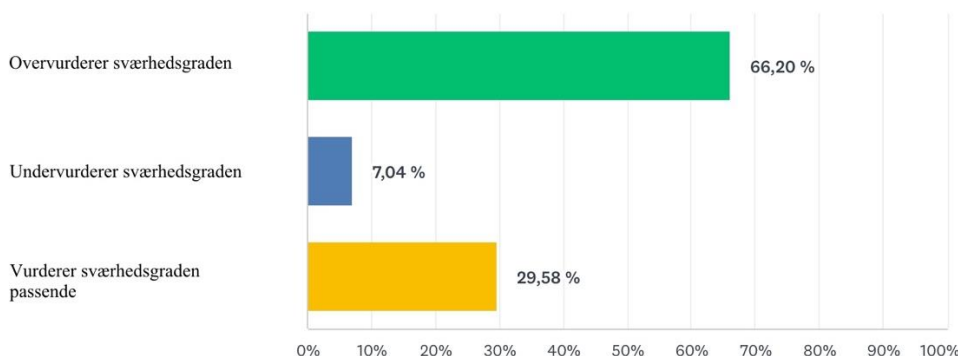
Figur 10. Hvilket værktøj bruger du til at vurdere graden af depression?

Besvaret: 72



Figur 11. Er dit indtryk af at det gradueringsværktøj du bruger til at vurdere sværhedsgraden af depression enten:

Besvaret: 71 Sprunget over: 1



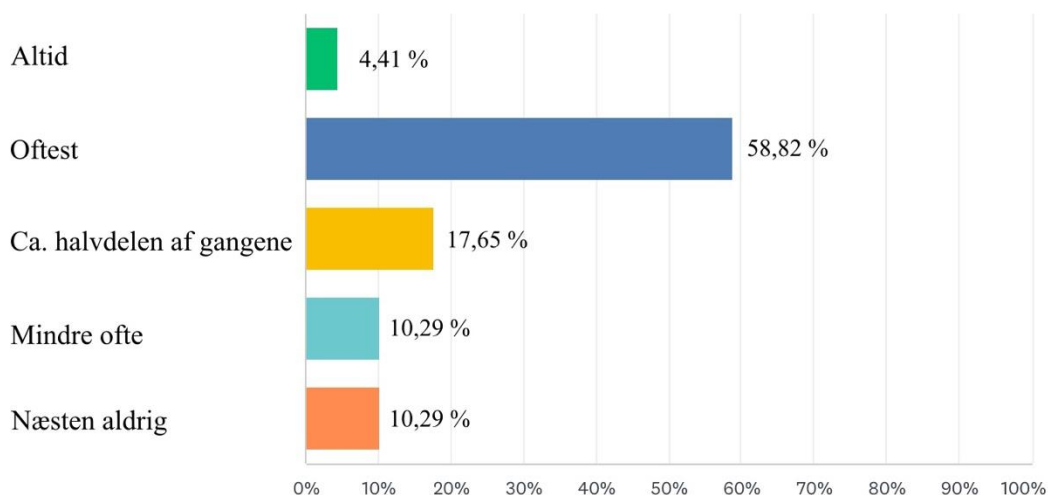
Ved gradueringen af depressionen, så ses i figur 10 at lægerne bruger flere værktøjer. Det mest brugte værktøj er MDI som 92 % bruger, men "Det kliniske blik" og ICD-10 er også hyppigt anvendt ved hhv. 57 % og 24 %. Det bemærkes at hoveduddannelseslæger i lidt højere grad brugte HAM-D17 end speciallæger (17 % vs 7 %). Af de adspurgte, mente 66% at gradueringsværktøjerne overvurderer sværhedsgraden, mens at 30 % mener, at de er passende i deres vurderingsgrad, se figur 11. Mest tiltro til MDI'ens troværdighed ift. vurdering af depressionsgrad fandtes hos speciallægerne, hvor 40 % svarer at de finder den passende, 53 % svarer at den overvurderer og 7 % mener at den undervurderer. Hos HU-lægerne svarer 20 % "passende", mens 76 % svarer "overvurderer" - Hos YL svarer 18 % "passende" og 63 % "overvurderer".

I kommentarerne nævnes flere gange antagelser om, at MDI har en overvurderende tendens, samt antagelser om at yngre patienter scorer højere end ældre, at kvinder scorer højere end mænd, men også at patienten kan være motiveret til at overvurdere symptomgraden med henblik på at opnå berettigelse til fx sygemelding eller anden social ydelse. Enkelte nævner at MDI svinger meget, og at den både kan over- og undervurdere sværhedsgraden.

Behandling

Figur 12. I hvor høj grad følger du RADS' behandlinger for behandling af let, moderat og svær depression, baseret på både diagnosticerings- og gradueringsværktøjet?

Besvaret: 68 Sprunget over: 4

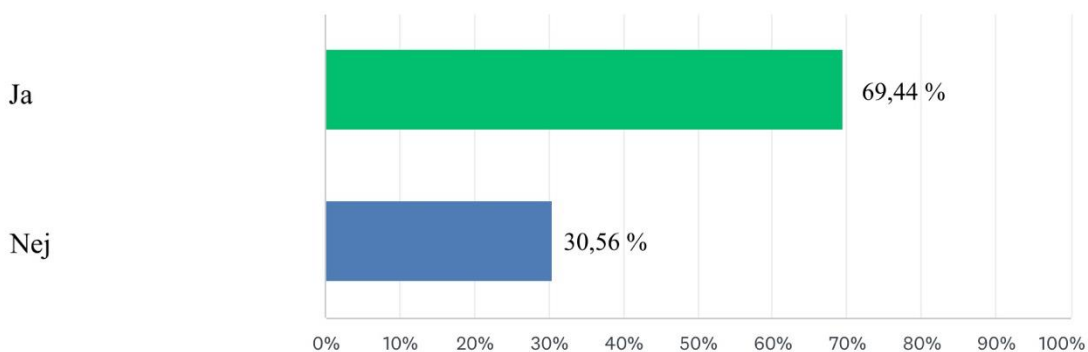


Af de adspurgte angiver 59 % at de ofte følger RADS anbefalinger, hvorimod 38 % følger dem halvdelen af gangene eller mindre, se figur 12. Speciallægerne og HU-lægenes svar minder om hinanden, hvor hhv. 70 % og 59 % svarer "oftest" og hhv. 22 % og 21 % svarer "halvdelen af gangene". Hos de YL svarer 27 % "oftest", 27 % "mindre ofte" og 45 % "næsten aldrig". I kommentarerne nævnes også, at folk ikke kender til anbefalingerne fra RADS og derfor ikke følger dem.

Hos de speciallæger der har taget efteruddannelse ses hhv. 29 % og 59 % at følge RADS anbefalinger "halvdelen af gangene" og "oftest" mod 20 % og 80 % hos dem, der ikke havde taget efteruddannelse.

Figur 13. Er du bekendt med regionens tilbud til hjælp med diagnosticering af depression "Hurtig vurdering af pateienter med psykiatriske problemstillinger"?

