

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Depresjonsbehandling i sykehjem på tynt grunnlag

Depresjon er hyppig forekommende blant pasienter på sykehjem. På tross av dette er diagnostikken ofte tilfeldig, og behandlingen i hovedsak medikamentell. Leger og sykepleiere bør være mer bevisste rundt diagnostikk og behandling av depresjon hos sykehjemspasienter.

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet

I allmennlegejobben har jeg lenge vært opp-tatt av og bekymret for medikalisering av livets vondter. Noen ganger, ja kanskje for ofte, glemmer vi å oppmuntre til egenmestringen når noe butter imot. Men det er også viktig ikke å overse eller bagatellisere plagene hos pasienter som trenger medisinsk behandling. Balansegangen mellom overbehandling og underbehandling, mellom overdiagnostikk, feildiagnostikk eller ingen diagnostikk, er en utfordrende øvelse.

I sykehjem er det spesielt krevende å finne balansen mellom hvilket behov pasienten har for behandling, hvilke ønsker familien har og hvordan pleiepersonalet og legen vurderer dette. Dette er ikke lett. Hvordan kan vi håndtere dette bedre?

Denne undringen ble min inngangsbillett til forskning.

Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt?

Depresjon er utbredt blant sykehjemspasienter, men det er vanskelig å diagnostisere. Det kliniske bildet er annerledes enn for yngre med depresjon. Mange av kriteriene som skal til for å stille en depresjonsdiagnose, er samtidig vanlige aldersforandringer. 80 prosent av sykehjemspasientene har en demenslidelse og det kan være veldig utfordrende å skille depresjon fra demens. Sykehjemspasienten har oftest erfart mange tap; helse, livspartner, familie og sanser. Tap kan gi tristhet, men ikke nødvendigvis depresjon. Tristhet er et hovedsymptom ved depresjon, men det er også en situasjonsadekvat stemning uten at det foreligger depressiv lidelse. Tristheten hos pasienten blir tolket av pleiepersonalet og legen, og de initierer tiltak. Men hvorfor og hvordan tiltak gjennomføres, er lite kjent.

Avhandlingens overordnede målsetting er å få mer kunnskap om forekomst av depresjon i sykehjem, helsepersonellens hånd-

tering av dette og hvordan sykehjemspasienten opplever egen tristhet. Avhandlingen er basert på tre empiriske studier:

- Den første studien var en klinisk studie. Vi ønsket å undersøke forekomst av depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter med langtidsplass og belyse sammenhenger mellom dokumentert depresjonsdiagnostikk og depresjonsbehandling.
- Vi gjennomførte en fokusgruppestudie, som andre delstudie. Formålet med studien var å utforske beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og avslutte depresjonsbehandling i sykehjem
- En kvalitativ intervjustudie var den siste delstudien i avhandlingen. Målsettingen med studien var å belyse sykehjemspasientenes opplevelse av egen tristhet.

Hva fant du?

Resultatene fra den kliniske studien viste at 28 prosent av de nyinnlagte pasientene var deprimeret i følge ICD-10. I journalene fant vi dokumentert diagnostikk hos halvparten av pasientene med depresjon. Diagnostiske tester ble knapt brukt. 44 prosent av pasientene fikk antidepressive medikamenter, halvparten av disse fikk behandlingen for depresjon. Den andre halvparten fikk det for nevropsykiatriske symptomer og ukjent indikasjon. Antidepressiva ble ikke seponert hos noen av pasientene.

Deltakerne i fokusgruppestudien syntes det var vanskelig å skille mellom sorg og tapsopplevelser og depresjon. På tross av dette fortalte legene at de ikke gjennomførte systematisk depresjonsdiagnostikk, men de stolte på hva sykepleierne rapporterte i visittene. Behandling av depresjon var nesten utelukkende medikamentell. Ikke-farmakologiske behandlingsopsjoner ble lite brukt, ifølge informantene. Sykepleierne fortalte at hjelpepleiere ofte etterspurte medikamentell depresjonsbehandling. Selv om de opplevde det som press, tok de det

med videre til visitten med legene. Sykepleiere ønsket at legene hadde mer tid til å drøfte funnene og behandlingen. Men legene på sin side opplevde at sykepleiere presset dem til å behandle medikamentelt.

Pasientene i intervjustudien oppgav tap av ulike funksjoner og helse, avhengighet til andre og dårlig fungerende teknisk utstyr, som noen av årsakene til tristhet. Ensomhet, mindre sosialt nettverk, lite tid for samtale med personalet og dårlig pleie var andre grunner. På tross av dette brukte noen pasientene gode mestringsstrategier, som å forsone seg med funksjonsnedsettelsen, se seg selv i et større perspektiv og delta i religiøse aktiviteter.

Oppsummert har min avhandling følgende hovedfunn:

- Depresjon og tristhet er vanlig blant sykehjemspasienter
- Depresjonsdiagnostikk er tilfeldig
- Halvparten av pasientene får medikamentell behandling, selv om leger og sykepleiere er usikre på effekten
- Pasientene savnet samtaler med personalet. Sykepleierne anerkjente miljøtiltak, men hadde oftest ikke tid til dette.

