

Depresjon i sykehjem

Underdiagnostikk og overbehandling

Kristina Riis Iden



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)
ved Universitetet i Bergen

2015

Dato for disputas 29.04.2015

© Copyright Kristina Riis Iden

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndverkslovens bestemmelser.

(1)

År: 2015

Tittel: Depresjon i sykehjem

Underdiagnostikk og overbehandling

Forfatter: Kristina Riis Iden

Trykk: AIT OSLO AS / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Forskningsarbeidet har blitt gjennomført ved Allmenmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse, Bergen, og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Doktorgradsarbeidet er finansiert av stipend fra Allmenmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Allmenmedisinsk forskningsfond (AMFF), Den norske legeförening.

Hovedveileder har vært professor Sabine Ruths, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Allmenmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse, Bergen.

Medveiledere har vært 1. amanuensis Stefan Hjørleifsson, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, og professor emeritus Knut Engedal, Institutt for klinisk medisin, Oslo Universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold.



Allmenmedisinsk forskningsenhet



Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Takk til

Først vil jeg rette en spesiell takk til leger, sykepleiere og alle pasienter som har deltatt i mine studier. Uten deres imøtekommenhet og vennlig interesse, hadde denne avhandlingen ikke blitt til.

Takk også til tidligere kolleger ved Bø legesenter og nåværende kolleger ved Vågsmyra legesenter. Godt faglig samhold og kollegial støtte har formet meg som lege.

Da de første tankene om et forskningsprosjekt dukket opp, jobbet jeg på Tasta sykehjem i Stavanger. Fra første stund ble mine idéer møtt med positive velvilje fra ledelse og ansatte. Takk til alle kloke og dyktige medarbeidere!

Uten finansiell støtte fra Allmenmedisinsk forskningsutvalg og Allmenmedisinsk forskningsfond, hadde ikke denne avhandlingen blitt skrevet. Takk til tidligere leder Gisle Roksund og nåværende leder Marit Hermansen for faglig stolthet og god ledelse av foreningen.

Uni Research Helse er et godt sted å være ansatt. Under dyktig ledelse av forskningsdirektør Hege Eriksen, representerer Uni Research Helse det genuint allmenmedisinske med sitt fokus på helse, livsstil og arbeid.

En spesiell takk til Allmenmedisinske forskningsenhets dyktige, generøse og kloke leder professor Guri Rørtveit. Med jevne mellomrom møtes vi fra ulike kanter av landet. Erfarne forskere deler av sin forskererfaring i et godt fellesskap. En bred forskningsinteresse, med en grunnleggende felles, allmenmedisinsk plattform, har bidratt til spennende faglige diskusjoner. Samlesing av allmenmedisinske perler, felles reiser til kongresser, samt samhörighet stipendiatene i mellom har vært av uvurderlig støtte, oppmuntring og faglig tilfredstillelse. En stor takk til alle kolleger i enheten.

En stor takk rettes til min biveileder, professor emeritus Knut Engedal, Norges nestor i alderspsykiatri. Dine tidlige år i legelivet som allmennlege, kommer til syne i din forståelse og interesse for sykehjemsmedisin.

En stor takk rettes også til min biveileder, førsteamanuensis, Stefan Hjørleifsson, for alltid tålmodig og god veiledning. Dine bidrag med gode etiske refleksjoner rundt forskningstema, har vært uvurderlige for meg.

En inderlig takk til min hovedveileder professor Sabine Ruths. Jeg husker første gang jeg møtte deg. Vi hadde mailvekslet litt rundt mine funderinger rundt et mulig forskningstema og jeg ble invitert til Bergen. Mine svært så vage tanker, ble gjennom vennlig veiledning formet, formulert og spisset til forskningsspørsmål. Og så var jeg i gang! Du har en enorm arbeidskapasitet, svarer alltid raskt på mail og utviser en imponerende tålmodighet. Uten din hjelp, trofaste støtte og oppmuntring, hadde jeg aldri klart å fullføre denne avhandlingen.

I privatlivet er jeg privilegert som har gode venner, en omsorgsfull storfamilie, svigermor og mor.

Til sist en dyptfølt takk til de viktigste i mitt liv; Pål, Kristoffer, Simon, Cecilie, Sofie og Paula- for støtte, samvær, latter, tårer, historier og kjærlighet.

Pål- for at du alltid er der.

Stavanger, desember 2014

Kristina Riis Iden

Forord

For noen år siden jobbet jeg i en psykiatrisk poliklinikk i forbindelse med spesialiseringen i allmennmedisin. Det var et godt stykke å kjøre for å komme til jobb og tilsvarende for å kjøre hjem igjen. Mange gode radioprogram fikk en ivrig lytter og jeg konsumerte et stort antall lydbøker. Likevel, noen dager kjørte jeg hjem i stillhet. Det var dager hvor jeg hadde behov for å tenke og gruble over møter jeg hadde hatt og ord som hadde blitt sagt. Jeg hadde i denne perioden kontakt med en klok pasient, som i terapirommet funderte over tristhet. Han var i mine tanker i mange mil.

Nå mange tusen pasientkontakter og flere år etter og på en annen kant av landet, kan jeg ikke glemme ham helt. Mest sannsynlig gav jeg ham den gangen en diagnose og jeg forskrev sikkert mer enn et medikament til ham. Slik skikk og bruk var. Og slik skikk og bruk fremdeles er. Han grublet over tristhetens vesen og jeg møtte ham med en medisinsk forståelse.

Min kloke pasient er ikke den første som har fundert omkring tristhet. I høst så jeg Hamlet på Rogaland teater. Et skuespill, skrevet for flere hundre år siden, berører og fascinerer ennå i dag. Hamlet tviler, er desperat og ikke minst trist i møte med livets eksistensielle valg.

«Hvem vil bære denne byrde, stønne og svette under livets åk, hvis vi ikke følte angst for noe etter døden, et uoppgaget land som ingen vandrere vendt tilbake fra?»(2)

Som mennesker formes vi av møter med andre mennesker. Noen ganger passerer menneskene forbi, uten å sette spor. Andre mennesker setter sitt preg i lang tid og noen setter varige spor. Min kloke pasient er en syntese av *alle* kloke pasienter jeg som lege har vært så privilegert å få møte. Nå mange år senere, vet jeg at dette møtet var den første spiren i det som nå snart er en fullført avhandling.

Abstract

Depression is prevalent among nursing home patients. Depression may have various clinical expressions and symptoms of dementia and depression may overlap, which makes diagnostic work-up challenging. Treatment for depression is environmental therapy, psychotherapy, antidepressive medication and ECT. However, most often the patient is only offered medication. Sadness is a core symptom of the medical defined depression, but sadness is not always present in old persons with depression. Patients newly admitted to long-term care in nursing homes are vulnerable and may be especially prone to depression. High quality diagnostics is crucial for precise diagnosis and treatment options. There is little knowledge on the nursing home patient's perception of own sadness. My thesis consists of three empirical studies.

Clinical study

Aim: To gain knowledge on depression among newly admitted long-term care patients in nursing homes, and associations between depression, diagnostic workup and treatment.

Participants and methods: 88 newly admitted long-term care nursing home patients were diagnosed according to the ICD-10 criteria for depression within three months after admission. We used evaluation scales in order to screen for depression, cognitive function and activities of daily living. We looked for associations between depression and data on documented diagnostics and treatment, which we extracted from the patients' medical records. We analysed the data using descriptive and univariate methods in order to estimate prevalence of depression and evaluate diagnostics and treatment options documented in the medical files.

Results: The prevalence of depression among newly admitted long-term care nursing home patients was 28 % according to ICD-10 and 31 % of the patients had scores ≥ 8 on Cornell Scale for Depression in Dementia screening tool. Approximately half of the patients with depression had any diagnostics documented in the medical files.

Screening tests for depression were hardly in use. Altogether 44 % of the patients were

given antidepressive medication. The indication was depression for half of them. There were no withdrawals of antidepressant medication.

Focus group study

Aim: We wanted to explore doctors' and nurses' decision-making on depression treatment in nursing homes.

Participants and methods: We performed three focus-group interviews. Two groups consisted of doctors working either part-time or full-time in nursing homes, and one group comprised nursing home nurses. The interviews were transcribed verbatim and analysed by systematic text condensation.

Results: The first theme was the diagnostic process. The nurses and doctors in the focus groups revealed challenges differentiating between sadness in depression and sadness as part of grief and sorrow. Nevertheless, they seldom performed systematic diagnostics on depression. Doctors relied on nurses information in pre-round case conferences when decisions on depression treatment were accomplished. The second theme was treatment. Most often antidepressive medication was the only treatment option offered, even though the doctors and nurses seldom deliberated any effectiveness of the treatment. Even so withdrawal was considered to be undesirable, since the nurses and doctors were hesitant on the withdrawal-consequences. The third theme was who actually decided the treatment. Doctors told about nurses deciding on treatment initiating process. On the other hand, the nurses wanted more discussion with the doctors on treatment decisions. Moreover the nurses claimed that unskilled nursing staff questioned pharmaceutical depression treatments for the patients.

Interview study

Aim: To explore the patient's perception of sadness.

Participants and methods: 12 nursing home patients without cognitive impairments in long-term care were included for semi-structured individual interviews. The

individual interviews were audio-taped and transcribed verbatim. The empirical data were analysed by systematic text condensation.

Results: Analysis of the interview study showed that patients experienced sadness when experiencing losses of health and functional level. They also expressed sadness about dysfunctional technical equipment associated with motion or toileting. Loneliness, lack of social support and harsh nurses were other causes of sadness as expressed by informants. Nevertheless, informants stated a variety of coping strategies, including religion and accepting the losses of old age, providing satisfaction and tranquillity in spite of losses.

Conclusion

The results from the three studies revealed that depression according to ICD-10 is prevalent, nearly every third newly admitted patient in long term care in nursing home being depressed. Systematic diagnostics is seldom performed and there is ambiguous responsibility on treatment decisions. The treatment option most frequently offered is antidepressive medication, even though the effectiveness is doubtful. The nursing home patients perceive sadness due to many losses; however, they also possess different coping strategies.

Sammendrag

Depresjon er vanlig i sykehjemspopulasjon, men demens og atypiske symptomer kan gjøre diagnostikken utfordrende. Depresjon har flere årsaksforhold og ulike tapsopplevelser står sentralt blant disse. Anbefalt behandling er kombinasjon mellom miljøterapi, samtaleterapi, medisiner og ECT. Oftest får pasienten kun medikamentell behandling og forbruket av antidepressive medisiner i sykehjem er stort. Tristhet er et hovedsymptom ved den medisinsk definerte depresjonsdiagnosen. I tillegg er tristhet en normal og forventet, situasjonsadekvat stemning ved sorg og ulike normale tapsopplevelser. Nyinnlagte sykehjemspasienter er særlig sårbare og utsatt for depresjon. God diagnostikk er avgjørende for rett diagnose og adekvat behandling. På tross av høy prevalens av tristhetsopplevelser i høy alder er sykehjemspasientenes egenopplevde tristhet lite utforsket. Min avhandling bygger på tre empiriske studier.

Klinisk studie

Formål: Undersøke forekomst av depresjon blant nyinnlagte pasienter, og analysere sammenhengen mellom depresjon og dokumentert diagnostikk og behandling.

Deltakere og metode: 88 nyinnlagte pasienter med langtids plass i sykehjem ble undersøkt innen tre måneder etter innleggelse. Vi utførte grundig klinisk intervju for å diagnostisere pasienten med ICD-10 kriterier for depresjon og skåret pasientene med skalaer for depresjon, demens og dagligdagse aktiviteter. Dette sammenliknet vi med dokumentert diagnostikk og behandling som vi ekstraherte fra journalene. Vi brukte deskriptive metoder og univariate analyser for å estimere forekomst av depresjon, og samsvar mellom depresjonsdiagnose og opplysninger i pasientjournal.

Resultater: 28 % av de nyinnlagte pasientene var deprimert i følge ICD-10 og 31 % av pasientene hadde sumskår ≥ 8 ved bruk av Cornell Scale for Depression in Dementia. I journalene fant vi dokumentert diagnostikk hos halvparten av pasientene med depresjon. Diagnostiske tester ble knapt brukt. 44 % 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.

Fokusgruppestudie

Formål: Belyse beslutningsgrunnlag for depresjonsbehandling i sykehjem.

Deltakere og metode: Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervju. To av gruppene bestod av sykehjemsleger og en gruppe av sykepleiere. Alle intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett. Vi analyserte datamaterialet ved systematisk tekstkondensering.

Resultater: Første tema omhandlet den diagnostiske prosessen. Leger og sykepleiere i fokusgruppestudien syntes det var vanskelig å skille mellom sorg og tapsopplevelser og depresjon. På tross av dette fortalte de om lite bruk av systematisk depresjonsdiagnostikk, men at de stolte på hva sykepleierne rapporterte i visittene. Andre tema var behandling. Behandling av depresjon var nesten utelukkende medikamentell. Ikke-farmakologiske behandlingsopsjoner ble lite brukt. Leger og sykepleiere fortalte at de sjelden så effekt av medikamentene. Likevel forekom seponering sjeldent, fordi pasientene var så sårbare og enhver endring representerte en risiko for funksjonsfall. Tredje tema handlet om hvem som bestemmer. 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 de til å behandle medikamentelt.

Intervjustudie

Formål: Belyse sykehjemspasienter egne tanker om tristhet.

Deltakere og metode: Jeg gjennomførte individuelle intervju av 12 kognitiv friske langtidspasienter. Systematisk tekstkondensering ble brukt i analysene.

Resultater: Pasientene fortalte at tap av ulike funksjoner og helse, avhengighet til andre og dårlig fungerende teknisk utstyr, var 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.

Konklusjon

Resultatene av de tre studiene viser at depresjon er vanlig blant nyinnlagte sykehjemspasienter. Systematisk diagnostikk er sjeldent og det er uklare ansvarsforhold rundt behandlingsansvar. Medikamentell behandling blir oftest tilbudt pasienten, selv om både leger og sykepleiere tviler på medisinenes effekt. Sykehjemspasienten opplever tristhet som følge av ulike tap. Likevel har flere tatt i bruk gode mestringsstrategier.

Publikasjonsliste

Artikkel I-III

- I. Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: Associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014; 37: 154-162.
- II. Iden KR, Hjørleifsson S, Ruths S. Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 252-256.
- III. Iden KR, Ruths S, Hjørleifsson S. Residents' perceptions of their own sadness- a qualitative study in Norwegian nursing homes. Innsendt etter review

I: Publisert artikkel er trykket med tillatelse fra utgiver S. Karger AG, Basel

II: Publisert artikkel er trykket med tillatelse fra Scandinavian Journal of Primary Health Care

Innhold

FAGMILJØ	3
TAKK TIL	5
FORORD	7
ABSTRACT	8
SAMMENDRAG	11
PUBLIKASJONSLISTE	15
INNHold	16
FORKORTELSER	19
1. INTRODUKSJON	21
SYKEHEJEM	21
DEPRESJON	23
<i>Definisjon og nomenklatur</i>	23
<i>Epidemiologi</i>	25
<i>Risikofaktorer</i>	25
<i>Mestring</i>	26
<i>Diagnostikk</i>	28
<i>Behandling</i>	30
MIN EGEN FORFORSTÅELSE	32
2. MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER	35
3. DESIGN, DELTAKERE OG METODE	37
I. KLINISK STUDIE	37
<i>Utvalg</i>	37
<i>Datainnsamling</i>	39
<i>Dataanalyser</i>	41

II. FOKUSGRUPPESTUDIE	43
<i>Utvalg</i>	43
<i>Datainnsamling</i>	44
III. INTERVJUSTUDIE	44
<i>Utvalg</i>	44
<i>Datainnsamling</i>	45
<i>Analyse av fokusgruppetudien og intervjustudien</i>	46
4. RESULTATSAMMENDRAG	51
ARTIKKEL I	51
ARTIKKEL II	52
ARTIKKEL III	53
5. DISKUSJON	55
REFLEKSIVITET	55
<i>Rolle overfor deltakerne</i>	55
<i>Teoretiske perspektiver</i>	57
METODOLOGISKE VURDERINGER	58
<i>Design</i>	58
<i>Intern validitet</i>	59
<i>Ekstern validitet</i>	67
ETISKE VURDERINGER	70
RESULTATDISKUSJON	73
<i>Forekomst av depresjon og tristhet</i>	74
<i>Diagnostikk og samarbeid mellom profesjoner er et kvalitets spørsmål</i>	78

<i>Depresjonsbehandling er mer enn medikamenter</i>	<i>80</i>
6. KONKLUSJON	85
7. FRAMTIDIG FORSKNING	87

ARTIKKEL I-III

VEDLEGG

Forkortelser

CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia
DSM-IV	Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. utgave
GDS	Geriatric Depression Scale
ECT	Electroconvulsive treatment
IADL	Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. utgave
ICPC-2	International Classification of Primary Care, 2. utgave
IPLOS	Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk
KDV	Klinisk demensvurdering
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
MCI	Mild Cognitive Impairment
MDI	Major Depression Inventory
SOC	Sense of Coherence
pADL	Primære aktiviteter i dagliglivet
SSRI	Selektiv serotoninreopptakshemmer
TCA	Trisyklisk antidepressivum

1. Introduksjon

Sykehjem

Befolkningen eldes i de fleste land i verden. I 2060 vil 20 % av befolkningen i Norge være eldre enn 70 år (3). Behovet for omsorg av de skrøpelige eldre ivaretas av familier, ved hjelp fra hjemmebaserte tjenester og i offentlige eller private institusjoner vi i Norge kaller sykehjem og aldershjem. Aldershjem er institusjoner for selvhjulpne eldre, mens sykehjem er medisinske institusjoner for eldre med døgkontinuerlig omsorgsbehov. I løpet av de siste 20-30 år har aldershjem gradvis blitt avviklet. I 1991 bodde 50 % av eldre over 90 år i Norge på sykehjem, mens det i løpet av en tiårs periode har blitt redusert med en tredjedel og beboerne i sykehjem har større omsorgsbehov (4). Hjemmetjenester og kommunale omsorgsboliger har i den samme perioden blitt vesentlig utbygd. Omsorgsboligene er også ulikt differensiert. De er definert som egen bolig, hvor man betaler husleie og får hjelp fra hjemmebaserte tjenester. I trygdeboligene er beboerne selvstendige. I serviceboliger er det oftest tilsatt personalet deler av døgnet. Kommunene har også boliger med heldøgnsomsorg. Dette er tilbud for yngre mennesker med omfattende omsorgsbehov. De fleste kommunale omsorgsboliger er bygd i nærheten av hverandre, slik at beboerne og kommunalt hjelpeapparat kan dra veksler på hverandre. Kommunale hjemmetjenester har gått fra å være praktisk orientert rundt husarbeid til å være medisinske sykepleietjenester. Dette innebærer at eldre med behov for hjelp kan bo hjemme lengre. Men det innebærer også at når den gamle ikke kan bo hjemme lengre, er det fordi personen har et omfattende behov for døgkontinuerlig omsorg og stell. Samhandlingsreformen som ble innført i januar 2012, har som en av målsetningene å få en bedre koordinering av helsetilbudene. Det innebærer at kommunene har ansvar for å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus; disse pasientene har ofte et omfattende behandlingsbehov og kommunene må bygge opp et nytt tilbud.

Sykehjemmene skal ivareta mange ulike funksjoner; omsorg for personer med demens, rehabilitering, korttidsopphold, avlastningsopphold og palliativ omsorg i livets slutt. I 2013 var det 41 594 sykehjemsplasser i Norge, hvorav 33 968 langtidsplasser (5). Av sykehjemmene er 90 % kommunalt eid og drevet. Standarden i sykehjemmene blir stadig bedre. Nå har 80 % av pasientene enrom med eget bad og toalett (5). Både en aldrende befolkning og prevalensen og alvorligheten av sykdommer og lidelser som er forbundet med innleggelse i sykehjem vil påvirke presset på sykehjem og primærhelsetjenesten i årene som kommer (6).

Blant ansatte i sykehjem har 75 % fagutdanning; omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Av de ansatte er 88,7 % kvinner (4). Legetjenester i sykehjem utføres hovedsakelig av allmennleger i deltidstilling. I de største institusjonene i de store byene, er det ofte fulltidsansatte sykehjemsleger. I 2012 ble det innført eget kompetanseområdet i alders og sykehjemsmedisin av Den norske legeforening, for å styrke sykehjemslegens faglige arbeid. Det er omtrent 30 minutters legetime per pasient per uke. Det er en svak, men positiv økning i legetimer; fra 2012 til 2013 var det en 7 % økning (5).

Sykehjemspasienten

I 2011 var gjennomsnittsalderen for pasienter med langtidsplass 85,7 år for kvinner, og 80,4 år for menn (4). Av pasientene var 70 % kvinner (4). Kvinner er gjennomsnittlig yngre enn sine mannlige partnere og kvinner lever lengre enn menn. Når den aldrende mannen får funksjonssvikt blir omsorgen ofte utført av hans yngre partner i hjemmet. Når kvinnen selv blir enslig og trenger omsorg, har hun ikke noen hjemme som kan ivareta dette. I tillegg får menn alvorlig sykdom som de dør av tidligere enn kvinner, mens kvinner lever lengre med kronisk sykdom. Dette forklarer kjønnsulikevekten i langtidsavdelinger. Alder ved innleggelse i langtidsplass på sykehjem er 84 år, og 80 % av pasienter i langtidsavdelinger har betydelig omsorgsbehov. Kun 2 % av pasientene har lite eller intet pleiebehov (4). Av sykehjemspasienter har 80 % kognitiv svikt, 70 % av disse pasientene har vesentlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) (7). En av tre pasienter bruker mer enn to legemidler mot psykiske symptomer eller lidelse (8).

Depresjon

Definisjon og nomenklatur

Late life depression, eller *depresjon hos eldre* brukes når depresjon oppstår etter 65 års alder. I denne avhandlingen vil jeg bruke betegnelsen *depresjon*.

International Classification of Primary Care (ICPC-2) som brukes for diagnosekoding i norsk allmennpraksis, definerer depressiv lidelse (P76) som en tilstand med depressivt stemningsleie, tretthet, søvnforstyrrelse, nedsatt matlyst og gledeløshet som har vart i minst to uker (9). Depresjon i følge International Classification of Diseases, 10-ende utgave (ICD-10), Classification of Mental and Behavioral Disorders (10) er utviklet av Verdens Helseorganisasjon og baserer seg på tilstedeværelse av spesifikke symptomer. For depresjon anvender systemet blant annet benevnelsene; F31 bipolar affektiv lidelse, F32 depressiv episode, F33 tilbakevendende depressiv lidelse, F34 vedvarende affektiv lidelse (11). Ved depressiv episode skal symptomene ha vart i minst to uker og det er en liste med ti grunnsymptomer som skal vurderes. Ved *mild depressiv episode* (F32.0) skal det totalt være fire symptomer, og to av de følgende tre symptomer må være tilstede; senket stemningsleie, tap av interesse og nedsatt energi. *Moderat depressiv episode* (F32.1) har også minst to av de tre nevnte symptomene, i tillegg må andre symptomer fra listen være med, slik at det totalt blir seks symptomer. *Alvorlig depressiv episode* (F32.2) har totalt åtte symptomer, hvorav alle de tre nevnte symptomene er til stede.

American Medical Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V) bruker *Major Depressive Disorder* i sitt nomenklatur. Ni symptomer vurderes, hvorav fem eller flere av disse må være tilstede i minst to uker. Ett av disse symptomene må være senket stemningsleie eller tap av interesse. Ved *Minor depressive Disorder* må minst to symptomer være tilstede de siste to ukene.

Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease (PDC-dAD) ble etablert som eget diagnosekriteriesystem for demente pasienter, men er ikke et system

som er allment akseptert (12). Systemet er basert på DSM-IV og symptomlisten er nesten identisk, men forutsetter ikke samtale med pasienten. Kun tre symptomer må være tilstede. Tidskravet på to uker er lempet på, slik at symptomene må ikke være tilstede hver dag for at diagnosekriteriene er oppfylt. I tillegg til DSM-IV symptomene er irritabilitet og sosial isolasjon lagt til i PDC-dAD.

Diagnosesystemene baserer seg på psykiatriske forklaringsmodeller som er kulturavhengige og tidsavhengige. Definisjonen av diagnosene revideres regelmessig i tråd med endret forståelse av atferd, symptomer og funksjon.

Tristhet er et av kjernesymptomene ved depresjon, slik den er definert i ICD-10, DSM-V og ICPC-2. Tristhet er også en normal, allmennmenneskelig følelse de fleste mennesker vil erfare daglig, ukentlig eller kanskje noen ganger i løpet av en måned. Tristhetens intensitet og frekvens varierer fra menneske til menneske. Tristhet kan defineres som: en kontekst-spesifikk følelse, hvor følelsens intensitet samsvarer med årsaksforhold og hvor følelsen forsvinner eller avtar når årsaken ikke lengre er til stede (13). Innføring av diagnosesystemene var ment som hjelp til å systematisere forskjellige symptombilder, og gjennom diagnostisk klassifikasjon ble definisjonen av depresjon til. Siden har det blitt utviklet mange diagnosesystem med litt forskjellig definisjon av depresjon. Dette beskriver noe om hvor vanskelig det er å lage en distinksjon mellom avvik og normalitet (14, 15), også fordi definisjonene endrer seg med tid og sosiokulturell forståelse (16). For at depresjonsdiagnosen skal være anvendelig, må den være et valid uttrykk for en bestemt entitet. Kritikere hevder at depresjonsdiagnosen ikke oppfyller disse kriteriene, fordi det er diskusjoner om diagnosesystemets validitet, fordi det er lite biologisk evidens for at depresjon er en selvstendig entitet og sist men ikke minst fordi det i primærhelsetjenesten vil være overlappende symptomer mellom depresjon og medisinske uforklarte symptomer og sosiale årsaker (17, 18).

Allmennmenneskelig, normal tristhet og depressiv, patologisk tristhet representerer ikke dikotome verdier, men en gradvis skala som beveger seg fra det normalt forventede til det sykdomsfremkallende og som er individuelt, sosiokulturelt og

tidsavhengig. *Hvor* overgangen skal ligge og *om* det er en slik grenseverdi, er omdiskutert (15, 18-20). I denne avhandlingen vil depresjon bli brukt ut ifra en medisinsk definert forståelse av begrepet, mens tristhet blir brukt som den allmennmenneskelige forståelsen av begrepet.

Epidemiologi

En systematisk gjennomgang av epidemiologiske studier viste en prevalens av depresjon på 32 % hos pasienter innlagt i sykehjem mot 13 % i eldrebefolkningen generelt (21). En britisk oversiktsartikkel viste forekomst av depresjon på 13,5 % blant eldre hjemmeboende, hvorav 2 % hadde alvorlig depresjon (22). I en norsk sykehjemsstudie hadde 40 % av pasientene symptomer på depresjon, og hos 21 % var symptomene klinisk signifikante (7). I en dansk systematisk oversiktsartikkel varierte forekomsten av *Major Depression* (DSM-IV) mellom 14-42 % hos eldre som bodde i institusjon, mens prevalensen var 1-9 % hos tilsvarende aldersgruppe som var hjemmeboende (23). Gaboda har undersøkt depresjonsdiagnostikk i amerikanske sykehjem i tidsrommet 1999-2007. Registreringer ved studiens endepunkt viste at halvparten av pasientene i sykehjem hadde en ikke-kriteriebasert definert depresjon (24). Prevalensen av depresjon i sykehjem er høyere sammenliknet med tilsvarende aldersgruppe som bor i sine egne hjem (6, 23, 25), uavhengig av hvilket diagnostisk verktøy som brukes (26). Forekomsten av depresjon i betydningen lavt stemningsleie øker i den industrialiserte verden så mye, at depresjon i følge WHO nå er blant de ti lidelsene i verden som forårsaker mest funksjonsnedsettelse. Sosiokulturelle faktorer er trolig medvirkende. Men det er ingen entydig, god forklaring på hvorfor prevalenstillene har økt og er så høye på tvers av landegrensene.

Risikofaktorer

Arvelige faktorer er av mindre betydning, når depresjonen debuterer i eldre år enn det er blant mennesker under 65 år (27). I store deler av hjernen er det noradrenerge og serotonerge system utbredt, som regulerer følelser, tanker og atferd (28). Noradrenalin

og serotonin kalles monoaminer. Monoaminmangel kan gi depressive symptomer. Selve årsaksmekanismen er ikke fullstendig klarlagt (28). Medikamenter som øker nivået av ett eller flere monoaminer i den synaptiske spalten har vist seg å være effektive mot depresjon. Dette har vært det viktigste rasjonale i monoaminmangelteorien (28). Aldringsprosesser i hjernen, som mindre produksjon av signalsubstanser og neuropeptider, kan i tillegg medføre økt sårbarhet, men dette er ikke sikkert dokumentert. Depresjon forekommer hyppigere hos pasienter med Parkinsons sykdom, som kan tyde på at dopaminmangel også spiller en rolle. I tillegg finnes depresjon hyppigere hos pasienter med demens, hjerneslag, smerter og synstap (26, 29-31). Ved begynnende demens er det tapsopplevelser som står sentralt. Depresjon i denne fasen av demenssykdommen er fenotypisk lik depresjon uten demens. Siden språkfunksjonen reduseres gradvis i forløpet av demenssykdommen, vil depresjonsdiagnosen tilsvarende bli vanskeligere å stille (32). Symptomer som aggresjon og uro kan være tegn på en depresjon hos pasienter med moderat eller alvorlig demens. Generell funksjonssvikt i høy alder og somatiske sykdommer er selvstendige risikofaktorer for utvikling av depresjon (23, 25, 33-35). Ensomhet og mangel på sosial støtte er andre risikofaktorer (26, 36). Depresjon er påvist hos flere kvinner enn menn (23, 25, 29-31). Dette er imidlertid omdiskutert, da de diagnostiske kriteriene passer bedre for kvinner (37). Menn har oftere enn kvinner alkohol eller aggresjon som symptombilder, som kan kamuflere en depresjon. Depresjon er en lidelse med mange forskjellige uttrykk, med ulik sykdomsvarighet, høy komorbiditet og uten sikre årsaksforhold (28).

Mestring

Mestring er komplekse prosesser hvor personlighet, atferd og miljø innbyrdes påvirker hverandre. Det er flere mestringsbegrep som prøver å forklare mestring. I følge Folkman og Lazarus er mestringsstrategier handlingsmønstre mennesker foretar i alle situasjoner, også i krevende faser av livet for å takle indre og ytre krav i krevende situasjoner (38, 39). Det er fundamentalt for mennesket å kunne avveie og foreta valg, også under stress. Det er ikke et solitært fenomen, men omfatter komplekse og aktive prosesser i en person som er påvirkelig av de ytre sammenhenger personen lever i

(38). I følge kontrollteorien til Rotter er egne forventninger om hvem som er ansvarlig for resultatet av handlingen av betydning. Det foreligger en stor grad av ytre kontroll, hvis resultatene styres av andre, mens det er høy grad av indre kontroll hvis du selv gjennom egne handlinger kan påvirke resultatet (40). Pargament viser til en persons mestringsressurser, når han hevder at religiøs tro kan gi en dypere erfaring og fortolkning av eget liv (41). Ved positiv religiøs mestring har personen et trygt forhold til Gud, med en visshet om en dypere mening med livet. Ved negativ religiøs mestring derimot er forholdet til Gud endimensjonalt, med et pessimistisk syn på verden, hvor straff og synd er framtrepende elementer i troen (42). Positive religiøse mestringsmønstre er knyttet opp mot åndelig vekst og helsefremmende virkninger, mens negative religiøse mestringsmønstre er forbundet med høyere grad av emosjonelt stress, depresjon og lavere livskvalitet (41).

I følge Antonovsky er mestring en ressurs personen kan bruke i vanskelige eller krevende tider. Antonovsky introduserte begrepet *Sense of Coherence* (SOC) for å forklare mestringsressurser. Et menneske som opplever høy grad av sammenheng i sitt liv, vil når livet byr på utfordringer, likevel oppleve situasjonen som *forståelig*, hun eller han klarer å gjøre det *håndterbart* og opplever at livet gjennom utfordringen likevel er *meningsfylt* (43). Tilsvarende vil en person med liten grad av sammenheng takle utfordringer dårligere, fordi den forblir uforståelig og meningsløs og personen mangler kompetansen til å håndtere utfordringen. Antonovsky påstår at helse og sykdom ikke dikotome verdier, men en kontinuerlig variabel. I den ene enden blir det gradvis mer og mer uhelse, mens det i den motsatte enden gradvis går mot økende helse (43). Læren om den helsefremmende delen av aksene kalles *salutogenese*, mens den sykdomsfremmende delen kalles *patogenese*. Det alt vesentlige av forskning på helse og uhelse utføres på den patogene aksene. Antonovsky nevner spesielt allmennleger og leger som jobber med eldre i forordet til «Unraveling the mystery of health» (43). Han håper de vil oppleve budskapet i boka som et verdifullt redskap for å forstå og behandle pasientene.

Diagnostikk

Depresjon hos sykehjemspasienter medfører funksjonsnedsettelse, nedsatt livskvalitet og økt mortalitet (7, 44, 45). Det er viktig at pasienter med depresjon blir identifisert for at de skal kunne få adekvat behandling. Om lag 80 % av sykehjemspasienter i Norge har demens, og overlappingen mellom symptomene på demens og depresjon vanskeliggjør diagnostikken (7). Det finnes ingen biologisk markør som kan identifisere depresjon. Et klinisk intervju og komparentopplysninger er nødvendig for å stille depresjonsdiagnose. Grundig somatisk helseundersøkelse, inkludert laboratoriediagnostikk og legemiddelgjennomgang er påkrevet for å utelukke somatisk årsak til stemningsforstyrrelsen. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten anbefaler bruk av validerte diagnostiske verktøy i tillegg til klinisk intervju også hos pasienter i sykehjem (46).

I primærhelsetjenesten inklusive sykehjem vil legen ofte bruke ICPC-2. Dette er et enklere klassifikasjonssystem enn ICD-10. Først skårer legen for organsystem, deretter kan det velges mellom kontaktårsak, symptom, undersøkelse, tiltak eller diagnose.

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (47) er anbefalt for å kartlegge depresjon hos pasienter med og uten kognitiv svikt (48). Et nært familiemedlem eller primærpsykepleier skal fylle ut skalaen. CSDD er oversatt til norsk og validert til bruk i sykehjem (49). Symptomer blir skåret i fem hovedgrupper; stemningssymptomer, forstyrret atferd, kroppslig uttrykk, døgnvariasjoner og tankeforstyrrelser. Hvert av symptomene gir fra 0-2 poeng; 0: ikke til stede; 1: moderat eller periodevis til stede; 2: mye til stede. Vi definerte grenseverdi på 8; skår lik eller høyere indikerte depresjon. På samme måte definerte vi skår ≥ 12 som alvorlig depresjon (50).