Besvaret: 72



Ad de adspurgte svarede 69 % at de var bekendt med tilbuddet om “Hurtig vurdering af patienter med psykiatriske problemstillinger”, se figur 13. Man så som forventeligt, at bekendtskabet til tilbuddet generelt steg med uddannelsesniveaue, hvor 61 % af uddannelseslæger og 79 % af speciallæger angav sig bekendte.

I kommentarerne nævner flere respondenter, at de er glade for tilbuddet. Nogle angiver, at psykiaterens vurdering bekræfter deres egen vurdering. Andre er dog mindre tilfredse med tilbuddet, hvor de blandt andet nævner, at de finder det svært at få en tid, overdiagnosticering hos psykiateren, og at patienterne for hurtigt bliver sendt tilbage til den praktiserende læge.

Diskussion

Basisinfo

I vores spørgeskemaundersøgelse har vi fået 72 besvarelser, hvor vi ser en ens fordeling mellem speciallæger og HU-læger, mens YL er dårligere repræsenteret med kun 13 % af deltagerne. Hovedparten var ansat i Region Midt, mens en lille del var ansatte i Region Nord. Der er således tale om et mindre studie, hvor resultaterne er behæftet med en vis usikkerhed. Dette betyder at resultaterne skal vurderes med det forbehold, at visse forskelle kan tilskrives tilfældigheder, og at vi kun kan udtale os om tendenser.

Tiltroen til egne kompetencer

Vi finder, at tiltroen til egne kompetencer stiger med ancienniteten, således at 86 % af speciallægerne, 47 % af HU-læger og 27 % af YL føler sig enten meget kompetente eller kompetente til at stille depressionsdiagnosen. Vi finder desuden som forventet, at de læger, som har modtaget postgraduat undervisning i depression, har mere tiltro til egen diagnosticeringsevne og oplever færre udfordringer når diagnosen skal stilles. Det er vigtigt at bemærke, at størstedelen af speciallægerne har stor tiltro til sig selv, men at de fleste uddannelseslæger føler sig i hvert fald delvist inkompetente. Ovenstående er i overensstemmelse med, hvad man ville forvente.

Udfordringer og svagheder i studiet

Skelnen mellem akut belastningsreaktion og depression angives som værende klart den største udfordring for alle grupper, efterfulgt af tidsmangel. Overraskende nok er der ingen væsentlige

forskelle i udfordringerne blandt special- og uddannelseslæger, med den undtagelse at manglende egen viden som udfordring faldt ift. uddannelsesgrad. En antagelse kunne være, at de grupper der føler sig mindre kompetente også oplever flere udfordringer. Vi kan i kommentarfeltet se, at der er flere uddannelseslæger, som føler sig udfordret af manglende kendskab til patienterne. Flere uddannelseslæger føler sig også udfordret af, at patienter ikke åbner sig op over for dem, hvilket vi tænker er helt forventeligt, da patienten som regel ikke har samme relation til uddannelseslægen ift. deres faste læge. Den manglende forskel imellem grupperne kan formentlig forklares ud fra måden, hvorpå spørgsmål 7 er formuleret på, med 5 faste svarmuligheder. Her kunne vi med fordel have indført et felt der hed "andet", hvor man i kommentarsporet kunne beskrive, hvad man fandt udfordrende. Selve spørgsmålet er også formuleret på uhensigtsmæssig vis, hvor der lægges op til kun ét svar med "den største udfordring", i stedet for flere, som var hensigten. Vi kan derfor ikke udelukke, at uddannelseslægerne oplever væsentligt flere udfordringer end speciallægerne. Når man sammenligner ikke-postgraduat gruppen og postgraduat gruppen blandt speciallæger, ser man at ikke-postgraduatgruppen i væsentlig højere grad oplever udfordringer med at skelne mellem akut belastningsreaktion og depression. Det er bemærkelsesværdigt, at de på trods af dette alligevel føler sig lige så kompetente til at stille depressionsdiagnosen. En svaghed i vores studium er desuden, at vi ikke kan beregne en svarprocent, da vi med vores distribueringsmetode prioriterede let tilgængelighed til at besvare spørgeskemaet højere end muligheden for at beregne en svarprocent.

Den manglende tid til at stille den korrekte diagnose i almen praksis er ikke et nyt problem, og blev allerede beskrevet som en væsentlig udfordring i 2002 spørgeundersøgelsen¹⁸. Siden da er tiden i almen praksis kun blevet mere sparsom i takt med, at flere opgaver er blevet udliciteret fra sygehusvæsenet til almen praksis. Dette forsøger man at kompensere for ved at udlicitere flere opgaver fra læge til sygeplejerske. Siden da har man fra regionernes side forsøgt at imødekomme udfordringerne ved at skabe et økonomisk incitament til passende tidsforbrug ved både diagnostik, behandling og monitorering af depression samt andre psykiske lidelser. Dette har man gjort ved at indgå honoreringsaftaler ved brug af psykometriske test og samtaleterapi.

Passende diagnosticering

De fleste respondenter mener, at depression bliver passende diagnosticeret i deres praksis, hvor det særligt er speciallægerne der i 79 % af tilfældene angiver dette, mens uddannelseslægerne i højere grad hælder til overdiagnosticering. Knyttet til overdiagnosticering, ses i flere af kommentarerne, at

lægen kan føle sig presset til at gå på kompromis med sin faglighed for at komme patientens ønske i møde, om enten en medicinsk behandling, henvisning til fx psykolog med tilskud, eller anden social ydelse i forbindelse med fx sygemelding.

Det er bemærkelsesværdigt, at forskningen på området tyder på, at depression i almen praksis bliver underdiagnosticeret, mens kun 7 % af vores respondenter angiver sig enige i dette. Artiklerne fra 2002²² og 2017³⁷ konkluderer begge, at lægerne i almen praksis er for dårlige til at stille diagnosen og følge behandlingsvejledninger, og at de skal blive bedre hertil gennem både efteruddannelse, men også ved at tage sig mere tid til at stille den korrekte diagnose. Der skal dog bemærkes, at begge studier er af en vis alder, og selv 2017 studiet benytter sig af referencer af ældre dato, hvor flere af dem stammer fra udlandet.

Da der i vores undersøgelse er tale om en selvrapporteret følelse af kompetencegrad, samt fornemmelse af passende diagnosticering, kan vi dog ikke nødvendigvis udtale os om, hvorvidt vi er blevet bedre til at diagnosticere og behandle depression i almen praksis. Der er dog gennem de seneste år sket en stor elektronisk udvikling, der har givet nemmere adgang til hjælpeværktøjer til udredning såsom MDI og behandlingsvejledninger via DSAM, som muliggør en hurtigere vurdering og behandling af patienter. Desuden er der kommet et større fokus på psykiatriske sygdomme. Derfor kan det forventes, at også kendskabet til kerne- og ledsagesymptomer er øget. Der er også i de seneste par år tilkommet mulighed for videosamtaler, hvilket muligvis fører til, at flere med depression kommer i kontakt med egen lægen. Derfor kunne det være relevant med en ny statusundersøgelse på, hvor gode danske praktiserende læger er til at stille diagnosen depression.

Tidsmangel bliver nævnt som en mulig årsag til overdiagnosticering. Det er dog ud fra kommentarerne uvist, hvad den præcise årsagssammenhæng menes at være. Det kan være fordi lægen har mindre tid til et grundigt interview og follow up, hvorfor lægen lader "tvivlen komme patienten til gode". Den tidspressede læge vil muligvis også føle, at de mangler tid til at følge patienten, hvorfor de muligvis ville være biased til nemmere at give depressionsdiagnosen, så de kan henvise til tilskudsberettigede psykologsamtaler.

Fordomme

Det er interessant, at flere korrespondenter, som mulig årsag til overdiagnosticering, mener at visse grupper scorer højere på diagnosticeringsværktøjer end andre, fx at yngre skulle score højere end ældre, og at kvinder skulle score højere end mænd.

Flere udenlandske undersøgelser viser højere forekomst af depression blandt kvinder sammenlignet med mænd²². Hvorvidt der er tale om, at kvinder reelt er mere deprimerede end mænd, er uvist. Der er formentligt et stort mørketal af mennesker, der ikke søger læge med depressive symptomer, og vi ved, at kvinder er bedre til at søge læge end mænd. Om forskellen i prævalens kan tilskrives, at kvinder overestimerer eller mænd underestimerer deres symptomer, vides ikke. Et dansk studie fra 2004 undersøgte prævalensen af depression på tværs af køn, ved brug af MDI viste, at kvinder i højere grad rapporterede let og moderat depression med en ratio ift. mænd på hhv. 2:1 og 1,5:1³⁸. Når man så på svær depression, var der ingen kønsforskel. Det er uvist, hvorfor der er en tendens til forskel ved lette og moderate, men ikke svære tilfælde af depression. En mulig forklaring kan være, at kvinder blot har en øget forekomst af lettere depressionstilfælde, og at der ikke er tale om en overestimering af symptomer. En anden mulig forklaring kan være, at kvinder har bedre kontakt til deres følelsesliv og derfor bedre kan mærke, hvordan de har det, hvilket kan medføre, at de scorer sig højere ved brug af MDI end mændene. Forskellen kunne også forklares med at mændene muligvis er bedre til at kompensere, når de oplever lette til moderate symptomer. I takt med at symptombyrden stiger, vil kompenseringssevnen formentligt falde og dermed udviske kønsforskellen.

Nyere studier viser, at både prævalensen og symptombilledet af depression varierer med alderen, hvor der ses øget prævalens af depression hos yngre og middel alderende ift. ældre^{39,40}

Dette, til trods for at somatisk komorbiditet og neurodegenerativ lidelse, som hyppigere ses hos ældre, udgør en risikofaktor for udvikling af depression²².

Vi har ikke kunnet finde nogle studier, der kan be- eller afkræfte, hvorvidt den øgede prævalens blandt yngre skyldes en overestimering af deres symptomer.

Der er dog i de senere år blevet rapporteret en øget psykisk mistrivsel blandt yngre, der i den offentlige debat ofte er blevet tilskrevet flere faktorer, heriblandt stigende ensomhed, sociale medier, stigende krav og forventninger til uddannelse og den nylige covid-relaterede nedlukning⁴¹.

Diagnostiske værktøjer

Ikke overraskende ser vi, at flere forskellige diagnostiske værktøjer bliver brugt til at stille diagnosen, hvor de hyppigste er MDI, ICD-10 og det kliniske blik. De mere erfarne læger oplever en mindre forskel mellem det kliniske billede de har af patienten og det graderingsværktøj de bruger, hvilket stemmer overens med at de også har højere tiltro til MDI' en. Speciallægerne rapporterer til trods for dette i højere grad også at læne sig op ad sit kliniske blik end mindre erfarne læger. Dette er formentlig

forklaret ved, at de fleste bruger en kombination af både MDI eller andet diagnostisk værktøj, i kombination med deres kliniske blik.

En anden mulig årsag til uddannelseslægenes større mistro til MDI'en kan være, at de i højere grad finder et mismatch mellem det kliniske billede hos patienten de ser i praksis, MDI-scoren og den klassisk depressive patient i lærebøgerne. Speciallægerne kan omvendt føle sig mere nødsaget til at stole på hjælpeværktøjerne, da de oftest har mindre tid til at diagnosticere patienten.

Interessant nok bemærkes, at der siden 2002 undersøgelsen¹⁸ er sket en stor stigning i brugen af diagnostiske værktøjer. Dengang brugte kun 29 % hyppigt diagnostiske værktøjer, mens 32 % aldrig brugte det. Vores undersøgelse viser, at næsten alle praktiserende læger bruger diagnostiske værktøjer i dag, hvilket formentlig kan forklares af flere ting, bl.a. den tidligere omtalte elektroniske udvikling men også det økonomiske incitament til brugen af disse.

Ad screening og postgraduat undervisning

Vi finder, at 61 % af speciallæger har deltaget i efteruddannelse i depression indenfor de seneste 5 år, hvilket er ret tæt på det antal, som man fandt i studiet fra 2002. Vi finder yderligere, at 57 % af alle læger bruger screening i deres kliniske hverdag, primært hos selekterede patientgrupper. Forventeligt ses at screeningsraten er højere blandt postgraduat gruppen, hvilket formentligt skyldes større interesse for depression som sygdom, grundet øget opmærksomhed på vigtigheden af screening.

Behandling

Det er bemærkelsesværdigt, at kun 63 % af lægerne svarer, at de følger RADS' behandlingsvejledninger og 17 % svarer, at de kun følger dem ca. halvdelen af gangene og helt ned til næsten aldrig. Optimalt set kunne man ønske at se en højere andel der følger RADS' behandlinger, men omvendt er vores spørgsmål behæftet med stor usikkerhed.

Der kan være talrige årsager til, hvorfor man har svaret, at man følger vejledningen mindre ofte. Lægen kan jf. RADS vejledninger anbefale et behandlingstilbud, som patienten nægter at tage imod. Opstart i antidepressiv medicin kan være tabubelagt for patienten, og på samme vis kan en del patienter have forudindtagede negative holdninger til psykologsamtaler eller tidligere dårlige oplevelser hermed. Denne modvillighed kan gøre, at man afviger fra RADS' anbefalinger. Andelen af vores respondenter, der har et ønske om at følge RADS' anbefalinger, men grundet patienters

modvillighed, ikke har gjort dette er ukendt, men formentlig ikke uvæsentlig. Omvendt kan patienten have et stærkt ønske om opstart i antidepressiv medicin, hvor lægen ikke er overbevist om indikationen herfor, men alligevel accepterer dette for at bevare en god alliance med patienten.

Af de respondenter der har svaret at de følger RADS' anbefalinger i mindre grad, er der nok en del, der ikke kender disse anbefalinger direkte, men alligevel følger dem indirekte uden at vide det, da de har stødt på vejledningen ad andre veje. Optimalt set burde vi have formuleret spørgsmålet anderledes, så vi omgik ovenstående usikkerheder.

Det er bemærkelsesværdigt, at gruppen af speciallæger, der har deltaget i postgraduat undervisning i depression, følger RADS' vejledninger i mindre grad end speciallægerne, der ikke har. En mulig forklaring kan være, at gruppen med postgraduat efteruddannelse i højere grad føler, at de kan være fleksible overfor vejledningen, som i sidste ende kun er en vejledning. Denne tendens kan dog også tilskrives tilfældighed, da vi har med en relativ lille sample size at gøre.

Konklusion

I vores spørgeskemaundersøgelse var der 72 respondenter, primært ansat i almen praksis i Region Midt. Der er en ligelig fordeling mellem speciallæger og hoveduddannelseslæger, samt en mindre del KBU- og introlæger.

Lægernes tiltro til egne kompetencer til at stille diagnosen depression er generelt høj og stiger med deres anciennitet. De læger, der har modtaget postgraduat undervisning, oplever færre udfordringer og har mere tiltro til deres diagnosticeringsevner.

Skelnen mellem akut belastningsreaktion og depression angives som værende den største udfordring for alle grupper, efterfulgt af tidsmangel. Der var ingen forskel i udfordringerne blandt special- og uddannelseslæger, ud over at følelsen af manglende egen viden som udfordring faldt ift. uddannelsesgrad. Postgraduat gruppen af speciallæger oplever færre udfordringer ved at stille depressionsdiagnosen, sammenlignet med ikke-postgraduat gruppen. De to undergrupper føler sig alligevel lige kompetente til at stille depressionsdiagnosen.

De hyppigste brugte værktøjer til at stille depressionsdiagnosen er MDI, ICD-10 og "det kliniske blik", hvor MDI bruges af næsten alle læger. Der er større mistro til MDI'en blandt uddannelseslægerne, som mener, at den ofte giver anledning til overdiagnosticering. Speciallægerne læner sig mere op ad deres kliniske blik, når diagnosen skal stilles.

De fleste læger mener, at patienter med psykiske klager bliver passende diagnosticeret i deres praksis, hvilket særligt ses blandt speciallægerne. Flere blandt de yngre læger mener, at der er en tendens til overdiagnosticering, hvor bl.a. patientens ønsker, tidsmangel samt antagelsen af at visse grupper overrapporterer deres symptomer, kan være årsager hertil.

Lidt over halvdelen af alle læger screener for depression i deres kliniske hverdag. Postgraduat gruppen af speciallæger udgør 61 % og de brugte oftere screening for depression i deres hverdag.

Vi fandt, at 63 % af lægerne oftest følger RADS behandlingsvejledning. Vi har ikke fundet at postgraduat undervisning i depression øger raten, hvormed man følger disse. Dog er vores spørgsmål behæftet med en del usikkerheder og det reelle antal er formentligt højere.

¹ Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 96–103. <https://doi.org/10.1046/J.0001-690X.2003.00231.X>

² Kessing LV. Er praevalensen af depression overvurderet? [Is prevalence of depression overestimated?]. *Ugeskr Laeger*. 2001;163(14):1983-1984.

³ Vestergaard, S. V., Rasmussen, T. B., Stallknecht, S., Olsen, J., Skipper, N., Sørensen, H. T., & Christiansen, C. F. (2020). Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: a population-based cohort study. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-037564>

⁴ "Danskernes brug af antidepressiv medicin har været stabilt under COVID-19": https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2021/antidepressiva2020_260321

⁵ Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. F., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 109(420), 47–54. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0047.2004.00330.X>

⁶ Ekholm, O., Kjølner, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A., & Grønbaek, M. (2007). *Sundhed og sygdom i Danmark & udviklingen siden 1987*.

⁷ Timonen, M., & Liukkonen, T. (2008). Management of depression in adults. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7641), 435–439. <https://doi.org/10.1136/BMJ.39478.609097.BE>

⁸ Nielsen, M. G., Ørnbøl, E., Bech, P., Vestergaard, M., & Christensen, K. S. (2017). The criterion validity of the web-based Major Depression Inventory when used on clinical suspicion of depression in primary care. *Clinical Epidemiology*, 9, 355–365. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S132913>

⁹ "Dansk Depressionsdatabase - dokumentalistrapport - version 3 Oktober 2021: <https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/databaser/depression/ny-dression/ddd-dokumentalistrapport-2021.pdf>

-
- ¹⁰ Musliner, K. L., Liu, X., Gasse, C., Christensen, K. S., Wimberley, T., & Munk-Olsen, T. (2019). Incidence of medically treated depression in Denmark among individuals 15-44 years old: a comprehensive overview based on population registers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 548–557. <https://doi.org/10.1111/ACPS.13028>
- ¹¹ Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 96–103. <https://doi.org/10.1046/J.0001-690X.2003.00231.X>
- ¹² Munk-Jørgensen, P., Fink, P., Brevik, J. I., Dalgard, O. S., Engberg, M., Hansson, L., Holm, M., Joukamaa, M., Karlsson, H., Lehtinen, V., Nettelbladt, P., Stefansson, C., Sørensen, L., Jensen, J., Borgquist, L., Sandager, I., & Nordström, G. (1997). Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(1), 6–12. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1997.TB00366.X>
- ¹³ Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997;12(1):19-29.
- ¹⁴ Østergaard, S. D., Foldager, L., Allgulander, C., Dahl, A. A., Huuhtanen, M. T., Rasmussen, I. B., & Munk-Jørgensen, P. (2010). Psychiatric caseness is a marker of major depressive episode in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(4), 211–215. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.501235>
- ¹⁵ Donoghue, J., & Hylan, T. R. (2001). Antidepressant use in clinical practice: efficacy v. effectiveness. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 42(SUPPL. 42). <https://doi.org/10.1192/BJP.179.42.S9>
- ¹⁶ Frank E, Judge R. Treatment recommendations versus treatment realities: recognizing the rift and understanding the consequences. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 22:10-15.
- ¹⁷ Hansen D. Prescribing of Antidepressants: A Pharmacoepidemiological Study of Patient and Physician Factors in General Practice. PhD Thesis. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning; 2004.
- ¹⁸ Lublin HK, Nielsen UJ, Vittrup P. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:3440-4.
- ¹⁹ Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V., & Abildgaard, W. (2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, 66(2–3), 159–164. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00309-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00309-8)
- ²⁰ Bech P. Rating Scales for Affektive Lidelser. Kompendium. Hillerød: Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Hospital
- ²¹ Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 10–17. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2009.08.019>
- ²² "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" af Sundhedsstyrelsen 2007: [SST_Dep.-d.-rapport.-d-.pdf.ashx](https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-9-2019/Farmakologisk-behandling-af-depression)
- ²³ Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis, Artikel fra Rationel Farmakoterapi 9, 2019: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-9-2019/Farmakologisk-behandling-af-depression>
- ²⁴ Richards, J. C., Richards, J. C., Ryan, P., McCabe, M. P., Groom, G., & Hickie, I. B. (2004). Barriers to the effective management of depression in general practice. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 795–803. <https://doi.org/10.1080/J.1440-1614.2004.01464.X>
- ²⁵ Duric, P., Harhaji, S., O'May, F., Boderscova, L., Chihai, J., Como, A., Hranov, G. L., Mihai, A., & Sotiri, E. (2019). General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five southeastern European countries. *Early intervention in psychiatry*, 13(5), 1155–1164. <https://doi.org/10.1111/eip.12747>

-
- ²⁶ Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M. A., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 809–816. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1992.01820100053010>
- ²⁷ Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243–1251. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.157.8.1243>
- ²⁸ Altamura, A. C., Dell’Osso, B., Mundo, E., & Dell’Osso, L. (2007). Duration of untreated illness in major depressive disorder: a naturalistic study. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1697–1700. <https://doi.org/10.1111/J.1742-1241.2007.01450.X>
- ²⁹ Altamura, A. C., Dell’Osso, B., Vismara, S., & Mundo, E. (2008). May duration of untreated illness influence the long-term course of major depressive disorder? *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23(2), 92–96. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2007.11.004>
- ³⁰ Kupfer, D. J., Frank, E., & Perel, J. M. (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 771–775. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1989.01810090013002>
- ³¹ Scott, J., Eccleston, D., & Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161(NOV.), 633–637. <https://doi.org/10.1192/BJP.161.5.633>
- ³² Gormley, N., O’Leary, D., & Costello, F. (1999). First admissions for depression: is the “no-treatment interval” a critical predictor of time to remission? *Journal of Affective Disorders*, 54(1–2), 49–54. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00133-5)
- ³³ Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/A0013075>
- ³⁴ Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- ³⁵ Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2004). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *The Journal of ECT*, 20(1), 13–20. <https://doi.org/10.1097/00124509-200403000-00004>
- ³⁶ Mutz, J., Edgcumbe, D. R., Brunoni, A. R., & Fu, C. H. Y. (2018). Efficacy and acceptability of non-invasive brain stimulation for the treatment of adult unipolar and bipolar depression: A systematic review and meta-analysis of randomised sham-controlled trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 291–303. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2018.05.015>
- ³⁷ Videbech P., Yttri J. Over- og underbehandling af depression. *Ugeskr Laeger*. 2016;170:V05170377
- ³⁸ Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 96–103. <https://doi.org/10.1046/J.0001-690X.2003.00231.X>
- ³⁹ Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Krishnan, K. R. R., & Sibert, T. E. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(11), 1169–1176. <https://doi.org/10.1111/J.1532-5415.1993.TB07298.X>

⁴⁰ Sikström, S., Kelmendi, B., & Persson, N. (2023). Assessment of depression and anxiety in young and old with a question-based computational language approach. *Npj Mental Health Research* 2023 2:1, 2(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1038/s44184-023-00032-z>

⁴¹ Ottosen, M.H., A.G. Andreasen, K.M. Dahl, M. Lausten & S.B. Rayce & B.B. Tagmose (2022). Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag

Spørgeskema

Spørgsmål 1

Køn: Mand
 Kvinde

Spørgsmål 2

Alder: 20-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60+

Spørgsmål 3

Uddannelsesniveau:
 KBU
 Introduktionsstilling
 Hoveduddannelse
 Speciallæge

Spørgsmål 4

Antal år du har været læge:
 <5 år
 5-9 år
 10-14 år
 15-20 år
 >20 år

Spørgsmål 5

Postnummer for almen praksis:
 Kommentarfelt

Spørgsmål 6

Hvor kompetent føler du dig til at stille diagnosen depression:
 Meget kompetent
 Kompetent
 Nogenlunde kompetent
 Mindre Kompetent
 Inkompetent

Kommentarfelt

Spørgsmål 7

Hvad synes du er den største udfordring ved at stille en korrekt depressionsdiagnose:

Manglende tid

Min egen viden om depression

Patientens modvillighed eller manglende evne til at tale om depressive symptomer

Udfordringen ved at skelne mellem depression og livskrise/belastningsreaktion

Jeg oplever ingen udfordringer

Kommentarfelt

Spørgsmål 8

Det er mit indtryk, at depression blandt patienter der henvender sig med psykiske klager i min almen praksis bliver:

Overdiagnosticeret

Passende diagnosticeret

Underdiagnosticeret

Kommentarfelt

Spørgsmål 9

Hvilken metode bruger du til at stille diagnosen depression:

ICD-10

Hamilton-17 depressionsskala

MDI

“Det kliniske blik”

Andet (angiv venligst hvad under kommentarer)

Kommentarfelt

Spørgsmål 10

Hvilket værktøj bruger du til at vurdere graden af depression:

ICD-10

Hamilton-17 depressionsskala

MDI

“Det kliniske blik”

Andet (angiv venligst hvad under kommentarer)

Kommentarfelt

Spørgsmål 11

Bruger du screening for depression i din kliniske hverdag? Del A:

Ja, jeg screener blandt den generelle patientpopulation (angiv gerne kort hvordan under feltet “supplerende kommentarer”)

Ja, jeg screener blandt bestemt patientgrupper (angiv gerne hvilke under feltet “supplerende kommentarer”)

Nej.

Kommentarfelt

Spørgsmål 12

Bruger du screening for depression i din kliniske hverdag? Del B:

Hvis ja, nævn gerne hvilken screeningsmetode du bruger under feltet "supplerende kommentarer"

Hvis nej, uddyb gerne kort grunden under feltet "supplerende kommentarer"

Kommentarfelt'

Spørgsmål 13

I hvor høj grad stoler du på din diagnosticeringsmetode til at stille diagnosen for en reel depression:

Meget høj grad

Høj grad

Nogenlunde

I mindre grad

I meget lille grad

Kommentarfelt

Spørgsmål 14

Er dit indtryk af at det gradueringsværktøj du bruger til at vurdere sværhedsgraden af en depression enten:

Overvurderer sværhedsgraden

Undervurderer sværhedsgraden

Vurderer sværhedsgraden på passende vis

Kommentarfelt

Spørgsmål 15

Hvor ofte føler du, at det indtryk du får af patientens eventuelle depressive tilstand baseret på dit "kliniske blik" er anderledes end indtrykket, både diagnosticerings- og gradueringsværktøjet giver dig:

Meget ofte

Ofte

Af og til

Mindre ofte

Sjældent

Kommentarfelt

Spørgsmål 16

I hvor høj grad følger du RADS' behandlinger for behandling af let, moderat og svær depression, baseret på både diagnosticerings- og gradueringsværktøjet:

Altid

Oftest

Ca. halvdelen af gangene

Mindre ofte

Næsten aldrig

Kommentarfelt

Spørgsmål 17

Er du bekendt med regionens tilbud til hjælp med diagnosticering af depression "Hurtig vurdering af patienter med psykiatriske problemstillinger"?

Ja

Nej

Kommentarfelt

Spørgsmål 18

Har du de seneste 5 år deltaget i postgraduat undervisning i, hvordan man diagnosticerer eller behandler depression?

Ja

Nej

Kommentarer fra deltagerne

Spørgsmål 6

"Klinisk erfaring. Kendskab til diagnostiske kriterier. Udfordring at vi ofte ser de milde tilfælde og diagnostik derfor kan være vanskelig".

"Har interesseret mig for psykiatri på studiet men ikke meget klinisk erfaring"

"Som uddannelseslæge kender man ikke patienterne og deres baggrund på samme måde som praksislæger og man kan her evt. misse vigtig "usagt" info."

"Varigheden er sværest, da de ofte har det rigtig skidt når de er til kons, så vurderingen af om det er et her og nu billede af fx en krise eller en egentlig depression"

"Det kan vise sig på mange måder og der er mange forskellige "metoder""

"Screener somatisk og bruger MDI og et klinisk skøn, men det kliniske skøn er jo ikke så rutineret endnu."

"Ej, så erfaren endnu."

"depression hos mænd og ældre kan volde besvær"

"Mange vil kunne teste positivt for depression på MDI grundet en akut belastningsreaktion ofte har lign symptomer."

"Kan være tidspresset"

"Skyldes primært manglende praktisk erfaring."

"Mange differentialdiagnoser og meget overlap med andre tilstande"

"Vi bruger MDI i klinikken. Den bør efter min mening sammenholdes med patientens personlighedstype og udvikling over tid. Dette kræver kendskab til patienten og tiden. Patienternes kommunikative formåen kan ligeledes vanskeliggøre diagnosen."

“Jeg kan godt anvende MDI, men jeg betvivler brugbarheden af den”

“laaaang erfaring”

“Føler, der er en del holdning og subjektiv vurdering i det, selv hos psykiaterne.”

“4 mdr i psykiatrien samt praksiserfaring”

“Hyppig tilstand i AP.”

“Jeg synes det kan være vanskeligt f.eks. hos ældre og nogle mænd, hvor irritabilitet kan være mere fremtrædende end tristhed. Det kan også være vanskeligt når patienten har svært ved at sætte ord på sine oplevelser.”

“Mit psyk ophold var på affektivit afsnit og fik der en den erfaring med det. Tidsfaktoren er begrænsende for kvaliteten af diagnostikken i almen praksis”

“Det kan godt være tidskrævende proces.”

“Atypisk præsentation af depression, skelnen mellem svær stress/belastning og depression kan også være svært.”

“Jeg har endnu ikke været på psyk, udover studiet, og glæder mig til at få flere nuancer på depression vs angst, stress og andre affektive tilstande”

“Symptomerne på depression kan være grundet utroligt mange forskellige lidelser og belastninger. Vi har nærmest ingen oplæring i diagnosticering af depression i praksis.”

“Svært at skelne mellem akut/kronisk belastningsreaktion og regelret depression.”

“Jeg synes, at der er stor forskel i hvordan folk siger, at de har det og så hvordan de reagerer, når de sidder i konsultationen. Dem jeg ser i praksis kommer ofte med klager på en akut belastningsreaktion, men hvor der også kunne være en mulig depression og det synes jeg er svært at skelne fra hinanden.”

“Jeg føler at jeg får et godt indtryk ved at bruge psykometrisk test og den kliniske præsentation af patienten.”

Spørgsmål 7

“Patienten med forventning om henvisning til psykolog fordi "forsikringen siger jeg bare lige skal have en henvisning, så betaler de" i situationer hvor der lægefagligt er tale om en belastningsreaktion”

“At der ikke gives psykolog tilskud til livskriser/belastningsreaktioner”

“Der er stort overlap mellem symptomerne.”

“Eller også andre “udfordringer med livet”, adhd, angst, personlighedsforstyrrelse. Ikke uden grund bliver mange psykiatriske diagnoser korrigeret i forløbet.”

“En stresset pt. ligner ofte en depressionpatient, det er svært.”

“Belastningsreaktioner og personlighedsforstyrrelser kan give symptomer, der opfylder kriterierne for depression uden at være det.”

“Det kan være mere vanskeligt ved underliggende lidelse som personlighedsforstyrrelse, autismespektrumlidelse, demens eller opmærksomhedsforstyrrelse”

Spørgsmål 8

“Udfordringen er at henvisning til psykolog kan afhænge af at de har en diagnose. MDI er selvrapporteret. Min vurdering ligger selvfølgelig også som en del af min endelige diagnose.”

“Jeg har en tutorlæge som er meget erfaren praktiserende læge. Han bruger under et kvarter på "indledende" samtale og starter ofte op i medicin samme dag.”

“Dog er der overraskende mange unge mennesker med depressive symptomer! Jeg kan være i tvivl om der er tale om overdiagnostisering, men de kommer jo for at få hjælp til deres lidelse.”

“Mhp forrige kommentar, og en socioøkonomisk skævvridning hvis den mindre bemidlede patient med belastning ikke har råd til at gå til psykolog med mindre vi kalder det depression.”

“Det har jeg ikke nogen fornemmelse af.”

“Akut belastningsreaktion forveksles ofte med depression”

“Pga manglende tid og et patient ønske om hurtig handling, vurderer jeg der er en tendens til overdiagnostisering af patienter i livskrise eller med depressive personlighedstræk”

“Både og. Stilles måske nogle gange på de forkerte (de klagende mod dem, der lider i stilhed/negligerer)”

“Jeg tror ind i mellem at belastningsreaktion bliver diagnosticeret som depression.”

“Er usikker, da jeg ikke har set eller drøftet så mange med depressive symptomer endnu”

“Jeg tror at mange der har belastningsreaktioner får diagnosen depression, særligt i forbindelse med sygdomsmeldinger. Her kan pt også være biased til at angive mere udtalte symptomer end hvad reelt er.”

“Jeg tror, at mange med diffuse klager får diagnosen stress, mens at mange med belastningsreaktioner får fejlagtigt diagnosen depression”

Spørgsmål 9

“Udelukker somatisk årsag med biokemi”

“primært MDI”

“Beck depression scale”

“faktisk primært samtalen og fornemmelsen af patienten”

“Forværring over tid, tidl kontakter med lign symptomer.”

“pts oplysninger”

“Vender aktuelt disse pt med tutorlæge pga manglende kontinuitet i patientkontakten pga returdage.”

“GDS”

“Mdi sammenholdt med anamnese og kendskab til pt”

“Samlet vurdering af disse”

“Geriatric depression scale for de ældre”

“Kun MDI i webreg og bruger derfor at patienterne bruger den for at snakke ud fra det, men gennemgår så mere Hamilton under de enkle punkter. Så nok en kombination. Hamilton tager lang tid og derfor sjældent jeg får lavet den udførligt.”

“Nogle patienter forstår ikke helt at svare på mdi, og man skal spørge mere konkret ind, for at få afklaret om de har kernesymptomer eller ej”

“Lange samtaler med patienten hvor andre årsager blotlægges”

“Jeg bruger MDI til at screene, denne giver et bud på om ICD-10 kriterierne opfyldes, og angiver graden. Derefter bruger jeg mit kliniske blik til at vurdere om det jeg objektivt oplever ved patientsamtalen er sammenligneligt med hvad patienten selv angiver.”