Hva har dette å bety for den jevne allmennlege?

- Leger og sykepleiere bør være mer bevisst rundt depresjonsdiagnostikk
- Normale følelser bør ikke medikaliseres
- Medikamentell behandling bør regelmessig evalueres
- Ikke-medikamentelle tiltak er viktig og bør alltid vurderes.
- Legen skal støtte opp under pasientens egne mestringsressurser

Hvilke utfordringer møtte du underveis?

Det har vært mye mer arbeid enn jeg forestilte meg på forhånd. Fastlegepraksisen skulle ivaretas, pasientene ønsket og for-

ventet at jeg var til stede. Samtidig krevde forskningsprosjektet også mitt nærvær, engasjement og ikke minst tid. For å få dette regnskapet til å gå opp, brukte jeg veldig mange kvelder og helger til forskningsarbeid. En annen stor utfordring var rekrutteringen til studiene. God logistikk var helt nødvendig for å kombinere datainn-samling med fastlegepraksis. Jeg samlet inn alle data selv og det var ganske krevende. Jeg syntes også det var utfordrende, å lære seg «spillet» rundt publisering og presentasjon. Men heldigvis har jeg hatt de aller beste veilederne gjennom doktorgradsløpet, som har bidratt med faglighet, raushet og ikke minst tålmodighet.

Hvor går veien videre?

Gjennom doktorgradsløpet har jeg fått mye ny kunnskap og lært meg et nytt «håndverk». Det ønsker jeg å bruke i nye prosjekter innenfor allmennmedisin og sykehjemsmedisin. For hvordan kan vi implementere forskningsresultatene i sykehjem og blant fastleger? Jeg er nå helt i startfasen med å planlegge forskning på dette feltet. Forskning i eget fag er veldig givende. Men det er også fastlegejobben min. Hvordan arbeidsuka skal fordeles mellom fastlegejobben og forskningen, vet jeg ennå ikke. Jeg sier som Ole Brumm: ja takk, begge deler!

Tips til andre allmennleger som vil forske

Vær åpen for undring rundt egen praksis. Finn et forskningsmiljø som er interessert i det samme som du. Innstill deg på at det blir veldig mye arbeid. Men det er også gleder å se fram til; publisere artikler, bli kjent med forskerkolleger, diskutere egne forskningsfunn med andre forskere, delta på kongresser, få avhandlingen godkjent og til slutt disputere. Hva nøler du med?

KRISTINA RIIS IDEN

AVHANDLINGENS TITTEL: Depresjon i sykehjem. Underdiagnostikk og overbehandling.

PRØVEFORELESNING: 29.04.2015 over tema «Forskingsbasert kunnskap om opplevd tristhet og depresjon hos pasienter på sykehjem: diagnostisering, behandling og oppfølging».

Disputas 29.04.2015

VEILEDERE: Professor Sabine Ruths, førsteamanuensis Stefán Hjörleifsson, professor emeritus Knut Engedal.

Doktorgradsarbeidet har foregått ved allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse og Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

FINANSIERING: Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

Pasienten som ikke kom

Dagen som fastlege er full av gjøremål. Oppgavene renner inn gjennom døren i en jevn ustoppelig strøm. Av og til kommer en uventet gave – en liten pustepause, fordi en pasient ikke dukker opp. Tiden er en trakt som raskt fylles opp med andre ting. Mens jeg venter, arbeider jeg. Ti minutter, femten minutter går og ingen dukker fortsatt opp, men der kommer neste pasient på listen. Dagen faller inn i sin vante rytme og det går mot lunsj. Og så ruller arbeidsdagen videre, helt til siste pasient lukker døren, helt til siste epikrise er lest. Da vil jeg hjem. Og ettermiddagen inneholder et helt annet liv og søvnen kommer med kvelden i en myk og varm seng. Og hodet er lengst unna arbeidet som var og arbeidsdagen som kommer – inntil jeg med et rykk tenker: Hvem var det som ikke kom? Var det hun som var så hjelpeløs og fortvilet, så skamfull og full av angst? Og hvorfor kom hun ikke? Sa jeg noe galt sist gang? Overså jeg et lite, men alvorlig hint? Har hun skrotet

meg som hjelper? Og hva gjør hun nå? Legelivet er rikt på spørsmål, men fattig på sikre svar.

Som fastlege har jeg hatt pasienter som valgte å svelge innholdet i et pilleglass fremfor å komme til avtalt time. Det har skjedd flere ganger, og statistisk skjer det alle fastleger som jobber noen år. Men når det skjer, rammes vi personlig og som leger. Og så kjenner man på avmakten og tvilen. Når balanserer livet på en knivsegg, og hvor langt skal jeg som lege strekke meg for å få tak i noen av mine skjøreste pasienter? Pasienten har et egenansvar å søke hjelp, men noen ganger glipper det. Mine få svarte erfaringer nører opp under katastrofepensjonene en sen nattetime.

Jeg ringer pasienten dagen etter. «Unnskyld meg, men du hadde en time i går...» «Å, ja beklager så mye», svarer hun, «Jeg forsov meg visst. Kan jeg få en ny time til uka?»

ALEXANDER WAHL
Spesialist i allmennmedisin
Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket