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er godt kjent blant allmennleger som screeninginstrument for depresjon (51). Imidlertid er skalaen ment å vurdere alvorlighetsgraden av depresjon, *etter* at en depresjonsdiagnose er satt. Skalaen består av ni spørsmål som pasienten skal besvare. Det tiende punktet omhandler legens observasjon av pasientens stemningsleie. Skalaen er godt egnet til

eldre uten kognitiv svikt (52). Eldre har imidlertid lavere grenseverdi enn yngre. Verdier over 16 indikerer depresjon (52).

Geriatric Depression Scale (GDS) er et screeningverktøy for depresjon med 30 spørsmål som besvares med ja eller nei. Skår ≥ 11 indikerer depresjon. Pasienten kan fylle ut skjema selv, men det vanligste er at pasienten blir intervjuet. Skalaen er enkel og rask å gjennomføre. Den er egnet for eldre med kognitiv svikt, hvor MADRS er vanskelig å gjennomføre. Skalaen er valid og reliabel (53).

To spørsmål;» *Hvor ofte i løpet av den siste måneden har du følt deg trist og lei deg?»*. «*Hvor ofte i løpet av den siste måneden har du hatt mindre glede av vanlige aktiviteter?»*, er enkle å bruke og har høy grad av sensitivitet, hvis bekreftende svar på begge spørsmålene (54). Skalaer og enkle spørsmål kan være gode hjelpemidler, men kan aldri alene danne grunnlaget for en diagnose.

Klinisk demensvurdering (KDV) er et enkelt spørreskjema beregnet på pleiepersonalet for å vurdere grad av demens (55). Det er oversatt til norsk og validert for bruk i norske sykehjem (1). Grad 0 betyr normal funksjon. Grad 0,5 indikerer lett kognitiv svikt; grad 1 mild demens; grad 2 moderat demens; grad 3 alvorlig demens.

Aktiviteter i dagliglivet hos pasienten måles ved hjelp av flere skalaer (56). Primær aktiviteter i dagliglivet (pADL) vurderer hvordan den eldre klarer å ivareta aktiviteter som toalettbesøk, bading og å spise selv. Dette er aktiviteter som er nødvendig for å klare seg selv hjemme. Pasientens håndtering av komplekse gjøremål som for eksempel telefoni, økonomikontroll og medisinhåndtering kalles instrumentell ADL (iADL). Barthel ADL-indeks vurderer pADL i ti aktiviteter som er vesentlig for dagliglivets aktiviteter. Aktivitetene skåres fra 0 til 3 poeng, og høyere skår indikerer bedre funksjonsnivå (32, 57). Lawton and Brody ADL vurderingsskala består av to skjema, en for iADL og en for pADL (58). Høyere skår indikerer behov for ekstern hjelp til de oppgavene det skåres etter.

Behandling

I følge de Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten skal behandlingen av depresjon hos eldre som hos yngre være en kombinasjon av samtaler, miljøterapi og medikamenter (46). Ved alvorlig depresjon er ECT aktuell behandling.

På 1980 tallet dominerte bruk av antipsykotika i sykehjem og det ble gitt til 30 % av sykehjemspasienter for nevropsykiatriske symptomer (59). Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) som kom på 90- tallet, fikk raskt økende popularitet i sykehjem (59, 60). Antidepressiva er effektiv mot alvorlig depresjon, men dokumentasjonen er svak for lett og moderat depresjon, samt depresjon hos personer med demens (61-65). Nyere studier kan tyde på at bruk av antidepressiva hos sykehjemspasienter gir økt risiko for alvorlige bivirkninger og død (63, 64, 66). Men bildet er ikke enkelt. En annen studie har vist økte depressive symptomer hos pasienter med demens, etter seponering av antidepressiva seponert forskrevet for nevropsykiatriske symptomer (67). Alle pasienter som lider av alvorlig depresjon bør tilbys medikamentell behandling. Hos pasienter med mild til moderat depresjon må det vurderes i hvert enkelt tilfelle. Valg av preparat avhenger av pasientens symptomer og andre sykdommer.

De *trisykliske antidepressive* medikamenter bremser reopptaket av flere signalsubstanser og dermed øker nivået av serotonin og noradrenalin i synapsene (32). I tillegg påvirker de de histaminerge og kolinerge systemene. Dette gir effektiv behandling av depresjon, men dessverre også mange bivirkninger. Adrenerge bivirkninger inkluderer risiko for blodtrykksfall og rask puls. Dette er bivirkninger som kan resultere i fall og hjerterytmeforstyrrelse. Histamin gir døsighet som kan være ubehagelig. Antikolinerge bivirkninger er mest fryktet og svært uheldig hos den eldre pasienten. Risiko for urinretensjon, glaukom og redusert kognisjon er kjente bivirkninger av trisykliske antidepressive medisiner og har bidratt til at disse frarådes å bruke hos den eldre pasienten, med mindre det foreligger særskilt indikasjon og alternative behandlinger er utelukket.

Mianserin og *Bupropion* er antidepressiva som virker hemmende på reopptaket av dopamin. Det har god antidepressiv effekt og ingen alvorlige bivirkninger. Døsighet og vektøkning kan forekomme. Uttalt tretthet som de fleste pasienter opplever ved bruk av disse medisinene, kan utnyttes terapeutisk hos pasienter med søvnproblemer.

SSRI er nå anbefalt som førstevalg ved depresjon hos den eldre pasienten (46). Serotoninnivået øker i synapsen, mens de andre monoaminene påvirkes i mindre grad. Vanlige bivirkninger er kvalme ved oppstart av medisineren. Som for alle medisiner hos den eldre pasienten, bør oppstartsdose være lav og den videre opptrappingen skje forsiktig. Selv om SSRI har en mye mer gunstig bivirkningsprofil enn TCA, har det blitt publisert flere studier som viser alvorlige bivirkninger også ved dette preparatet (62, 63, 66).

Spesifikke psykoterapier har sannsynligvis like god effekt hos eldre, som hos yngre. Men tilbudet er ofte begrenset. Sykehjemspasienter er mindre mobile, og vil ikke klare å reise til en poliklinikk og terapeutene i poliklinikkene har mindre tradisjon for å reise ut til sykehjemmene. Dette vil ofte begrense mulighetene for å gjennomføre psykoterapi. Effekstudier på psykoterapi i sykehjem er begrenset (68). Kognitiv terapi er godt kjent blant allmennleger. Det er en enkel teknikk, som er godt egnet i sykehjem (69). Legen og pasienten identifiserer tankene som gir de negative følelsene, for deretter å finne alternative mestringsstrategier. Reminisens behandling er enkel og krever lite ressurser. Pasienten og pleieren snakker om gode hendelser fra pasientens liv, ofte konkretisert gjennom ulike gjenstander. Behandlingen kan gjennomføres i pasientens nærmiljø, og miljøpersonalet som pasienten kjenner, kan utføre dette (70). Musikkterapi i sykehjem er en annen lavkostnads intervensjon med positiv effekt på blant annet depresjon (71, 72). Forskjellige miljøterapeutiske intervensjoner, som for eksempel fysisk aktivitet og sansehage, bør være tilstede i alle sykehjemsavdelinger. Flere studier har vist at sosialt fellesskap øker samhørighet mellom pasienter og tilsvarende er det risiko for depresjonsutvikling ved manglende sosial støtte (23, 26).

Elektrostimulasjonsbehandling er godt egnet hos deprimerte eldre pasienter, hvor behandling ikke har hatt effekt, hvor farmakologisk behandling er kontraindisert eller hvis depresjonen er svært alvorlig. Behandlingen er effektiv og det er få kontraindikasjoner (73).

Min egen forforståelse

Thomas Kuhn postulerte at vitenskapen er påvirket av tilfeldigheter og samfunnsmessige faktorer. Den til enhver tid eksisterende vitenskap baserer seg på vedtatte sannheter- paradigmer.

«Normalvitenskapen leter ikke etter nye fakta og teorier, og i tider med fremgang finner den heller ingen. Likevel oppdages stadig nye og uventede fenomener, og radikalt nye teorier blir formulert.»(74)

Det nye fenomenet kaller han en anomali. Det passer ikke inn i det vedtatte paradigmet. Anomalien kan velte paradigmet og en krise oppstår, før et nytt paradigme tar over (74). Ian McWhinney anvender Thomas Kuhns vitenskapsteoretiske forståelse for å forklare hvordan endringer skjer innenfor medisinen (75). Et Paradigme kan hold stand i mange år uten at noen stiller spørsmål ved det. Antagelsen av at psykiatriske diagnosesystemer er eksisterende sannhet, som forklarer depresjonen eller lidelsens risikofaktorer, avgrensninger, behandling, forløp og prognose, er et paradigme. Alle forutsetter at paradigmet representerer en sannhet, selve *forutsetningene* for paradigmet blir aldri diskutert. Når depresjonsforekomsten øker uten noen god forklaring (18), eller sorg etableres som en medisinsk diagnose etter to ukers nedsatt stemningsleie (14, 76), blir selve *diagnosen* depresjon problematisk. Alternative forklaringer oppstår, ofte fra allmenntilleggsmedisinen, som har sirkulære snarere enn ensidig biomedisinske årsaksforklaringer (77).

Et epistemologisk vilkår for en medisinsk spesialitet, er en felles forståelse av de viktigste utfordringer legespesialisten står overfor og hvilken kunnskap legen må ha

for å løse disse utfordringene (77). I følge McWhinney er det noen spesifikke forskningsspørsmål som bare kan stilles av leger innenfor en spesialitet, fordi man kjenner konteksten og metodeutfordringer (77). *Allmennedisin* har flere kjennetegn som karakteriserer spesialiteten. To av disse er at allmennlegen har forpliktelser overfor *hele* mennesket, ikke bare enkelte organer, sykdomsgrupper eller medisinsk-teknologiske teknikker, dernest at en allmennlege forstår pasientens sykdom eller lidelse utfra en kontekst (77). Fastlegen har dette med seg i sitt daglige virke. I tillegg bruker hun allmennmedisinske arbeidsteknikker i sin fastlegepraksis og i annet legearbeid i primærhelsetjenesten (78). Allmennlegen har lite sofistikerte diagnostiske verktøy og bruker *tid* som et av de viktige diagnostiske hjelpemidler. Allmennlegen må være i stand til å vurdere hva som er godt nok både når det gjelder diagnostikk og behandling. Samtidig må hun ha en grunnleggende klinisk epidemiologisk tankegang for å vite hvor vanlig eller hvor sjeldent de forskjellige sykdommer forekommer i en fastlegepraksis eller blant pasientene på et sykehjem (78).

Jeg har jobbet mange år som allmennlege og sykehjemslege. Å være allmennmedisiner for en eldre populasjon i institusjon, har vært faglig tilfredsstillende og meningsfullt. Etter flere år i yrket har jeg imidlertid mer og mer undret meg over håndtering av psykiske lidelser og spesielt bruken av psykofarmaka i sykehjem. Polyfarmasi, bivirkninger og interaksjoner av medisiner ble diskutert på kurs og i tidsskrift og gradvis vokste det fram en skepsis i meg overfor medisinbruken i sykehjem. Ikke fordi medisiner er negativt i seg selv, men fordi jeg opplevde at det gis for lett og at bivirkningene knyttet til medisiner generelt og i denne pasientgruppen spesielt, ofte er underrapportert (79).

Norske allmennleger er stolte av faget sitt og de fleste opplever tilfredshet i yrket (80). Med min positive identitet som allmennlege og mine faglige idealer, var det derfor naturlig for meg å oppsøke allmennmedisinsk forskningsmiljø for veiledning. Felles forståelse mellom mine veiledere og meg på hva sykehjemsmedisin, primærhelsetjeneste og allmennmedisin er, både med begrensninger, utfordringer og

ikke minst styrker, er viktig for meg. Denne avhandlingen er gjennomført med et allmenmedisinsk blikk på legers, sykepleiers og pasienters tilknytning til tristhet og depresjon i sykehjem.

2. Målsetting og problemstillinger

Prosjektets overordnede målsetting er å få mer kunnskap om forekomst av depresjon i sykehjem, helsepersonellens håndtering av dette og sykehjemspasientens egen opplevelse av tristhet. Kunnskapen fra avhandlingen kan bidra til at denne pasientgruppen blir bedre ivaretatt.

De tre delstudiene (artikler I-III) har følgende delmål:

Artikkel I: Å undersøke forekomst av depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter med langtids plass og belyse sammenhenger mellom dokumentert depresjonsdiagnostikk og depresjonsbehandling.

Artikkel II: Å undersøke beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og avslutte depresjonsbehandling i sykehjem.

Artikkel III: Å belyse sykehjemspasientens egne tanker om tristhet.

3. Design, deltakere og metode

Vi utførte tre empiriske studier med forskjellig forskningsmetode for å belyse depresjon hos pasienter i sykehjem. Ved å bruke ulike forskningsmetoder kunne vi undersøke og beskrive fenomener fra ulike perspektiv (81, 82). I *studie I* var vi interessert i kliniske data hos sykehjemspasienter ved innleggelse i sykehjem, og gjennomførte en *klinisk studie*, for å undersøke forekomst av depresjon, diagnostikk og behandling. Beslutningsprosesser blant leger og sykepleiere rundt depresjonsbehandling i sykehjem, var vårt forskningsspørsmål i *studie II*. *Fokusgruppeintervju* som forskningsmetode, er særlig egnet der man ønsker å utforske erfaringer og prosesser i grupper hvor flere mennesker samarbeider (83). I *studie III* utforsket vi sykehjemspasientens egne tanker om tristhet. Vi valgte *semistrukturerte intervju* som forskningsmetode i denne studien (84).

I. Klinisk studie

Utvalg

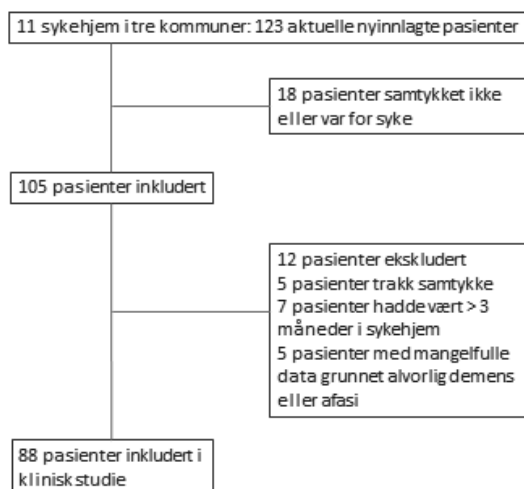
Jeg inviterte alle styrere og tilsynsleger fra 19 sykehjem i tre kommuner i Rogaland til informasjonsmøte om studien. Det kom representanter fra 11 sykehjem til møtet. Sykehjemmene varierte i størrelse og hadde fra 54 til 145 senger. Institusjonene hadde både deltids tilsynslege og fulltids ansatte sykehjemsleger. For at sykehjemmene ikke skulle «glemme» å gi beskjed om nye pasienter, sendte jeg regelmessig påminningsmail til avdelingssykepleiere under studieperioden. Av praktiske grunner foretok jeg trinnvis rekruttering av pasienter fra de ulike sykehjem. Det første sykehjemmet som ble med i studien, deltok ett helt år, mens sykehjemmet jeg rekrutterte sist, var med de to siste studiemånedene.

Sykehjemmene fikk skriftlig informasjon om studien (Vedlegg 1). Primærsykepleier spurte alle nyinnlagte langtidspasienter, og deres pårørende ved manglende samtykkekompetanse hos pasientene, om de ønsket å delta i studien.

Inklusjonskriterier for deltakelse var at pasienten eller pårørende hadde skriftlig samtykket til deltakelse. Pasientene skulle ikke ha forventet levetid under tre måneder.

Totalt ble 123 pasienter spurt av sykepleier om å delta i studien. Av disse takket 18 nei, eller var for syke til å delta i studien, og de resterende 105 pasienter ble inkludert. Fem pasienter trakk tilbake samtykke etter undersøkelsen var gjennomført. Syv pasienter hadde vært i sykehjem lengre enn tre måneder. Fem pasienter hadde alvorlig demens eller afasi og klinisk intervju var ikke gjennomførbart. Disse tolv ble derfor ekskludert. Studiepopulasjonen for analysene var da 88 pasienter (Figur 1).