Spørgsmål 10

“Ham6”

“Hamilton ville være mere præcis men er tidskrævende”

Spørgsmål 11

“Stiller screeningsspørgsmål ved henvendelser af anden årsag”

“Det er nok mavefornemmelsen. De der virker triste. Ofte kommer de med noget helt andet, måske angst for somatisk sygdom. Når det afkræftes, så screener jeg den psykiske tilstand sig ofte. Ikke med MDI, men ved at spørge hvordan de har det og ind til tristhed. Manglende lyst og overskud. Hvis der er positive tilsagn til det, så kommer MDI.”

“Ældre til opsøgende hjemmebesøg. Mænd med nyelig ami, post partum. Stress pt i forløb”

“Patienter med psykiske udfordringer”

“Ved symptomer fx træthed, vægttab, stress, sygemelding, søvnproblemer”

“Patienter der kommer til samtaler grundet stress, sygemelding, død eller alvorlig sygdom hos pårørende mm”

“Stress, belastninger”

“Patienter som har brug for samtaleterapi og har andre psyk diagnoser såsom angst.”

“Træthed, smerter ukarakteristiske heldbredklager”

“folk med træthed, og normalt lab, folk deraf omgivelser beskrives som tirste, energiforladte”

“Fx gravide, unge med hyppige kontakter, nybagte mødre og fædre”

“Gravide. Sårbare. Psykisk comorbide. Ældre ved Årskontroller.”

“Dem i risiko - fx ved 8 ugers undersøgelse efter fødsel og dem jeg ved der har været igennem nogle hårde perioder i livet/har fået en diagnose”

“8 uger EF us”

“Samme som i 12”

“alvorligsiagnose patienter: Kræft patienter, Ami, apoplexi, postpartum,”

“stress, angst og overbelastning\$”

“Det skal have en konsekvens med screening. Det vil sandsynligvis give flere konsultationer mhp sikker diagnosticering.”

“Jeg screener patienter der kommer med psykiske symptomer, hvor jeg mistænker en depression”

“Patienter med symptomer på angst, stress eller belastningsreaktion”

“Efter apoplexi, ami, tab, kræft.”

“Screener ptt med kroniske sygdomme af en vis sværhedsgrad.”

“Spørger til psykisk trivsel ved 8 uger pp”

“Ved 8 ugers us post partum”

“Postpartum, pt i kriser eller andre, hvor humøret virker påvirket.”

“Patienter med fx belastningsreaktion kan jeg godt i forløbet bruge MDI i screening eller for at se om der også har udviklet sig en depression”

“spørger til kernesympt opp - ikke specielle pt kat”

“Folk der henvender sig med tristhed, manglende energi/lyst, selvmordstanker”

“Folk som kommer med problemer af psykisk karakter”

“Jeg tager det op hvis jeg mistænker det ved mødet med patienten”

“Gravide/nyligt gravide, svært kronisk syge og patienter i livskriser”

“Postpartum, hypothyreose, post AKS”

“Nogle ældre, hvor tingene går lidt skævt i tider. Desuden screening, hvis jeg står med en patient, hvor jeg ikke lige kan få tingene til at passe og jeg har en mistanke om der kunne være en psykisk komponent i klagerne”

“Personer med kroniske lidelser kan vi godt finde på at screene ved årsstatus”

Spørgsmål 12

“Klinisk og anamnestic udspørgen. MDI ved mere mistanke”

“Det er ikke noget jeg aktivt gør, men kendskab til sårbarhed eller krise hos patienter, vil jeg være mere opmærksom på.”

“Spørgsmål hvor jeg spørger ind til humør, sindsstemning , etc”

“MDI suppleret med ASS og stresstest”

“Jeg spørger direkte ind til kernesymptomer og ledsagesymptomer fra ICD10”

“MDI”

“MDI.”

“jeg oplever generelt at folk nok skal opsøge mig.”

“Altså screener pt. der ikke henvender sig med psykiske klager? Jeg har rigeligt at lave, så jeg screener ikke for at finde mere.”

“Manglede tid.”

“Jeg vurderer jo alle mennesker, der kommer ind i min konsultation. Men jeg bruger ikke decideret screening eller screeningsværktøj.”

“Mdi”

“Jeg undersøger først for depression hvis situationen gør det oplagt”

“mdi”

“Ved patienter som kommer til samtale, bruger jeg typisk MDI eller enkle spørgsmål.”

“Mdi”

“Jeg screener for depression, hvis jeg finder klinisk mistanke”

“Mdi og snak om livssituation”

“MDI, samtale hvor jeg spørger ind til kernesymp. og klinisk blik”

“Spørgsmål til privatliv, job, humør”

“MDI efter fødsel og ved psyk årskontrol”

“Mdi”

“klinisk blik, mdi, angst skema, stress sekma”

“Ja, ved relevante patienter”

“Det er der ikke tid til”

“MDI, klinisk blik”

“Spørge ind til kernesymptomer og varighed, evt fuld MDI”

“Ikke noget jeg umiddelbart vil opsøge mht. psykisk sygdom - Herunder depression. Måske for tidskrævende...”

“Åbne spørgsmål til pt. evt. icd kriterier”

“Tiden betyder noget, men jeg vil ikke mene at depression er noget vi skal screene for.”

“Ikke en generel screening, men forsøger at spørge ind til symptomerne ved livsomvæltende begivenheder etc.”

“Spørger til kernesymptomer. Hvis pos på mindst to, da videre udredning.”

“Samtale”

“Hvis noget indikerer underliggende depressive sympt udfylder de mdi til næste kons. Men mdi kan ikke stå alene i diagnostikken”

“Mdi”

“Jeg spørger kernesymptomer, og hvis det er relevant kan jeg bruge ovenfornævnte værktøjer til diagnosticering.”

“Det skal gerne være en begrundet mistanke.”

“Vores personale er med i projekt hvor alle til årskontroller screenes for depression med en anden score end mdi”

“Spørger ind til ICD-10 hovedemner”

“Klinisk blik og hamilton 17”

“Spørgsmålene i depressionsscreening er ofte ikke specifikke for depression og fx vil enhver med nyfødt barn score højt efter min erfaring”

“MDI, epds”

“MDI”

“Jeg bruger ikke MDI her, men spørger blot kort til, hvordan humøret har været.”

“Klinisk blik evt MDI”

Spørgsmål 13

“Det ville være optimalt med et kursus i emnet for at føle sig bedre klædt på. Udfordringer er manglende tid, som KBU-læge også manglende kendskab til patienten. Det kræver derfor optimalt set længere og flere konsultationer, før jeg ville være mere sikker i min diagnostik.”