Figur 1



Tabell 1. Pasient karakteristika i populasjon N=88 og N=12

	Studiepopulasjon, N=88	Pasient som ble ekskludert, N=12
Alder, gjennomsnitt (\pm SD)	86.4 \pm 7.4	84.3 \pm 7.5
Kvinne (%)	56 (58.9)	7 (58.3)
Sivilstatus		
Enke/ enkemann	58 (65.9)	2 (16.7)
Gift	21 (23.9)	8 (58.3)
Enslig	7 (7.9)	1 (8.3)
Skilt	2 (2.3)	1 (8.3)
IADL sum skår (min-maks)	27 (9-31)	28.1 (21-30)
KDV (%)		
Ingen demens (KDV=0)	10 (11.4)	1 (8.3)
MCI (KDV=0.5)	9 (10.2)	
Mild demens (KDV=1.0)	27 (30.7)	
Moderat demens (KDV=2.0)	32 (36.4)	7 (58.3)
Alvorlig demens (KDV=3.0)	10 (11.4)	4 (25.0)

Datainnsamling

Jeg gjorde alltid avtale på forhånd, slik at pasientens primærsykepleier var på vakt og pasienten eller pårørende forberedt. Jeg gjennomførte registreringene etter frokost, når pasientene var mest opplagt. Først leste jeg pasientens journal, hvor jeg hentet ut dokumentert depresjonsdiagnoser og depresjonsbehandling. Deretter intervjuet jeg pasienten, for å stille en klinisk diagnose. Oftest ble dette gjennomført på pasientens rom. Noen ganger var sykepleier med, andre ganger ønsket pårørende å være tilstede. Noen pasienter visste at jeg kom og forstod hva det handlet om. Hos 10 pasienter som

hadde KDV skår 3, brukte jeg i tillegg komparentopplysninger for å stille diagnosen. Etter undersøkelse og intervju, forlot jeg pasienten og intervjuet pasientens primærsykepleier om depresjon, demens og nevropsykiatriske symptomer (Vedlegg 1).

Depresjonsdiagnose

Vi valgte ICD-10 som gullstandard for depresjonsdiagnose, fordi diagnosealgoritmen finnes. Jeg brukte Major Depression Inventory (MDI) som kartleggingsverktøy for å gradere alvorligheten av depresjon (85). MDI er en kort og oversiktlig spørreskjema, som kan skåres etter ICD-10 algoritmen for depresjonssymptomer, eller som et selvstendig skåringsverktøy for å gradere alvorligheten av depresjon. Spørreskjema har god sensitivitet og spesifisitet (86) og er oversatt til norsk. Sum skår under 20 ble definert som normalt stemningsleie; 20-24: lett depresjon; 25-29: moderat depresjon; >29: alvorlig depresjon.

CSDD ble i tillegg brukt for å gradere alvorlighetsgraden av depresjon. Vi ønsket å bruke en skala som var valid og pålitelig til bruk både blant demente og ikke-demente pasienter i sykehjem (49), som var godt kjent blant sykehjemspersonalet (48) og som var validert til bruk i sykehjem (87). Skalaen baserer seg på intervju av sykepleier eller pårørende. Grenseverdi på CSDD er betinget i hvilket diagnosesystem man benytter (49). Fordi vi diagnostiserte depresjon med ICD-10 kriterier, satte vi grenseverdi på ≥ 8 for depresjon på CSDD skala (49).

Dokumentert diagnostikk

Sykehjemsavdelingene fikk tilsendt skjema for utfylling av demografiske data; alder, sivilstatus, hvor pasienten kom fra, dato for innleggelse og type avdeling. Jeg leste pasientens journal og registrerte alle notater som omhandlet depresjonsdiagnostikk, diagnosekode i ICD-10 (F41.2), diagnosekode i ICPC-2 (P03, P76), utførte skalaer (GDS, CSDD), vurderinger i legejournal og vurderinger i sykepleiejournal.

Dokumentert behandling

Jeg registrerte komplett medisinliste, inkludert døgndose. Ved bruk av antidepressiva registrerte jeg også oppstart av behandlingen, indikasjon for bruk og om pasienten hadde brukt medisinen før innleggelse i sykehjem. Jeg registrerte deretter notater fra

sykepleierjournal og legejournal om ikke-medikamentell behandling, som samtaler og miljøterapeutiske tiltak fra pasientens journal.

Andre variabler

Sykepleier skåret pasientens demens status ved å bruke KDV. Det er en enkel skala som kan benyttes til demensutredning blant sykehjemspasienter (1, 88). KDV baseres på god klinisk kjennskap til pasienten og den er velegnet til bruk for pasientens primærsykepleier. I tillegg er de fleste sykepleier fortrolig med denne skala gjennom demensutredningsdokument (48).

Funksjonsnivå blant informantene skåret vi ved å bruke Lawton and Brody skala (58). Den er todelt, hvor den ene aksene undersøker instrumentell funksjon i hverdagen, mens den andre undersøker personnære funksjoner hos informanten. Skalaen er godt kjent i sykehjem og sykepleiere er fortrolig med utfyllingen.

Til slutt hentet jeg ut alle diagnoser registrert i pasientens journal.

Dataanalyser

Dataene ble tilrettelagt for analyser av demografiske variabler, depresjonsforekomst, dokumentert diagnostikk og behandling. Sum skår på MDI <20 kodet jeg til *ikke depresjon*, skår > 20 kodet jeg til *depresjon*. Diagnose algoritme ble fulgt ved ICD-10, og med dikotome svarvariabler; *ikke depresjon* eller *depresjon*. CSDD og IADL ble registrert med total sumskår. Skår ≥ 8 på CSDD ble definert som depresjon. Sum skår $\leq 0,5$ på KDV ble kodet til *ikke demens*, mens sum skår ≥ 1 ble kodet til *demens*. Dokumentert diagnostikk ble ekstrahert fra journalen. Jeg definerte *utført diagnostikk* der hvor pasienten hadde fått dokumentert en depresjonsdiagnose i journalen, det var anvendt en skala for å måle depresjonssymptomer eller der det var notat i lege- eller sykepleiejournal. Jeg omkodet deretter til dikotom variabel; *utført diagnostikk*. På samme måte leste jeg journalen for å finne informasjon om depresjonsbehandling. Bruk av antidepressiv medikasjon, notat om miljøbehandling eller samtaleterapi ble omkodet til dikotom variabel; *behandling for depresjon*.

Jeg gjennomførte frekvensanalyser av demografiske variabler; alder, kjønn, sivilstatus. Forekomst av depresjon ble undersøkt gjennom frekvensanalyse av ICD-10 diagnose og CSDD (dikotomisert variabel). Frekvensanalyse av kognitiv funksjon ble utført ved KDV (dikotomisert variabel). For å undersøke sammenhengen mellom ulike kategoriske variabler, brukte vi Kji-kvadrat test for uavhengighet. Vi undersøkte sammenhenger mellom depresjon og dokumentert diagnostikk og behandling. Der antallet var under fem, brukte vi Fishers exact test. Ved kontinuerlige variabler, analyserte vi med korrelasjonsanalyse og regnet ut Pearson product moment korrelasjonskoeffisient. *P*-verdier $>0,05$ ble definert som statistisk signifikant.

Vi analyserte data ved hjelp av IBM SPSS Statistics 18 (PASW Statistics for Windows, SPSS INC., Chicago, Ill., USA)

Tabell 2. Variabler i klinisk studie

TEMA	VARIABEL	KODING
Depresjon	ICD-10	<ul style="list-style-type: none"> Ikke depresjon Depresjon (mild, moderat, alvorlig)
	MDI	<ul style="list-style-type: none"> < 20: Ikke depresjon ≥ 20: Depresjon
	CSDD	<ul style="list-style-type: none"> < 8: Ikke depresjon ≥ 8: Depresjon ≥ 12: Alvorlig depresjon
Kognitiv funksjon	KDV	<ul style="list-style-type: none"> 0 og 0,5: Normal kognisjon 1-3: Demens
Funksjoner	ADL	<ul style="list-style-type: none"> Poengskår
Demografiske data	Alder, kjønn, sivilstatus, oppholdstid i sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> Fra journal
Antidepressiva		<ul style="list-style-type: none"> Fra journal

II. Fokusgruppestudie

Utvalg

Tidlig høst 2009 informerte jeg om fokusgruppestudien på et kurs for allmennleger og sykehjemsleger i Rogaland. I etterkant av kurset sendte jeg mail eller ringte til kursdeltakerne. Jeg inkluderte informanter til fokusgruppeintervju i tre grupper. I den første fokusgruppen jobbet sykehjemslegene fulltid i sykehjem, i den andre gruppen jobbet alle i fastlegepraksis, og hadde deltidsansettelse i sykehjem. Den tredje gruppen bestod av sykepleiere som jobbet i sykehjem. Jeg antok at sykehjemsleger som var ansatt i full stilling, hadde mer tid til å følge opp pasientene. Min forforståelse var at denne kontinuiteten virket positivt inn på kvaliteten rundt beslutningsgrunnlaget for depresjonsbehandling av pasientene. På samme måte formodet jeg at fastleger som var ansatt i små bistillinger, ikke hadde samme mulighet til å besørge dette. Jeg gjorde et strategisk utvalg i begge gruppene med tanke på kjønn, etnisitet og erfaring. I legegruppene deltok åtte informanter i hver av gruppene. I begge legegruppene kjente legene hverandre, men ingen var nære venner eller jobbet i samme institusjon. I fokusgruppen med fulltids sykehjemsleger, hadde legene jobbet fra noen få måneder til over 20 år i sykehjem. Begge kjønn var representert, tre var ikke etnisk norske. Informantene i fokusgruppen med fastleger hadde vært leger fra to- til over 30 år. De hadde jobbet i sykehjem fra to- til 20 år. Tre av informantene hadde svært lang arbeidserfaring. Syv av informantene var kvinner, to av informantene var ikke etnisk norske.

Ingen av informantene i sykepleiergruppen jobbet i samme institusjon eller kjente hverandre fra før av. Det var sykehjemsbestyrere som rekrutterte sykepleiere til fokusgruppeintervju; av syv informanter, var seks kvinner. De hadde jobbet i sykehjem fra to til 30 år. Alle var etnisk norske.

Datainnsamling

Fokusgruppeintervju med fulltids sykehjemsleger ble holdt i september 2009, fokusgruppeintervju med sykepleiere gjennomførte vi i oktober 2009 og i januar 2010 fullførte vi fokusgruppeintervju med fastleger. I alle tre intervjuene var KRI var moderator og SH var sekretær. Intervjuene varte i 90 minutter og ble tatt opp på lydband. Jeg holdt først en innledning, deretter spurte jeg følgende spørsmål:

- Hvorfor behandler du med antidepressiva i sykehjem?
- Hvordan evaluerer du behandlingen?
- Hvorfor bestemmer du deg for å seponere?

Samtalen gikk lett i alle gruppene og alle informantene hadde mye å bidra med. I sykepleiergruppen snakket de av og til i munnen på hverandre og samtalen måtte styres slik at alle kom til orde. Enkelte ganger ønsket KRI eller SH presisering av informasjon og kom med oppklarende tilleggsspørsmål. Alle tre fokusgruppeintervjuene ble transkribert ordrett av KRI etter hvert intervju og alle informantene fikk fiktive navn.

III. Intervjustudie

Utvalg

Jeg hadde etablert et godt samarbeid med styrere, sykepleiere og tilsynsleger i sykehjem fra studie I og II. Jeg valgte derfor ut tre store sykehjem fra disse studiene for å inkludere informanter til *studie III*. For å trygge at informantene hadde evne og mulighet til å forstå konteksten og delta i et forskningsintervju, ønsket vi ikke å inkludere pasienter med moderat eller alvorlig demens. Vi ønsket at sykepleierne skulle rekruttere informanter de oppfattet som triste eller lei seg. Informantene kunne for eksempel ha et trist uttrykk, trist stemme, ta lett til tårene eller mangle evnen til å glede seg over hyggelige hendelser. Ingen helseinformasjon om pasientene, som medisinerbruk eller diagnoser, ble innhentet. Det var heller ikke av betydning hvor lenge

de hadde bodd i sykehjem (vedlegg 2). Aktuelle pasienter ble grundig informert om studien av sykepleiere. I tillegg fikk de et informasjonsskriv om studien (vedlegg 2). Pasienter måtte selv gi informert samtykke til å være med. Etter fem intervju gjennomførte KRI og veiledere en foreløpig analyse. Rekruttering av informanter fortsatte til vi hadde tolv informanter. Vi vurderte da at vi hadde tilstrekkelig materiale til å gjennomføre analyse. Alle informantene ble tildelt fiktive navn. Av de 12 informantene var åtte kvinner, alle var over 80 år og av norsk etnisitet.

Datainnsamling

Vi gjennomførte individuelle semistrukturerte intervju av 12 sykehjemspasienter. I følge Kvale innebærer et kvalitativt intervju at tema, design for intervjuet og selve intervjusituasjonen er grundig forberedt. Kvales prinsipper følges også i analysearbeidet etter transkribering, i verifikasjon og i rapportering (84). I det semistrukturerte intervjuet bruker man intervjuguide kun som en veileder i samtalen. Forskeren skal hele tiden være åpen for samtalen som utvikler seg underveis, konsentrert om få informantens beskrivelser av sin livsverden (84). Vi oppmuntret informanten til å dele historier med oss som kunne belyse tema (81, 84). Selve intervjuet startet alltid med det samme inngangsspørsmål:

- Hender det at du føler deg trist?

De fleste informantene hadde tanker om dette. Noen hadde tenkt en del på dette før jeg kom og fortalte at de ventet på meg. Et intervju spørsmål i et forskningsintervju kan vurderes både tematisk og dynamisk (84). Tema for intervjuet besvares med *hva* handler tristhet om sett ut ifra sykehjemspasientens livsverden. Dynamisk forståelse av intervjuet besvares med *hvordan*, hvor felles engasjement og dynamikk i samtalen er essensen. Vi valgte bevisst et spørsmål i starten av intervjuet som meislet inn tema, deretter kom de åpne spørsmålene.

- Kan du fortelle mer om hva som gjør deg trist?
- Hva tenker du om å være trist?

Vi avtalte møtetid ut ifra hva som passet best for informant og avdelingens rutiner. Bortsett fra ett intervju, gjennomførte vi alle intervjuene på formiddagen. Ved to intervjuer var veileder (SH) med som observatør. Vi holdt de fleste intervjuene på pasientens rom. Intervjuer og informant satt i stol overfor hverandre. I følge protokollen, skulle intervjuene vare fra 10-15 minutter. De fleste varte lengre enn 30 minutter. Så lenge informanten hadde noe å fortelle, ikke viste tegn til å bli sliten og selv ønsket å fortsette, holdt vi på til det var naturlig å avslutte.

Samtalene ble transkribert ordrett av KRI etter hvert intervju.

Analyse av fokusgruppestudien og intervjustudien

I kvalitative forskningsmetoder blir transskriptet fra samtaler eller observasjoner analysert av forskeren (81). Det finnes ulike metoder som beskriver innsamling, bearbeiding og analyse av teksten fra samtale eller observasjonen av de fenomen vi vil undersøke (89). Forståelsesrammen rundt kvalitativ forskning har en sosial konstruksjon (90). Med det forstås en kunnskapsutvikling hvor forskeren selv er aktiv deltaker i prosessen og hvor kun fragmenter av kunnskapen kan erkjennes og som igjen vil bli påvirket av forskerens perspektiv (81). Fenomenologiens opphavsmann Husserl hadde en grunntese om å bevege seg tilbake ”zu der Sache selbst” (91).

En fenomenologisk vitenskapelig ramme innebærer å unngå teoretisering i utgangspunktet, men å nærme seg erfaringen (eller fenomenet) som den er, for deretter å verbalisere dette (92). Malterud modifiserte Giorgis fenomenologiske analyse til analysemetoden *systematisk tekstkondensering* (90). Dette er en tverrgående analysemetode, velegnet til å undersøke og belyse tanker, ideer og beslutningsprosesser (81). Ved en langsgående analyse vil forskeren følge fenomenet hun vil utforske over en tid (81). Det empiriske materialet dekontekstualiseres og rekontekstualiseres gjennom analyseprosedyren. Kunnskap fra mange ulike enheter i materialet, settes sammen til en mer allmenngyldig erfaring eller viten (81). KRI, SH og SR utførte alle analysene i felleskap. Ved alle trinnene i analysene diskuterte vi analysen utførlig før vi gikk videre til neste trinn. Vi klargjorde forventninger vi hadde

om hva vi trodde vi ville finne. Denne forforståelsen vurderte vi opp mot forskningsspørsmålet, tema som dukket opp underveis i analysen og valg av utvalget.

Systematisk tekstkondensering har fire trinn. Jeg vil her gå gjennom de enkelte trinnene og vise eksempler fra *intervjustudien* (93).

1) Helhetsinntrykk

I denne fasen av analysen er det viktig at forskerne legger til side sin egen forforståelse. Likevel helt kan man ikke fortrenge sin egen forutinntatthet. Vi bærer med oss tidligere erfaringer, vi har et faglig ståsted og vi er preget av ulike teorier (81). Dette vil alltid påvirker hva vi *ser*.

Vi leste først teksten nøye for å danne oss et helhetsinntrykk. Deretter drøftet vi teksten og samlet oss om noen foreløpige tema som sa noe om problemstillingen eller spørsmålet vi ville utforske. Vi sorterte kategoriene ut ifra empirien i materialet, *editing analysis style* (94).

Følgende tema dannet utgangspunkt for videre analyse:

Tema	Stikkord
Defekter	Egen kropp, funksjonstap og sykdom. Tekniske hjelpemidler.
Ivaretagelse	Snakke med noen? Rutiner. Sykehjemsorganisering. Personalet. Andre pasienter. Sykehjemskultur. Utrygghet. Familie.
Selvopprettholdelse	Religion. Forsoning. Mestring.

2) Fra tema til koder

Vi leste igjen teksten nøye. Vi lette nå etter «mettede tekstbiter, såkalte *meningsbærende enheter*, som utdypet problemstillingen fra disse foreløpige temaene som vi ønsket å utforske (90). Disse enhetene samlet vi i egne grupper som vi kalte koder. Informasjon om naturlig kroppsfunksjoner, sykdom, mangler og død som vi kodet under *tap*. Hannes' beskrivelse av toalettbesøk og Astrids skildring av tannstatus ble samlet i denne kodegruppen:

”Ja, det er sånn at når eg ikkje får det til sånn; mange gonger så må eg på do eller noe sånt, og eg må vente... Og då bli eg trist. Og eg må på do for titt, då blir eg trist...Og eg kan ikkje hjelpa for at eg har den sjukdommen”

Videre beskriver Hanne hvordan det er å være avhengig av hjelp til toalettbesøk:

«Nei eg likar meg ikkje på sjukeheimen, men når eg ikkje kan klara meg sjølv, og når eg må...på do...når eg ikkje kan gå på do sjølv nå, det er det som er så ringt»

Og Astrid fortalte om dårlig tannstatus som årsak til tristhet:

«Nei, bli lei seg, ja når du plutselig får det slik at du siter der uten tennar., ..og alt det (mumler noe...))»

Under *ivaretagelse* merket vi oss følgende tekstenhet, fortalt av Martha:

«Eg er plagt med søvnen, det var eg heima og. Veldig plagt. Og natt til i går då sov eg ikkje. Og så er det forskjellige som kjem om nettene. Og dei er ikkje like greie alle, hu som var der i går, hu gav meg noko til å sova på, men det virka ikkje. Men eg likte henne ikkje, så eg torte ikkje ringa opp igjen. Eg torte rett og slett ikkje. Så den natta sov eg ikkje, Og det var natta til i går.»

3) Kondensering

I dette trinnet tok vi for oss de meningsbærende tekstenhetene under hver enkelt kode og kondenserte de til en ny enhet. Vi tilstrebet i størst mulig grad å bruke deltakernes egne ord i setningene. Hannes' beskrivelse av følelser knyttet til tap av blærekontroll ble kondensert til et kunstig sitat sammen med Astrids tristhet knyttet til tannstatus:

”Jeg blir ofte trist når jeg må bruke bleier og trenger hjelp på do. Men jeg liker jo ikke å gå med våte bleier og er helt avhengig av hjelp til stell. Derfor må jeg være her. Jeg likte heller ikke å miste tennene.”

Vi tar med oss sitat fra den opprinnelige teksten, som betegnes som *gullsitat*. I dette tilfellet valgte vi Astrids uttalelse:

”Då blei eg veldig lei meg, då eg fekk beskjed om at eg skulle ha bleier.”

4) Sammenfatning

I dette trinnet rekontekstualiseres materialet. Vi brukte kondensatene fra trinn tre og satte det inn i en sammenhengende analytisk tekst, hvor konteksten fra den opprinnelige råteksten er bevart. Vi endret subjektet i setningen fra første persons pronomen til tredje persons pronomen, slik at det blir helt tydelig at det er *vi* som gjenforteller historien. Historien er sammenhengende og hele tiden tro mot de opprinnelige utsagnene og konteksten elementene er hentet ut ifra. Analyseprosessen følger et lineært mønster. Men ved alle trinnene i analysen, gikk vi tilbake til råteksten og validerte våre funn opp mot denne. Slik blir den endelige sammenfatningen gradvis til. Fra *intervjustudien* laget vi følgende sammenfatning:

” Informantene fortalte at de ble triste da de måtte bruke bleier og trengte hjelp på do. Flere nevnte at det var fordi de trengte hjelp med toalettbesøk, bleieskift og pleie på sykehjemmet. En informant gav uttrykk for at hun ble veldig trist da hun mistet tennene.”

Sammenfatningen førte fram til beskrivelser og begreper. Vi oversatte teksten til engelsk i trinn to og tre. Vi laget overskrifter på de ulike kodegruppene, som best mulig sammenfatter funnene. Hannes bekymring og tristhet rundt manglende blærekontroll har vært gjennom samme dekontekstualisert og rekontekstualisert analyseprosess og passer under overskriften *Decay and loss of agency*:

The informants expressed that sadness was caused by losses, such as declining health and functional ability, reliance on long-term care and dysfunctional technical devices and aids. Among other diseases and functional impairments, they most frequently and empathetically stated urinary incontinence, loss of teeth and lack of mobility as being causes of sadness.

“I am often sad because I have to wear diapers and need help to use the bathroom. But I don’t like it when my diapers are wet and I’m completely dependent on the care.” (Woman)

I *fokusgruppstudien* førte analysen av de tre fokusgruppeintervju fram til tre resultat kategorier:

Depressed or just tired of life?

To treat or not to treat with antidepressants?

Who determines the treatment?

I *intervjustudien* kom vi fram til følgende resultat kategorier:

Decay and loss of agency

Loneliness in the middle of the crowd

Relating and identity

4. Resultatsammendrag

Artikkel I

Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: Associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014; 37: 154-162.

Målsetting: Å undersøke forekomst av klinisk depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter med langtids plass. Å analysere sammenheng mellom dokumentert diagnostikk og behandling for depresjon.

Deltakere og metode: Studiepopulasjonen var 88 sykehjemspasienter med gjennomsnittsalder 86,4 år, hvorav 59 % var kvinner. Vi stilte klinisk depresjonsdiagnose basert på ICD-10 kriteriene, og brukte enkle skalaer på depresjon (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD) og demens (Klinisk demens vurdering, KDV). Informasjon om diagnostikk og behandling ble ekstrahert fra pasientjournal.

Resultater: Av 88 pasienter hadde 25 pasienter depresjon i følge ICD-10 og 27 pasienter hadde depresjon i følge CSDD, 69 pasienter hadde demens. Det var ingen signifikant forskjell i depresjonsforekomsten mellom pasienter med demens (23 av 69) og uten demens (2 av 19), $p=0.08$. Depresjonsdiagnostikk var dokumentert i pasientjournalene for 14 av 25 pasienter med depresjon, mot 19 av 63 av de pasienter uten depresjon ($p=0.024$). Av 88 pasienter fikk 43 depresjonsbehandling; 39 fikk antidepressiva: 20 for indikasjonen depresjon, 13 for nevropsykiatriske symptomer.

Konklusjon: Depresjon er utbredt hos langtids pasienter i sykehjem, mens systematisk diagnostikk utføres sjeldent. Nesten halvparten av pasientene får antidepressiva.

Artikkel II

Iden KR, Hjørleifsson S, Ruths S. Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 252-256.

Målsetting: Å utforske beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og avslutte depresjonsbehandling i sykehjem.

Deltakere og metode: Vi gjennomførte 3 fokusgruppeintervju med 8 fulltidsansatte sykehjemsleger, 7 sykepleiere og 8 fastleger med deltidsstilling i sykehjem. Intervju ble tatt opp på bånd og transkribert. Vi har brukt systematisk tekstkondensering i analysen.

Resultater: Første hovedfunn handlet om diagnostikk. Leger og sykepleiere fortalte at det var vanskelig å skille mellom sorg og depresjon, likevel utførte informantene sjelden systematisk depresjonsdiagnostikk. Mer tid til refleksjoner rundt pasienter på previsitten, var et ønske fra noen sykepleiere. Andre hovedfunn omhandlet behandling. Medikamentell behandling var vanligst. Informantene syntes denne behandlingen hadde lite effekt, men ønsket likevel ikke å seponere medisinene. Pasientenes skrøpeligheit gjorde at de var usikre på hva en seponering ville innebære. Miljøterapi eller samtaleterapi ble sjeldent brukt. Det tredje hovedfunnet handlet om ansvarsforholdene rundt behandlingen. Noen sykepleiere fortalte at det var hjelpepleiere som presset de til å ta opp med legen at pasienten trengte medisin. Flere leger fortalte imidlertid at de periodevis følte seg presset av sykepleiere til å starte med medisiner. De måtte stole på vurderingene sykepleiere hadde gjort.

Konklusjon: Depresjonsdiagnostikk i sykehjem er tilfeldig. Behandlingsinitiativet kan komme fra ufaglærte. Oftest tilbys pasienten medisiner for depresjon, selv om effekten er usikker.

Artikkel III

Iden KR, Ruths S, Hjørleifsson S. Residents' perception of their own sadness- a qualitative study in nursing homes in Norway. Resubmitted.

Målsetting: Å utforske pasientenes egne tanker om tristhet

Deltakere og metode: Vi gjennomførte semistrukturerte individuelle intervju av 12 kognitivt friske langtidspasienter i sykehjem. Intervjuene ble transkribert og vi analyserte ved å bruke systematisk tekstkondensering.

Resultater: Første hovedfunn handlet om tap og avhengighet. Informantene fortalte at tristhet var knyttet til tap av helse og funksjon, som medførte at de var avhengig av hjelp fra andre. Informantene fortalte om flere funksjonsnedsettelse, men urinlekkasje, bruk av bleier, dårlig tannstatus og nedsatt bevegelighet ble spesielt nevnt. Mangler ved teknisk utstyr, knyttet til bevegelse eller toalettbesøk, var en annen årsak til tristhet i følge flere informanter. Andre hovedfunn omhandlet ensomhet. Informantene følte seg ensomme og ønsket å samtale mer. Det var få de kunne snakke med, da de fleste medpasientene var demente. Flere informanter nevnte at de ønsket å snakke med sykepleiere, men de hadde ikke tid fordi de var travelt opptatt med pleie. Noen informanter fortalte at de ble triste hvis sykepleierne var strenge og lite ivaretakende. Tredje hovedfunn i studien var om mestringsstrategier. Informantene fortalte om strategier for å motvirke tristhet. Noen fortalte at de så seg selv i en meningsfull, større sammenheng; generasjoner kommer og går. Andre meddelte at de heller fokuserte på det som fungerte på tross av høy alder. Flere fortalte at religiøs tro og praksis var viktig del av livet og holdt tristheten unna.

Konklusjon: Ulike tap, sviktende helse og dårlig pleie var de vanligste årsakene til tristhet hos sykehjemspasientene. Mestringsstrategier, som å akseptere funksjonstap og religiøs praksis, virket beskyttende mot tristhet.

5. Diskusjon

Refleksivitet

Hvem forskeren er, hvilket faglig ståsted og bakgrunn hun har, konteksten rundt forskningstema og metodevalg, påvirker forskningen og forskningsresultatet (95). Vi kan aldri være tilskuere til vårt eget arbeid, men er aktive deltakere. Avveielser og refleksjoner må følge hele forskningsprosessen og gjøres synlig på en systematisk måte i alle ledd av forskningen (89). Jeg vil her utdype hvordan min rolle, posisjon og teoretiske perspektiver kan ha påvirket forskningsprosessen og resultatene.

Rolle overfor deltakerne

Forskeren har en rolle og en posisjon overfor informantene og deltakeren i ethvert forskningsprosjekt (96). Kunnskaper om forskningsfeltet er nødvendig for å forstå datamaterialet som skal utforskes. Men man kan også komme for «nært» sitt felt, og ikke se fenomen, faktorer eller mangler andre faggrupper ville sett. En antropolog eller sosiolog vil innta en annen holdning og blick til feltet enn det en allmennlege vil gjøre. Etter mange år som allmennpraktiserende lege og sykehjemslege, har jeg inngående fagkunnskaper om sykehjem og sykehjemspopulasjonen. Men fordi jeg har jobbet så lenge i sykehjem, kan jeg ha blinde flekker for tradisjoner rundt behandlingsvalg og prioriteringer.

Fire av fem deltakere i den *kliniske studien* hadde kognitiv svikt, og deltakerne forstod derfor i ulik grad hvem jeg var. Jeg sørget for at en sykepleier fulgte meg inn til pasienten og introduserte meg som lege og forsker. I noen tilfeller var det naturlig at sykepleier var med under hele intervjuet, andre ganger var et familiemedlem med. Noen ganger måtte jeg overfor familiemedlemmer presisere min *rolle* som forsker, men sørget for å viderefordre når det dukket opp opplysninger eller ønsker fra familien, som sykehjemslegen burde vite om.

Informantene i *fokusgruppestudien* var sykehjemsleger, fastleger og sykepleiere. Legene møtte meg i rolleforståelse som moderator, lege og forsker. I begge gruppene med leger var det forståelse for hva forskning innebærer og premissene rundt forskningsintervju. Likevel vil det være en asymmetri, fordi jeg vet mer om tema gruppen skal snakke om. Moderator skal være klar over at legebakgrunnen kan påvirke både samtalen i gruppen og hvilken posisjon hun får eller selv aktivt inntar (96). Både legene og sykepleierne kan ha hatt oppfattelse av hvilket svar jeg ønsket, og bare tatt opp de riktige valgene og gode evalueringene de hadde gjort. På samme måte er det mulig at de har utelatt mangler og feil. Rollehierarkiet i sykehjem har tradisjonelt plassert legen øverst, sykepleier i midten og hjelpepleier og ufaglærte nederst. Sykepleiergruppen kan i møte med legen som moderator ha rollehierarkiet som bakteppe, og unngått tema som går på rollefordeling. I alle tre fokusgruppene, var imidlertid samtalen fri og gikk av seg selv. Som moderator var min rolle å sørge for at informantene holdt seg innenfor prosjektets tema og at vi holdt oppsatt tidsskjema (83). Sykepleierne snakket fritt om når de behandling med antidepressiva, selv om de ikke skal initiere medikamentell behandling selv. Og i legegruppen var de fleste informantene oppriktige på egne arbeidsvaner. Som da en svært erfaren sykehjemslege fortalte at hun ble kalt inn på teppet av sykepleier, hvis hun seponerte medisiner. Jeg tror således min påvirkning i alle gruppene var minimal.

I *intervjustudien* var min rolle som forsker mer utfordrende. Jeg presenterte meg som lege og forsker. Informantene hadde trolig en mer bestemt rolleforståelse av meg som *lege*, men var mindre fortrolig med *forskerrollen*. Noen av informantene grep legedelen, og stilte helsemessige spørsmål til meg (97). Jeg henviste da til tilsynslegen og presiserte at det var som *forsker* jeg snakket med dem. Informantens antakelse om hva jeg ønsket av svar som lege, kan ha påvirket prosessen. Eldre mennesker tilhører en generasjon som har hatt mer respekt overfor fordums autoritative yrkesgrupper, som legen tilhører. En slik innstilling kan ha bidratt til at klager eller misnøye ble utelatt. På den andre siden kom det fram helt åpenbare klager på pleiepersonellet om uheldige hendelser, som viser at informantene var oppriktige overfor meg i sine beskrivelser.

Teoretiske perspektiver

Vår forforståelse er med på å forme forskningsspørsmålene vi framsetter. Den teoretiske referanserammen er med fra starten av arbeidet og bearbeides underveis i forskningsarbeidet. Innsamling av data og analysearbeidet kan bli påvirket av endret teoriforståelse å påvirke forskningsresultatet (81, 98).

Norsk allmenntidnings opprinnelige ideologiske mantra «KOPF» (*kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*) inspirerte meg mye i mine tidlige år som allmenntidning (99). Da jeg videreutdannet meg til spesialist i allmenntidning, reflekterte vi over dette i vår veiledningsgruppe. Siden har jeg, som så mange andre allmenntidninger, nyansert og tilpasset dette til egen fastlegepraksis og i arbeidet som sykehjemstidning. *Kontinuitet* i lege-pasientrelasjonen er viktig for å forstå pasientens lidelse, men også for å forstå mennesket bak lidelsen (77, 100). Det å være til stede over tid, lytte med en tilstedeværende holdning, avvente og støtte opp under pasientens egne mestringstrategier, har jeg brukt aktivt overfor mine pasienter. Iona Heath beskriver dette i *The art of doing nothing*:

“My conclusion is that, perhaps counter intuitively, in medicine, the art of doing nothing is active, considered, and deliberate.” (101)

Min erfaring med tidspress, forventninger fra pasienters familie og sykepleiere om å finne «årsak» og gi behandling, gjør at jeg kan vurdere arbeidet sykehjemstidningene i studien utførte mer realistisk enn alderspsykiatriske forskere med bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. Rutinemessig bruk av ICD-10 algoritme i depresjonsdiagnostikk kan ikke forventes og skal heller ikke forventes av sykehjemstidningene. Det skal brukes i forskningssammenheng eller i diagnostisering av pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten. God allmenntidningssk klinisk vurdering og CSDD skåring av pasienten er god praksis ved vurdering av pasienter i sykehjem.

Gjennom årene har jeg møtt mange pasienter, som på tross av livets uforutsigbare skjebne, har mestret ulike utfordringene og kommet seg videre i livet. Mestring kan

defineres som ”*opplevelsen av å ha kontroll over eget liv - og krefter til å møte utfordringen*” (102). Sykehjemspasienten har funksjonssvikt og *kan* ha opplevelsen av å miste kontroll. I tillegg skorter det på krefter når man eldes. Sammenheng mellom mestring og helse har fått økt oppmerksomhet blant gerontologer de siste årene (103). Antonovskys salutogene perspektiv forklarer hvorfor noen mestrer sykdom eller funksjonstap. Det er hvordan pasientene forholder seg til endringer i sin tilværelse, som er av betydning. En person med stor grad av koherens, eller med Antonovskys betegnelse *Sense of Coherence*, vil vurdere sin livssituasjon som forståelig, meningsfull og håndterbar. Denne grunnholdningen gir bedre mestring og dette er igjen assosiert med positiv opplevelse av helse og livskvalitet (104). Med et salutogent perspektiv kan jeg bidra til at pasienten opprettholder helse gjennom styrking av sine egne mestringsstrategier (43). Imidlertid kan dette blikket på det empiriske materialet, ha bidratt til at mestringsperspektivet har blitt vektlagt for stor betydning i analysen og resultatet. En sentral del av den allmennt medisinske hverdag og i felles forståelse av faget, er en balansen mellom oppmuntring av egen mestring og anerkjennelse av lidelse (77).