“Manglende kontinuitet og tid jvf returdage”

“Hvis ikke man kender patienterne på forhånd kan MDI være svær at bruge, da mange patienter ofte scorer sig selv højt”

“Patientens evne til at beskrive, mgl. tid, svært at skelne fra tilpasningsreaktion”

“Igen, skellen mellem belastningsreaktion, personlighedsfortyrrelse og reel depression. Jeg oplever at "rene", mere endogene depressioner er sjældne, at at en akut eller mere kronisk problemstilling, kombineret med en given personlighedsstruktur oftest er det der giver de depressive symptomer, der har tendens til at svinde hvis belastningerne kan fjernes.”

spørgsmål 14

“Overvurderer hos unge mennesker men passende ved folk + 35 år”

“Kan være begge dele - nogle gange har pt selv en dagsorden. Ofte kan de godt selv gennemskue hvad de skal svare for at få eller ikke få diagnosen. Fx hvis man gerne vil have en henvisning. Hvis man ikke vil have medicin. Osv. men der er de objektive fund af manglende ansigtsmimik, latenstid mm samt påvirkning af ADL (activities og Daily Living) væsentligt.”

“Syntes MDI score højt ved comorbiditet eller belastningsreaktion”

“Jeg føler at det varierer til begge sider, det kliniske blik kombineret med fx Hamiltons eller MDI er en god kombination for mig”

“Det er sammende med det kliniske blik og flere en samtale”

“Gennemsnitligt nok passende, men med store udsving. Det kliniske indtryk tæller også højt.”

“Pt har svært ved kun at svare for de sidste 14 dage.”

“overvurderer kvinder, undervurderer mænd og ældre patienter”

“Jeg kan være bekymret for overvurdering, men vi har ikke tilbud, tid og midler til at hjælpe pt uden diagnose. De kan feks ikke henvises til psykolog.”

“Synes det kan gå begge veje”

Mangler erfaring for at kunne besvare.

“Svært at få valide svar på en mdi”

“Det er en meget individuel vurdering”

“Pt kan komme til at over rate på MDI”

“Mange scorer til depression på MDI.”

“MDI score er ofte for høj hos især unge sammenholdt med det kliniske indtryk”

“Patienter med "tung score" går alligevel ofte på arbejde”

“mdi overvurderer oftest sammenlignet med det kliniske indtryk”

“MDI som jeg oftest bruger kan give indtryk af en depression, hvis man “bare”er udfordret i en periode. HAM-D17 har jeg indtryk af, giver et bedre billede, men er mere tidskrævende.”

“MDI kan godt overvurdere sværhedsgraden”

“Det kan jo hænde at der både over- og underdiagnostiseres, fx kan bivirkninger ved opstart af medicin, ligne forværring af symptomer”

“Jeg mangler erfaring”

“Det kommer an på patienten”

“Jeg oplever ofte at pt kan score meget højt på MDI, uden at jeg objektivt synes de fremstår særligt, hvis overhovedet depressive. Som tidligere nævnt, kan der også være incitament hos pt der udfylder disse skemaer til at "runde op" ift. symptomer for at blive taget alvorligt, både hos læge og kommune. Det samme oplever jeg ved fx NRS smerteskala.”

“Bruger MDI. Synes næsten altid de scorer meget højt på den. Er det et udtryk for at de virkelig gerne vil vise, at de har det skidt (og ved en høj score så derfor bedre kan tages seriøst?)”

“Jeg synes ikke det systematisk over- eller undervurderer, men jeg tager altid den psykometriske test med forbehold”

Spørgsmål 15

“Som sagt svinger det begge veje, nogen fremstår mere syge end ud fra "skema" mens andre fremstår mindre syge”

“Ofte er patienter mindre depressive (ud fra hvad de klarer i livet og det objektive indtryk)ift udfyldte skemaer”

“Det opleves mest hos unge”

“Klinisk fremstår pt. ofte mindre deprimerede end testscore angiver.”

spørgsmål 16

“Kender ikke rads anbefalinger så vides ikke”

“har aldrig hørt om det. Googledet det lige, ser nemt anvendeligt ud, så tak for tip”

“ikke brugt før”

“Endnu for lidt erfaring til andet”

“Jeg har ikke stor kendskab til dette.”

“Jeg bruger basislisten for region nord”

“Kendte ikke rads”

“Jeg fraviger, når jeg føler min kliniske blik siger mig at der ikke er tale om en reel depression til trods for at de opfylder de diagnostiske kriterier herfor, men en belastningsreaktion, hvor jeg ikke tror at antidepressiv medicin vil have nogen effekt.”

“Fordi jeg ofte er i tvivl om hvor graden af depressionen er.”

Spørgsmål 17

“Det er effektivt, men ændrer typisk ikke på min egen vurdering af tilstanden”

“Har ikke selv brugt det, men min tutorlæge er glad for tilbuddet”

“Det fungerer godt. Du kan få en svært belastet patient hurtigere ind i systemet.”

“Det er for besværligt at ringe ind og får svært at komme igennem specielt når de blot har tlf svarer på som siger ring igen i morgen . Det kan man så gøre mange dage i træk. Det er et uholdbart system,”

“Ved alvorlige tilstande”

“Vanskelig at få en af de tider via paragraf 66”

“Jeg har ikke brugt det endnu”

“bruger det sjældent, harhaft svært ved at få kontakt”

“Hvis i mener paragraf 66 henvisninger ? Kender til, ikke selv benyttet”

“Jeg har ikke haft behov endnu.”

“De få gange jeg har brugt det, har det været fint”

“Der er ofte ikke tider at få, så det er en skam. Det er ellers et fint tilbud.”

“Jeg har endnu ikke brugt det”

“Har brugt det en enkelt gang.”

“Et på kafkask vis sindrigt system velegnet til at afholde praktiserende læger i at henvise til hurtig vurdering.”

“En måske lidt arrogant vurdering. Synes jeg diagnosen bliver givet efter en ret hurtig vurdering og mere ud fra spørgeskema fremfor klinisk vurdering, og mistænker en overdiagnostisering. Jeg håber jeg tager fejl”

“Ja, det er et godt tilbud”

“Blandet oplevelse, hurtig afslutning til egen læge den færdiggjort plan for medicinering fremadrettet”

“Ja, hos dem, hvor der er udfordringer med behandlingen.”

“JA jeg har brugt det en del gange. Ofte omstændigt da det er tidskrævende at skaffe pt. en tid.”

“Har ikke prøvet det endnu”

“har ikke selv henvist nogen endnu”

“Jeg har sjældent haft held med at bruge det til depressive patienter, og vil gerne forsøge opstart af behandlingen inden jeg evt henviser”

“God”

“Jeg har endnu ikke brugt det, da jeg kun har været kort tid i praksis. Jeg har dog i sinde at bruge det ved lejlighed”

“Kun brugt en gang. Var et super godt redskab”

“Det fungerer godt (når der er tider at få) og patienterne er glade for tilbuddet. Det kan være træls at det kun er en samtale, men nogle gange tilbyder psykiaterne alligevel at fortsætte forløbet uden ventetid. Hos de yngre med depression er det en stor fordel at kunne få en vurdering før opstart af medicin”