Metodologiske vurderinger

Jeg vil her drøfte om forskningsmetodene vi valgte var formålstjenlige sett opp mot våre forskningsspørsmål om depresjon og tristhet hos sykehjemspasienter.

I filosofien er det tre kriterier for sannhet. Korrespondansekravet som omhandler samsvar mellom utsagn og objektiv virkelighet, er relevant for den kliniske studien. Det pragmatiske kriteriet handler om relasjonen mellom utsagnets sannhet og konsekvenser. Har kunnskapen en brukbarhet utover selve studien slik at det får en praktisk konsekvens? Koherenskrateriet handler om konsistens og logikk innad i utsagnet (84, 95, 105).

Design

Vi brukte *en klinisk tilnærming* for å stille diagnosen depresjon. Vi ønsket å beskrive fenomen og sammenhenger mellom fenomen i en gitt fase. Vi valgte derfor et design

som kunne tilpasses dette. Vi definerte en kohort og hadde en prospektiv oppfølging. Fordi vi ønsket å vite prevalensen av en sykdom innenfor en gitt tidsperiode, analyserte vi det som en tverrsnitt studie. Fordelen med denne type design, er at vi kan undersøke flere variabler. Vi kan imidlertid ikke beregne risiko for sykdom. Vi valgte *fokusgrupper* og *individuelle intervju* for å utforske beslutningsgrunnlag, holdninger, tanker og følelser. Metodetriangulering øker muligheten for å beskrive og måle fenomenene vi ville studere og sammen med observatørtiangulering styrker dette forskningsprosjektet (81, 82). Dialogisk validering forstås her som bilateral forståelse av meningsinnhold (81). Med reliabilitet forstås at våre resultater er konsistente og troverdige (81, 84).

Intern validitet

Klinisk studie

Tiden etter innkomst i sykehjem er en sårbar overgangsperiode. Selv om flytting til sykehjem innebærer trygghet, medfører dette også tilpasning til ny omgivelser, rutiner og miljø. Innleggelse i langtids plass gir også økt risiko for depresjon (106, 107). Men hvor lenge er pasienten *nyinnlagt*? Det er selvsagt individuelle forskjeller på hvordan pasienten mestrer omstillingen. Brooke delte tilpasning ved innflytting i sykehjem inn i fire faser (108). De første seks til åtte uker kalte hun disorganisasjon, deretter kom reorganiseringsfasen i andre til tredje måneden, hvoretter en fase med nye forbindelser etableres rundt tredje måned etter innleggelse. Denne kalte hun relasjonsbyggingsfasen. Til slutt kom stabiliseringsfasen som varte fra tre til seks måneder etter innleggelsen (108). Innleggelsesvarigheten varierte betydelig mellom våre informanter på undersøkelsestidspunktet, men alle ble undersøkt i ulike tilpasningsfaser de første tre månedene, før de kom i stabiliseringsfasen. Denne avgrensningen på tid gjør at vi har fanget opp en nyinnlagt populasjon med tilpasningsreaksjoner.

ICD-10 algoritmen forutsetter er grundig og omfattende klinisk undersøkelse av pasienten. Det var *en* legeforsker som gjennomførte alle intervjuene, og

depresjonsdiagnose ble stillet etter meget grundig og omfattende legearbeid. Alle intervjuene ble gjennomført på samme måte uten systematiske forskjeller. Dette styrker reliabiliteten og validiteten i prosjektet. MDI kan brukes alene for å måle alvorlighetsgraden av depresjon eller den kan skåres etter ICD-10 algoritmen for depresjon (86). MDI har god sensitivitet og spesifisitet og er enkel å bruke.

En svakhet ved bruk av ICD-10 er at det forutsetter kommunikativ evne hos informanten. Hos fem pasienter som hadde alvorlig demens eller afasi, var ikke ICD-10 diagnostisering gjennomførbart. Dette innebærer risiko for skjevhet i studiepopulasjonen, hvor pasienter med alvorlig demens ikke ble inkludert. Vi kunne intervjuet en nær slektning eller primærsykepleier, for algoritmisk skåring av ICD-10 diagnose. Imidlertid var det kun 5 pasienter vi ikke hadde fullstendig dataregistreringer for.

Det var *en* person som intervjuet pasientens primærsykepleier, ved å bruke flere relevante, validerte skalaer (1, 47, 49, 55). Intervjuene ble gjennomført på samme måte hver gang uten systematiske forskjeller. Dette bidrar til at våre empiriske data er valide og reliable.

CSDD har vist seg nyttig til bruk av personalet for å identifisere deprimerede sykehjemspasienter (49). Hos ikke demente pasienter kunne andre skalaer vært brukt, for eksempel Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) (52) eller Geriatric Depression Scale (GDS) (53). Imidlertid kunne jeg ikke brukt MADRS eller GDS på alle pasientene og jeg valgte derfor å bruke *en* skala, som var egnet for de med og uten kognitiv svikt. Jeg intervjuet alltid pasientens primærsykepleier, som hadde best kjennskap til pasienten i sykehjemmet. Intervju foretatt tidlig etter innleggelse, innebar at sykepleier kjente pasienten dårligere enn der hvor pasienten hadde vært i institusjon i snart tre måneder. Det er mulig at svarene hadde endret seg noe, om jeg hadde spurt sykepleier litt senere i pasientens opphold. For å sikre meg at primærsykepleier hadde god nok kunnskap om pasienten til å bli intervjuet, forsikret jeg meg om dette før hvert intervju.

Sykepleiere fører fortløpende notater i egen sykepleiejournal hvor symptomer og funksjon beskrives. I vårt materiale var det færre registreringer om depressive symptomer i legejournalene enn i sykepleiejournalene. Sykepleierne registrerte også lengre og mer utfyllende notater. Notatene omhandlet funksjonsvurdering og symptombeskrivelse. I legejournalene var vurderinger av funksjon, symptom og behandling sjeldent (109, 110). Oftest var det bare et par ord, og det var vanskelig å tolke ut ifra notatene om symptomene ble ansett som alvorlige, og behandlingen skulle evalueres, eller om annen type behandling var vurdert. Innimellom fant jeg gode notater med vurderinger og beskrivelser. Imidlertid var dette unntaket, og de fleste journalnotat hadde lav reliabilitet. Samsvar mellom dokumentert evaluering i legejournal og *hva* som faktisk er gjort er ukjent. Mye av evalueringene foregår muntlig i visitten, hvor informasjon blir drøftet, men ikke dokumentert i journal. Vi kan si noe om hva som er *dokumentert* av depresjonsdiagnostikk og depresjonsbehandling, men vi kan ikke si noe om hva som faktisk er *utført*. Det kan dermed tenkes at vi har underestimert diagnostikk. Notater i journaler føres på mange ulike måter. Det er forskjeller innad i de ulike profesjonsgruppene og det er forskjeller mellom profesjonene i dokumentasjonstradisjon. Det finnes ikke noen standardisert mal for dokumentasjon. Dette ville sikret at adekvat dokumentasjon ble ført, og selve journalene kunne blitt et bedre arbeidsredskap. I tillegg vil det vært enklere dersom pasienten flytter til annen institusjon eller det kommer nye ansatte som skal lese journalene. Dessuten ville dette bidratt til at forskere kan bruke journalnotat som et valid og reliabelt instrument i forskning. Medisinlistene derimot har god kvalitet. Medisindelen i sykehjemmenes journal er oversiktlig, hvor dosering, tidspunkt, endring og eventuelt seponering er tydelig fremstilt. Det er god tradisjon for at alle medisiner føres i en medisinliste. Siden vi har komplette medisinlister fra alle pasientene i vår populasjon, er disse data av høy validitet.

Journalført indikasjon for depresjonsbehandling ble registrert. Selv om det står anført i medisinlisten at pasienten har fått en ny medisin hvor styrke og doseringsanvisning alltid er dokumentert, manglet nesten halvparten av pasientene indikasjonen for

antidepressiva. Ikke-farmakologisk behandling fant jeg som dokumenterte notater i journalene. På samme måte som med dokumentert diagnostikk, har disse variablene generelt lav reliabilitet.

Et nasjonalt sykehjemsregister hvor noen sentrale variabler, som diagnoser, medisinliste og enkle tester er inkludert, ville gjort denne studien mye enklere. Imidlertid finnes det ikke i Norge. I tillegg til å undersøke nyinnlagte sykehjemspasienter for relevante variabler, kunne man sammenliknet dette med pasienter som hadde vært innlagt i lang tid. Forskere kunne følge medisinforordning over tid og diagnosebruk i sykehjem. Slik kunne et register bidratt til kvalitetsheving for sykehjemspopulasjonen.

Fokusgruppestudien

For å oppnå homogenitet i gruppene, valgte jeg å holde fastleger i en gruppe, fulltids sykehjemsleger i en annen og sykepleiere i en tredje gruppe (83, 94). Dette bidro til gode og varierte diskusjoner. Vi finner dette igjen i transskriptet der sykepleierne snakker *om* legene, mens legene i de to gruppene snakket *om sykepleierne*. Legene snakket om sykepleiere som bestemte for mye, at de var mest opptatt av renhold og tradisjon. Sykepleierne savnet at legene var mer til stede i sykehjemmene og at de faktisk kom med motspørsmål når sykepleiere fortalte at en pasient var deprimert. Mitt inntrykk var at informantene var åpne og fortalte om gode og mindre gode interaksjoner mellom yrkesprofesjonene. Hvis vi hadde blandet profesjonene innad i fokusgruppene, kunne vi mistet denne type informasjon. Men gruppene hadde også variasjon innad. Dette oppnådde jeg ved å ha en god balanse i gruppene på kjønn, alder og jobberfaring. Ulik jobberfaring og alder kan belyse tema fra forskjellige vinkler. En med lang arbeidserfaring fra sykehjem, kan komme med utsagn som gir assosiasjoner til de som har jobbet kortere tid i sykehjem. I de strategiske utvalgene var det skjevhet på kjønn i sykepleiergruppen og i fastlegegruppen; kun en mann ble rekruttert i hver av disse gruppene. Kjønn er mindre betydningsfullt relatert til forskningsspørsmålet i fokusgruppestudien.

En viktig del av prosedyren rundt strategisk utvalg, er å være åpen for å bygge ut det strategiske utvalget, når datainnsamlingen gir ny kunnskap (81, 82). En svakhet ved *fokusgruppstudien* er at vi ikke etablerte en fjerde fokusgruppe med hjelpepleiere og ufaglærte. Et av funnene i sykepleiergruppa, var hjelpepleieres og de ufaglærtes behandlingsiver. Jeg hadde ikke ved prosjektstart forutsatt at den yrkesgruppen skulle være en viktig part i beslutningsgrunnlaget for behandlingen. Imidlertid kan ikke fokusgrupper ha ambisjoner om å avdekke alt, men de kan frembringe nye spørsmål, som senere kan eksplorerer i nye studier (84)

Vi fant ingen forskjell mellom de to legegruppene i diagnostikk eller evaluering av behandling. Det var overraskende for meg, da jeg på forhånd hadde trodd det skulle være en forskjell hvor sykehjemslegene hadde mer kvalitet i diagnostikk og behandling enn travle fastleger som er innom sykehjemmet noen timer i uka.

Hvor reliabelt er resultatene? Helt i starten av intervjuene gikk praten litt sent og informantene lette etter hva de skulle si. Men ganske snart kom informantene med historier og i alle gruppene snakket informantene ivrig og hadde mye relevant å bidra med. Praten gikk livlig og at de tilkjennegav åpent feil og mangler ved egen praksis i tillegg til gleder og gode grep. Det er både fordeler og ulemper med å intervju kolleger og man skal være klar over dette. Men informantenes ærlighet overfor egne mangler viser at min profesjon ikke hindret kommunikasjonen (111).

Vi gjennomførte foreløpige analyser av transskriptet mellom hvert av intervjuene og som følge av det ble intervjuguiden nyansert og tilpasset de ulike gruppene. Fleksibilitet og refleksivitet underveis i forskningsprosessen anbefales i kvalitativ forskningsmetode (81)

Jeg var moderator i alle tre fokusgrupper, med biveileder (SH) som sekretær. I sykepleiergruppen snakket deltakerne tidvis i munnen på hverandre og en lett styrende moderator måtte av og til gripe inn. Da jeg transkriberte i etterkant, så jeg at der jeg eller sekretær kom med spørsmål, stoppet samtalen noe opp og informantene lette etter

svar, før de kom i gang igjen. Det er alltid en balansegang mellom å la informantene snakke og det å bryte inn for å komme med tilleggsspørsmål, og som nybegynner kan dette være vanskelig (83, 94). Imidlertid var sekretær erfaren med fokusgruppeintervjuing og han hjalp til der det var nødvendig.

Intervjustudien

I gerontologien (læren om aldring) er studiene dominert av kvantitativ design, med de fordeler og begrensinger dette har. Ved kvalitativ metode kan kunnskap blant annet innhentes med utgangspunkt i den gamles perspektiv og kontekst rundt fenomen som er spesifikke for aldringen (82). Kvalitativ forskningsintervju er en godt egnet forskningsmetode for å utforske sensitive tema knyttet opp mot egne erfaringer hos en sårbar gruppe. I følge Kvale skal vi i det kvalitative forskningsintervjuet legge til rette slik at informanten kan fortelle historier som er relatert til tema vi vil utforske (84). De som deltok hadde på forhånd lest mitt informasjonsskriv. Alle informantene satt og ventet på meg og de fleste av informantene hadde mye de ønsket å snakke om. Måten de møtte meg på, kan tyde på at tema var relevant. Likevel erkjente jeg underveis at jeg burde tilrettelagt for flere samtaler med informanten. For noen informanter gikk første del av samtalen med på å bli kjent og etablere fortrolighet. Hvis jeg hadde intervjuet informanten ved å besøke de flere ganger, kan det være at informanten ville følt seg enda mer fri og fortalt mer. En informant ringte meg også en tid etter intervjuet, og ville at jeg skulle komme tilbake for han hadde mer han ønsket å bidra med.

I prosjektplanleggingen jobbet vi med å operasjonalisere fenomenet tristhet. Skillet mellom tristhet som et av kjernesymptomene ved medisinsk definert depresjon og tristhet som en normal menneskelig erfaring, er utfordrende. Det kontekstuelle rundt tristhet er viktig. Sorg, ensomhet eller tapsreaksjoner kan belyse fenomenet. Informasjon om pasientens diagnose eller medisiner derimot, ville bidra til å forstyrre vår oppmerksomhet rundt tristhet. Det kontekstuelle rundt en diagnose kan lett påvirke legens forståelse av pasienten og påvirke hvilke spørsmål vi stiller og hvilke spor vi forfølger (112). Derfor ønsket vi ikke å ha bakgrunnsinformasjon om pasienten. Vi ønsket at informanten selv i intervjuet skulle formidle og utdype fenomenet.

Sykepleiere i sykehjem vurderer daglig pasientene. De skulle rekruttere pasienter som de opplevde var triste, for at jeg kunne intervju pasienten om tristhet. Men risiko for ringslutninger er til stede. Sykepleiere inkluderte kanskje bare de deprimerte pasientene, og så får vi bare ekstrahert de deprimerte pasienters tanker om tristhet. Imidlertid fikk sykepleier både muntlig og skriftlig informasjon om studien på forhånd. Før hvert intervju hadde jeg samtale med sykepleier for å se om inklusjonskriteriene var riktig forstått. Jeg presiserte at det ikke var *depresjon* men *tristhet*, som var forskningsfokuset vårt (81, 84).

I både *fokusgruppstudien* og *intervjustudien* transkriberte jeg selv alle intervjuene ordrett. Dette utførte jeg samme dag, eller dagene etter intervjuene. Da hadde jeg selve intervjuet ferskt i minne, og husket ikke-verbale uttrykk og kontekstuelle sammenhenger som ikke kommer med på et lydbånd. Dette gir en større nærhet til materialet og styrker reliabiliteten (81).

Fordi jeg var opptatt av tristhet som fenomen i intervjuene, kan det være at jeg var mindre sensitive overfor andre tema som dukket opp i intervjuet, og som jeg ikke forfulgte. Selv om tema ble vurdert av meg som mindre relevant, kan det være at informantene ønsket å formidle noe om tristhet, ved først å snakke om noe annet. Jeg var bevisst denne muligheten, og tillot informantene å gå mange omveier i samtalene. Refleksivitet før prosjektstart om hva jeg forventet å finne, underveis i prosjektet og etterpå i analysearbeidet, bidro til en åpenhet for at andre tema kunne dukke opp. Jeg hadde forventet at informantene skulle snakke mer om spirituelle tema. Det ble nevnt av noen i mestringssammenheng. På den andre siden kom et tema opp, som jeg ikke hadde forventet før prosjektstart. Mange informanter snakket om praktiske, konkrete hjelpemidler når de fortalte hvorfor de var triste. At dårlig pleie kan gi tristhet, var ikke overraskende, men omfanget av det forundret meg.

Hvordan kan vi vite at informantene forstod *tristhet* på samme måte som vi hadde definert det? Vi sendte informantene et informasjonsskriv før selve intervjuet. I tillegg var sykepleier grundig informert, slik at han kunne fortelle om studien når han

rekrutterte informanter. Dialogisk validering ble brukt underveis i intervjuene, både ved å spørre informanten med andre ord om jeg hadde forstått det de fortalte meg og ved å gjenta ordrett det informantene sa (81). Hvordan kan vi vite at informantene ikke svarte for å ”tekke” oss, eller svarte som de antok vi forventet av svar? Vi kunne selvsagt hatt større variasjonsbredde i utvalget. Vi kunne rekruttert fra omsorgsboliger for eldre, hvor informantene hadde et mindre funksjonstap. Eller vi kunne valgt eldre hjemmeboende uten funksjonstap. Vi ville da fått tristhet presentert fra flere perspektiver.

Analysen av fokusgruppestudien og intervjustudien

I følge Crabtree og Miller kan vi analysere med ulik vekt på den teoretiske referanserammen, hvor *editing analysis style* representerer en gylden middelvei (94). Med denne analysestrategien er det empirien i materialet som styrer utvikling av kategorier, hvor de teoretiske perspektivene er mer tilbaketrukket, og det ble vurdert som mest egnet i de kvalitative studiene. Fordi vi sammenfattet informasjon fra flere informanter, valgte vi å analysere data fra fokusgruppestudien og intervjustudien ved tverrgående analyse ved hjelp av systematisk tekstkondensering (81, 94). Dette er velegnet hvor det empiriske materialet kommer fra flere informanter og målet er å utvikle nye beskrivelser, slik tilfellet var i både fokusgruppestudien og intervjustudien(81). Andre tematiske analyser som Grounded Theory, har mye til felles med systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden kunne også vært anvendt. Imidlertid har denne analysen mer fokus på å danne nye teorier, som ikke var vår målsetting med studiene (81). Narrativ analyse er en langsgående analyse, hvor tidsperspektivet er viktig. Analysemetoden fokuserer på konturene av en fortelling (94) fra et rikholdig intervju, og ville ikke vært aktuell analysemetode i fokusgruppestudien. Da vi planla intervjustudien, satte vi begrensninger på hvor lenge vi fant det riktig å intervju pasienten, og vi forutsatte ikke den utholdenheten og meddelomheten som noen av informantene tilkjennegav. I ettertid viste det seg at noen av informantene ønsket å snakke lenge og hadde fyldige historier å fortelle. I lys av dette, kunne vi valgt å komme tilbake til noen informanter for å høre hele historien og bruke narrativ analyse i det videre arbeidet. Denne erkjennelsen har imidlertid initiert tanker om en framtidig studie.

Ekstern validitet

Validering skal skje gjennom hele forskningsarbeidet (84). I denne seksjonen vil jeg drøfte hvilken sammenheng vår kunnskap er gyldig i og hvilke utvalg som har bidratt med det empiriske materialet (89).

Utvalg og relevans i den kliniske studien

Deltakelse i studien var frivillig, og de samarbeidende sykehjem kan presumptivt ha vært mer interessert i depresjonsdiagnostikk og behandling enn sykehjem som ikke ønsket å delta. Vi vet ikke totalt antall sykehjemspasienter i de tre kommunene som ble tildelt sykehjems plass i løpet av studieperioden. I tillegg kan jeg ikke med sikkerhet vite at sykehjemmene informerte meg om alle de nyinnlagte pasientene. Jeg hadde aldri tilgang på fulle pasientlister ved sykehjemmene, og måtte stole på sykepleierens rapportering. Pasienter med alvorlig demens som ble ekskludert, kan i tillegg ha vært deprimerte. Dessuten kan noen pasienter ha reservert seg, fordi de opplevde at dette ble for utleverende eller for personlig. Vi har ingen bakgrunnskunnskap om pasienter som selv ikke ønsket å delta, eller som sykepleiere ikke ønsket å rekruttere. Dette kan representere en rekrutteringsbias. Jeg innhentet data over en periode på nesten 1 år. Underveis i inkluderingen kommenterte flere sykepleiere og leger at de hadde fått mer bevisst holdning rundt depresjonsdiagnostikk og behandling. Dette kan representere en bias, hvor journalnotatene jeg ekstraherte *kan* ha endret seg i retning av mer dokumentasjon rundt depresjonshåndtering.

I den *kliniske studien* inkluderte vi 88 langtidspasienter med et komplett, omfattende og valid datasett (se figur 1). Nyinnlagte sykehjemspasienter er en sårbar gruppe, med økt risiko for depresjon. Kan vi da overføre resultatene våre til andre grupper av sykehjemspasienter eller andre sårbare, grupper av eldre? Det kan tenkes at sykehjemspasienter som flytter fra en avdeling til en annen, opplever samme overgangssårbarhet. I tillegg kan resultatene være gyldig for hjemmeboende eldre som opplever gjennomgripende overgangsfaser.

Funnene kan også ha relevans i land utenfor Norge. Eldreomsorg og sykehjem organiseres imidlertid ulikt fra land til land (113). Uansett systemer eller organisering, vil konteksten til det eldre, syke mennesket være reorganisering av hverdagen, overgangsfaser og tilpasningsreaksjoner. Dette er allmennmenneskelige erfaringer, som ikke endres av geografiske grenser.

Utvalg og relevans i fokusgruppestudien

Utvalget i *fokusgruppestudien* hadde stor variasjonsbredde i erfaring fra ulike deler av helsevesenet. De fleste av legene hadde bakgrunn fra allmennmedisin. Dette representerer den vanligste legegruppen i sykehjem, og det var derfor viktig for oss at allmennleger utgjorde flertallet i gruppene. Kvinner dominerte både i sykepleiergruppen og i gruppen med deltidsansatte leger. I sykehjem jobber det flere kvinnelige sykepleiere enn mannlige sykepleiere, og det forklarer kvinnedominansen i sykepleiergruppa. Kjønnsubalansen har neppe betydning for resultatene, da samtalen i de tre fokusgruppene hadde kjønnsnøytrale tema. Vi etterstrebet i alle tre gruppene å gjøre de strategiske utvalgene så brede som mulig, noe vi lyktes med.

Kan tema som kom opp gjøres gyldig i en annen kontekst? Legene fortalte at de foretrakk å samarbeide med sykepleiere de anså hadde faglig god treffsikkerhet, når de etterspurte spesifikke kliniske opplysninger om pasientene. Sykepleierne på sin side fortalte om press de opplevde fra ufaglærte om å agere med farmasøytiske løsninger. Legedekningen i sykehjem er ca. en halv time per beboer per uke (114). I tillegg har en av fire ansatte i sykehjem ikke relevant fagutdanning (115). De ulike profesjonene må samarbeide, på tross av lav profesjonsdekning. Vi fant at de ulike profesjonsgruppene fant pragmatiske løsninger. Legen valgte ut noen få sykepleiere hun kunne stole på i vurderinger rundt depresjon. Legen kunne deretter initiere de behandlingstiltak hun syntes var mest adekvate i lys av informasjon fra sykepleier. Vi fant også at ufaglærte presset på at behandling burde igangsettes. Sykepleierne opplevde dette som press, men valgte likevel å sende stafettpinnen videre til legen. Kan dette være relevant i andre sammenhenger? Det er institusjoner i helsevesenet, hvor profesjonsdekningen er lav, og hvor vi sannsynligvis kan finne tilsvarende samhandling. Det gjelder for

eksempel rusomsorgsinstitusjoner, fengselshelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner, barnevernsinstitusjoner for å nevne noen.

Utvalg og relevans i intervjustudien

I *intervjustudien* foretok vi et strategisk utvalg av langtidspasienter i sykehjem for å belyse tristhet som fenomen hos eldre, skrøpelige mennesker. Utvalget i en kvalitativ studie skal velges slik at forskningsspørsmålet best mulig kan belyses (81).

«The purpose of qualitative research is not to generalize but to enrich our understanding.»(77)

Å inkludere pasienter med demens i en intervjustudie ville være vanskelig vurdert opp mot samtykkekompetanse, etiske vurderinger av forskningssituasjonen og validitet i svarene. Vi bestemte derfor at vi ønsket å inkludere sykehjemspasienten uten kognitiv svikt.

Ved kvalitativ forskningsmetode kan man ved prosjektstart ikke angi eksakt antall informanter, men det må evalueres kontinuerlig underveis i datainnsamlingen (82). Forutsetningene for sampling i gerontologien er imidlertid bare delvis klarlagt (82) og viktigere enn antall i utvalget, er at informasjon oppnås fra utvalget man faktisk har (81). I *intervjustudien* gjennomførte vi en strategisk utvalgsprosess. Vi hadde fortløpende analyse underveis i rekrutteringsprosessen. Da vi hadde intervjuet 12 informanter, vurderte vi at det empiriske materialet var tilstrekkelig for å belyse pasienters tanker om tristhet.

Kan disse funnene ha gyldighet i en annen sammenheng enn for langtidspasienter i sykehjem. Pasienter i sykehjem er avhengig av døgkontinuerlig tilsyn og eller omsorg og har oftest et svært lavt funksjonsnivå. Men vi finner også store funksjonsbegrensninger hos pasienter i andre typer avdelinger; pasienter på korttidsopphold, rehabiliteringsopphold eller avlastningsopphold. For å styrke den eksterne validiteten kunne vi ha utvidet vårt utvalg og inkludert hjemmeboende eldre med lavt funksjonsnivå og som var avhengig av andre. I ettertid ser jeg at

rekrutteringsprosess hadde vært enklere dersom vi hadde utvidet utvalget vårt. I tillegg hadde vi fått belyst tristhet enda bredere og styrket den eksterne validiteten i studien. Likevel mener jeg at samspillet til teknisk utstyr og omsorg som kom fram i studien, kan være relevant hos andre grupper hvor konteksten er avhengighet. Mennesker med ulike fysiske funksjonshemninger- uansett alder- er avhengig av funksjonelle tekniske hjelpemidler og god omsorg.

Etiske vurderinger

Forskningsetikk i alle prosesser og trinn i forskningsarbeidet reguleres gjennom Helsinkideklarasjonen av 1964 og i Norge gjennom Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Universitet og forskningsinstitusjoner er ansvarlig for prosjektene og har i tillegg sine egne etiske prinsipper (116). Den enkelte forskeren har et stort selvstendig forskningsetisk ansvar for å sette seg inn i prinsippene for og forståelsen av de etiske forskningslovene, men også være i stand til å utøve praktisk kontekstuell klokskap (117). Aristoteles sa at etikkens oppgave ikke er å lage abstrakte teorier om den rette handling, men å *gjøre oss i stand* til å utføre den rette handling (117, 118). I følge Kvale er Aristoteles dydsetikk en nyttig rettesnor og veiviser for forskeren (84). Vi skal ikke ha en abstrakt teori om det gode, men etisk refleksjon skal gjøre oss gode og kloke (84). Dette kalles *fronesis* eller praktisk klokskap. ”*Det er den praktiske sans som leder mennesket til riktig handling*”, skrev Arne Næss om Aristoteles etikk i sin filosofihistorie (118). Handlingens moralske verdi oppstår når man virker utfra de rette følelsene og den rette innstillingen (119). For å oppnå dette trenger man gode refleksjonsbetingelser i forarbeidet før prosjektstart og tett og kyndig veiledning underveis. Tilhørighet i et kompetent og kritisk forskningsfelleskap og ett allmenmedisinsk blikk og erfaring har hjulpet meg i mine forsøk på å kultivere *fronesis* (84, 117).

Kvalitativ forskning er preget av moralske og etiske tema og problemstillinger (117). I følge Kvale (84) skal man diskutere fire etiske punkter inngående før forskningsintervju: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser (forsvarlighetsperspektivet) og forskerens rolle. I alle delstudiene i dette ph.d.-

prosjektet har jeg *snakket med* informanter. Jeg vil således drøfte disse fire punktene med utgangspunkt i alle delstudiene.

I den *kliniske studien* samlet jeg inn informasjon og intervjuet pasientene for å stille diagnose. Demenslidelse er vanlig i sykehjem, og mange sykehjemspasienter har ikke samtykkekompetanse. Pårørende fikk skriftlig informasjon om studien ved innleggelse i sykehjem. Informasjon om tema, design og hvordan undersøkelsen skulle gjennomføres, ble grundig formidlet. I de fleste tilfeller var det nærmeste pårørende til informanten som samtykket til deltakelse, da de fleste pasientene ikke hadde samtykkekompetanse. Ved et par tilfeller tilkjennegav informanter, som ikke var samtykkekompetente, underveis i intervjuet at hun/han ikke ønsket å delta. Selv om pårørende hadde samtykket, valgte jeg i disse tilfellene å avbryte intervjuet, for å respektere informantens integritet. I disse tilfellene slettet jeg det jeg allerede hadde innhentet av informasjon om pasienten.

I intervjustudien utførte jeg mer inngående intervju med pasientene. Informantene i denne studien var også en sårbar gruppe. Vi valgte å inkludere pasienter med samtykkekompetanse, som ikke hadde moderat eller alvorlig demens. På den måten sikret vi oss at intervjuobjektet fullt ut hadde gitt sitt samtykke til å snakke om sensitive tema.

I alle delstudiene har vi fjernet alle kjennetegn og beskrivelser, slik at forskningsobjekter ikke kan gjenkjennes. Ved de kvalitative studiene, har informantene fått fiktive navn, og miljø eller situasjonsbeskrivelser er endret slik at dette ikke er gjenkjennbart. Under fokusgruppeintervju, oppfordret jeg informantene til å komme med anonymiserte eksempler og kasuistikker for å belyse tema. Anonymiteten ble alltid respektert av informantene. I fokusgruppeintervju fikk informantene også informasjon om hverandre. Selv om det ikke var av sensitiv karakter, oppfordret jeg til at all type informasjon og meningsutveksling som kom fram under intervjuet skulle forbli i gruppen.

Flere av skalaene jeg utførte på pasientene i den *kliniske studien*, er vurderinger som man ideelt skal gjøre ved innleggelse i sykehjem. Både pasient og pårørende forventer legekontakt i ukene etter innleggelse. Pasienten kjente imidlertid ikke meg som lege, og dette *kan* pasienten ha opplevd som ubehagelig. For å sikre oss at intervjusituasjonen ble ivaretagende ut ifra et forsvarlighets hensyn, fulgte pasientens primær sykepleier meg alltid inn til pasienten. Sykepleier introduserte meg og var der til stemningen var trygg og hverdagslig. Vi passet på at pasienten var opplagt og klar for å gjennomføre testene. Derfor valgte vi tidspunktet etter frokost og forsikret oss før intervjuet at pasienten hadde en god dag uten tegn til sykdom eller utilpasshet. Vi valgte å avbryte flere intervju, hvis det forelå informasjon før intervjuet at pasientens allmenntilstand hadde endret seg (97). Noen pasienter kan knytte seg til forskeren etter en samtale. Flere gav uttrykk for at det var godt å snakke med en lege og forsker under intervjuet og lurte på om jeg kom tilbake. I de tilfeller pasienten ønsket å snakke videre med lege, gav jeg informasjon videre til sykepleier, som besørget oppfølging.

Vurderingene basert på sykepleiernes observasjoner av pasienten i den *kliniske studien*, medførte ekstraarbeid for sykepleierne. Sykepleiere har en travel hverdag i sykehjem, og må bruke sin tid effektivt. På forhånd hadde vi sendt mail med informasjon sykepleier skulle fylle ut, slik at vi minst mulig skulle oppta hennes/hans tid. Vi unngikk bevisst tidspunkt hvor sykepleieren skal ha fullt fokus på pasientbehandling.

I kvalitativ forskning kommer man ofte tett inn på informanten, sensitive tema kan dukke opp og gi emosjonelle reaksjoner. Man må på den andre siden ikke bli så omtrentlig og forståelsesfull, at intervjueren ikke formår å spørre om vanskelige tema, og dermed ikke får tilgang på viktig empiri (120). Dette hadde vi drøftet nøye før prosjektstart (97). I intervjustudien ville tristhet som tema kunne frembringe emosjoner og tanker som var vanskelig for informanten. Jeg har jobbet mange år i sykehjem og er vant til å kommunisere med eldre. Vi var hele tiden bevisst på at intervjuene skulle utføres på en ærlig og samtidig skånsom og forsvarlig måte, og at vi alltid hadde en god avrundning av selve intervjuet.

I følge Kvale er et forskningsintervju alltid asymmetrisk med tanke på maktforholdet i samtalen (84). Forskeren definerer tema, stiller spørsmål og besitter kontrollen underveis i intervjuet. Forskningsintervjuet er i sin natur unilateral, hvor hovedhensikten er å produsere empiri for forskeren og hvor det aldri vil være en likeverdig dialog (117). Det er derfor viktig for forskeren at informanten *forstår* rollene, studiens hensikt, hvilke forutsetninger som ligger til grunn for valg av informanter og at informantene når som helst kan trekke seg fra studien. I følge Brinkmann, er vår moralske atferd praktisk i sin natur, hvor redelighet er viktigere enn absolutte sannheter, hvor praktisk visdom er viktigere enn teoretisk forståelse og abstraherte prosedyrer (117). Både som forsker, lege og medmenneske er redelighet en viktig og nødvendig dyd.

” Even if there is no truth, man can be truthful, and even if there is no reliable certainty, man can be reliable ” (117).

Alle tre delstudiene ble sendt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) for vurdering.

- Kliniske studie: Godkjent av REK (nr 2011/537).
- Fokusgruppestudie: REK vurderte prosjektet som ikke-fremleggelsespliktig (nr 119.09). Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (nr 22018).
- Intervjustudie: Godkjent av REK (nr 2012/541) og NSD (nr 30653).

Resultatdiskusjon

De tre delstudiene i denne avhandlingen belyser forekomst av depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter, beslutningsgrunnlag for og dokumentasjon av

diagnostisering og behandling av depresjon hos sykehjemspasienter og tristhet som fenomen.

Hver fjerde nyinnlagt sykehjemspasient med langtidsplass, hadde depresjon målt ved ICD-10. Cornell skala brukt av sykepleier for å gradere depressivitet, korrelerte godt med ICD-10 diagnose stilt av legen. Leger og sykepleiere bruker lite systematisk depresjonsdiagnostikk, samtidig opplever de utfordringer med å differensiere mellom sorg og depresjon hos pasientene. Sykepleierne hørte på hjelpepleierne, og legene hørte på sykepleierne omkring behandling. Pasientene fortalte at det ofte var ulike tapsopplevelser og avhengighet til andre som gav tristhet, men også ensomhet og dårlig omsorg. Nesten halvparten av pasientene fikk antidepressiva, halvparten fikk det for annen indikasjon enn depresjon. Ikke-medikamentell behandling var lite utbredt, selv om pasientene gav uttrykk for at de ønsket å snakke mer med sykepleierne. Men på tross av utfordringene, beskrev noen informanter gode mestringsstrategier i hverdagen.

Forekomst av depresjon og tristhet

“In mourning, it is the world which has become poor and empty; in depression it is the ego itself” (121)

Deltakerne i *intervjustudien* beskriver tap som *en* årsak til tristhet. Innleggelse i sykehjem med langtidsplass innebærer en overgang *fra* noe *til* noe annet. Det er ikke bare den fysiske relokaliseringen per se, men i kjølvannet av overgangen ligger det ulike tap hos sykehjemspasienten. Tap av selvstendighet til mer avhengighet. Tap av tidligere fysisk og kognitiv funksjonsevne til reduserte funksjoner, svekkede sanser og kognisjon, kan oppleves som tap av verdighet. Pasientene kan ha gjennomgått sorgfylte tap av partner og eget hjem og glir over i ny identitet som institusjonsbeboer. Alle overgangene de nyinnlagte sykehjemspasientene erfarer, rommer potensielle tilpasningsreaksjoner (122-124). Tidligere forskning har vist at institusjonaliseringen i seg selv øker sårbarhet (123, 125), og den første tiden i sykehjem kan pasienten kjenne seg forlatt og til og med feilplassert (108).

Det er bred enighet om at depresjonsforekomsten i sykehjemspopulasjonen er høy (6, 23, 26, 126). Eksakt forekomst er vanskelig å angi fordi depresjonsforekomsten er avhengig av flere faktorer. Hvilken populasjon man undersøker, hvilket diagnosesystem eller skala man har vurdert pasienten med og hvem som har undersøkt eller vurdert pasientene, vil påvirke prevalensen. I tillegg er det sosiokulturelle forskjeller mellom sykehjemspopulasjonene i de ulike land. Den *kliniske studien* viser at 28 % av de nyinnlagte pasientene med langtidsplass i sykehjem har depresjon i følge ICD-10. Tatt i betraktning den sårbare fasen nyinnlagte pasienter i institusjon opplever, er det overraskende få studier som spesifikt har undersøkt depresjon blant de nyinnlagte sykehjemspasientene.

Ser vi på våre funn fra *den kliniske studien* i forhold til andre forskningsresultater hos nyinnlagte sykehjemspasienter, er prevalensen noe varierende. Det er brukt ulik metodologi i studiene. Achterberg har undersøkt sykehjemspasienter i Nederland innen 10 dager etter innleggelse, og fant prevalens av depresjon på 27 % ved å bruke skår ≥ 3 på Minimum Data Set Depression Rating Scale (125). I Australia ble det utført klinisk diagnostisering i følge DSM-IV hos nyinnlagte sykehjemspasienter (127). Prevalens av Major depression var 24 % etter en måned, 14 % etter tre måneder og 15 % etter seks måneder. Hoover undersøkte amerikanske sykehjemspasienter og fant at 33 % av de nyinnlagte pasientene var deprimerte ved innleggelse i følge registreringer i Minimum Data Set (34). Hoover fant 40 % kumulativ prevalensrate i løpet av de første tre månedene. I vårt materiale fant vi ikke forskjell i prevalens mellom pasienter med kortest og lengst innleggelsesvarighet.

Prevalensen av depresjon hos alle sykehjemspasienter, både de nyinnlagte og de som har bodd i sykehjem i lengre tid, varierer på samme måte. En dansk oversiktsartikkel viste at prevalensen av depresjon hos eldre varierte mellom 14 og 42 % i ulike studier (23), mens Seitz har publisert en systematisk oversiktsartikkel i 2010 hvor han fant en median prevalens av Major Depressive Disorder (DSM-IV) på 10 %. Forholdene mellom de tre ulike diagnosesystem kan sjablongmessig beskrives med at DSM-IV

major depresjon samsvarer godt med ICD-10 moderat og alvorlig depresjon (23). PDC-dAD baseres på DSM-IV kriterier, men kriteriene er færre. I en norsk studie har forskerne sett på sammenhengen mellom de tre klassifikasjonene. Blant pasienter rekruttert fra alderspsykiatriske sykehusavdelinger og sykehjem fant forskerne depresjonsprevalens på 54 % ved anvendelse av PDC-dAD, 47 % ved å benytte ICD-10 og 35 % ved bruk av DSM-IV (128). Prevalenstillene er høyere enn vi ville forvente om populasjonen bare bestod av sykehjemspasienter. De innbyrdes forholdene mellom klassifikasjonssystemene, stemmer godt overens med våre tall. Ser vi på våre tall fra *kliniske studien*, var depresjonsprevalensen i de ulike diagnosesystem følgende; PDC-dAD 32 %, ICD-10 28 % og DSM-IV 18 %.

I vårt materiale er depresjonsprevalensen 20 % (ICD-10) blant de som kommer direkte fra hjemmet, mot 80 % hos de som kommer fra sykehus eller annen institusjon (tabell 3). Tilsvarende funn er gjort i Hoovers studie, hvor innleggelse i annen institusjon før innleggelse i langtids plass i sykehjem, var sterkest korrelert med depresjon; 35 % var deprimert fra annen institusjon, mot 22 % som ikke kom fra institusjon (34). Achterberg har også undersøkt depresjonsforekomst og hvor sykehjemspasienten ble innlagt *fra*. Forekomsten av depresjon blant pasienter som kom direkte fra sine hjem, er høyere (34.3 %), enn de som legges inn fra sykehus (19.7 %) (125). Forskerne fra Nederland konkluderte med at overgangen fra sykehus til sykehjem var en «nedgradering», og dermed ikke så potensielt tapsfremmende. I motsatt tilfelle, var overgangen fra hjemmet til sykehjem en «oppgradering» (125). Imidlertid undersøkte de alle typer sykehjemsopphold; korttid-, rehabilitering-, avlastning- og langtidsopphold. I tillegg er det overrepresentasjon av alderspsykiatriske avdelinger i den nederlandske studiepopulasjonen, noe som begrenser den eksterne validiteten (125). For vår populasjon, hvor alle har fått langtids plass, innebærer innleggelse i sykehjem en endelig bekreftelse på varig funksjonstap. Pasientene som kom direkte fra hjemmene, har trolig ventet lenge i sitt eget hjem med utrygghet. Langtids plass innebærer trygghet og ivaretagelse, som gjør flyttingen lettere å forsones seg med. Disse vesensforskjeller i de to studiepopulasjonene kan være en forklaring på divergensen mellom vår studie og den nederlandske studiens resultat.

Funnene kan være viktig for klinisk praksis. Hvor pasienten kommer fra ved innleggelse i sykehjem er relevant medisinsk informasjon. Sårbarheten for depresjon etter innleggelse er betydningsfull kunnskap personalet på sykehjem bør være klar over.

Tabell 3. Sammenheng depresjon og utgangspunkt for innleggelse.

	Ikke-deprimert (ICD-10)	Deprimert (ICD-10)	Totalt	Kji-kvadrat
	N (%)	N (%)	N	<i>p</i>
Innlagt fra institusjon	43 (68)	20 (80)	63	0,27
Innlagt fra hjemmet	20 (32)	5 (20)	25	

Fokusgruppstudien viste at leger og sykepleiere hadde vansker med å differensiere mellom tristhet som følge av sorg og tap, og tristhet som ledd i en depressiv lidelse. I den vestlige verden er lykke definert som normalen, og alt som devierer anses som sykdom eller mangel (16). Dessverre er det lite akademisk fokus på *tristhet* som symptom. Mens publikasjoner om depresjon blant eldre de siste tiår har vært omfattende, er vanlige symptomer som tristhet og fortvilelse nesten fraværende i forskningslitteratur. Guttman hevder at moderne gerontologi har glemt fortvilelse og tristhet blant eldre mennesker (129). Depresjon og tristhet kan ha både biologisk og kulturell etiologi (28) og det blir epistemologisk problematisk å skille disse årsaksforholdene (130). Fordi det er en sosiokulturell forståelse av at emosjonell smerte er sykdom, må den implisitt ha behov for medikamenter og medisinsk intervensjon (130).

Informantene i *intervjustudien*, ble vurdert av sykepleiere som triste. De beskrev ulike tap og avhengighet til andre som en av årsakene til tristhet. De fleste informantene

opplevde det som naturlig og forventet følelse når helsen svikter mot slutten av livet. Den opplevde tristheten i tapsopplevelser av pasientene, kan av helsepersonell bli tolket som en medisinsk tilstand og behandlet som depresjon (19). Selvsagt skal depresjon behandles korrekt. Men som helsepersonell må vi klare å se konteksten rundt pasienten, og anerkjenne at sorg og tristhet kan ha en funksjon som grunnleggende for forståelsen av seg selv (131). Deltakerne i *intervjustudien* fortalte at de ønsket å snakke mer med personalet. Dette var spesielt aktuelt for pasienter med normal kognisjon, som pekte på ensomhetsfølelsen i samværet med kognitivt svekkede pasienter. Sykepleierne i *fokusgruppestudien* beskrev mangelen på tid med nihilistisk resignasjon, som grunn til at de ikke kunne samtale mer. Våre funn understreker behovet for flere sykepleiere og hjelpepleiere i sykehjem for å ivareta annet enn nødvendig stell, pleie og medisinerings. Sykepleiere og leger som kan være tilstede med pasientene og prioritere samtaler, bør være et kvalitetsstempel alle sykehjem bør tilstrebe.

Diagnostikk og samarbeid mellom profesjoner er et kvalitetsspørsmål

Fokusgruppestudien tydet på at diagnostikk av depresjon i sykehjem var tilfeldig. Våre funn i den *kliniske studien* viste at depresjonsdiagnose var dokumentert hos halvparten av de nyinnlagte pasientene. Det er ikke konsensus om det er underdiagnostikk av deprimerte pasienter i sykehjem, (109, 124) eller om det er overdiagnostikk (24). Fordi depresjon påvirker livskvaliteten og mortaliteten, er det viktig å diagnostisere klinisk relevant depresjon (44, 132). Imidlertid har Mojtabai påpekt at flertallet av eldre pasienter med depresjon diagnostisert i primærhelsetjenesten, ikke fyller de diagnostiske kriteriene for depresjon i følge DSM-IV (133, 134). Symptomer ved depresjon og demens er overlappende og det kan være utfordrende å skille de to fra hverandre (12). Søvnvansker, nedsatt appetitt og generelt nedsatt aktivitetsnivå er symptomer ved mange somatiske sykdommer forekommende i sykehjemspopulasjonen. I tillegg har sykehjemspasienten ofte redusert sosialt nettverk, men omgivelsene kan tolke dette som depressiv sosial isolering (133).

Den *kliniske studie* viste god korrelasjon mellom CSDD og depresjon i følge ICD-10 (tabell 4).. Sykehjem er en primærmedisinsk institusjon, hvor det medisinske ansvaret oftest dekkes av allmennleger. Det er derfor viktig at diagnostisk verktøy passer inn i den allmenntmedisinske rammen. Den høye korrelasjonen mellom CSDD og ICD-10 depresjon er i samsvar med retningslinjer som anbefaler å bruke CSDD som et valid verktøy i depresjonsscreening i sykehjem (49).

Tabell 4. Depresjon i følge ICD-10 og CSDD

	Ikke- deprimert (ICD-10) N (%)	Deprimert (ICD-10) N (%)	Totalt	Kji-kvadrat <i>p</i>
CSDD < 8	54 (86)	7 (28)	61	< 0,001
CSDD ≥ 8	9 (14)	18 (72)	27	
Totalt	63 (100)	25 (100)	88	

Den *kliniske studien* viser at halvparten av pasientene med depresjon har dokumentert diagnostikk i journalen. Vi vet imidlertid ikke i hvor stort omfang de muntlige diagnostiske vurderinger var i visitten. Disse funnene stemmer godt overens med nyere forskning. Shah et.al viser at det er diskrepans mellom antidepressiva forskrevet og dokumentert depresjonsdiagnose og at medikamentendringer eller medikamentbivirkninger sjelden blir dokumentert (110). En svensk studie viser omfattende antidepressiva forskrivning i sykehjem ofte uten klar indikasjon (135). I en studie fra Australia hadde pasienter med høyt skår på CSDD ikke notater i journalene om depresjonsintervensjon eller oppfølging (109). En dansk sykehjemstudie viser at 15 % av pasienter som blir behandlet med antidepressiva hadde en dokumentert diagnose i journalen, som klart indikerer stort forbedringspotensial (136). Legenes

utdanning har størst fokus på somatisk sykdom. En konsekvens av dette kan være at vektlegger somatisk sykdom mer enn psykisk sykdom.

Fokusgruppestudien viste at legene hadde lite tid til diagnostisk arbeid, men at de stolte på vurderinger fra sykepleiere. Våre funn er i samsvar med eksisterende forskning, som viser at leger forskriver antidepressiva etter opplysninger de får av sykepleier (136, 137). Likevel er det bekymringsfullt at legene stoler på sykepleier og assistenters rapporter om depresjon, da oppdagelse av depresjon generelt er lav blant disse profesjonsgruppene (126, 138). I sykehjem er bruken av psykofarmaka utbredt (139). Det krever bevissthet og faglighet rundt diagnostikk og medisinerings av sykehjemspasienter med psykisk lidelse (139). En studie har vist at enkel opplæring blant leger om depresjon, bedrer kvaliteten på depresjonsdiagnostikk (140), men også andre profesjonsgrupper i sykehjem vil profitere på opplæring (141).

Depresjonsbehandling er mer enn medikamenter

“Piller er det nok av, men tid er mangelvare her” (sykepleier i fokusgruppestudien)

Pasienter i sykehjem har stort forbruk av medisiner (135, 139, 142). I vårt materiale i den *kliniske studien* brukte sykehjemspasienten gjennomsnittlig 8.6 medisiner fast hver dag (SD 3.5) og 44 % brukte antidepressiva. Polyfarmasi er vist å være direkte korrelert med depresjon i en studie (142). Våre funn fra den *kliniske studien* viser at 60 % av de deprimerte pasientene bruker antidepressiva mot 38 % av de som ikke er deprimert (tabell 5). Dette samsvarer med funnene i en annen norsk sykehjemstudie (132). I denne studien var bruk av antidepressiva en signifikant prediktor for forverring av depressive symptomer etter 12 måneder hos pasienter som hadde lav CSDD skår ved baseline (132). I en amerikansk studie derimot, er forskjellene minimale i depressive symptomskår mellom sykehjemspasienter som bruker antidepressiva mot de som ikke bruker antidepressiva (24). Det er flere mulige forklaringer på at flere deprimerte pasienter bruker antidepressiva. For det første kan depresjonen persistere uavhengig av medisinerings eller ikke (64, 65, 132, 133). De fleste av pasientene i vår kliniske studie hadde mild eller moderat depresjon og

effekten av antidepressiva hos disse pasientene er trolig minimal (61, 133). For det andre kan legen ha gitt antidepressiva for stemningssymptomer, uten at legen har undersøkt eller snakket med pasienten (132, 137). I ettertid har legen sett at diagnosen «mangler», og ført den inn i journalen. En tredje årsak til diskrepansen kan være at antidepressiva har blitt brukt for andre indikasjoner enn depresjon (135). 44 % av pasientene i vår *kliniske studie* fikk antidepressiva, men for kun halvparten av disse var indikasjonen for behandling depresjon. Hver tredje forskrivning av antidepressiva var for nevropsykiatriske symptomer. En norsk studie viste at antidepressiva gradvis har erstattet nevroleptika i sykehjem (8). Antidepressiva har langt færre bivirkninger enn nevroleptika, og en studie har vist økende depressive symptomer ved seponering av antidepressiva hos pasienter med demens eller nevropsykiatriske symptomer (67). Likevel bør legen utvise en aktpågivende holdning til bruk av medisiner mot nevropsykiatriske symptomer. Fortrinnsvis bør legen velge miljøterapeutiske intervensjoner. I den kliniske studien forelå det ukjent indikasjon for depresjonsbehandling hos 6,8 %. Langt verre er det i følge en amerikansk sykehjemsstudie hvor en tredjedel av pasientene ikke hadde dokumentert indikasjon for antidepressiv medikasjon (110). For det fjerde kan seponerings skepsis være en forklaring. I den *kliniske studien* var det ingen seponering av antidepressiv medikasjon etter innleggelse. Informantene i *fokusgruppestudien*, fortalte om skepsis til seponering. De brukte begrep som korthuseffekten. Hvis medisiner ble seponert, kunne hele stabiliteten velte. På tross av dette, gav de samme informantene uttrykk for at de ikke trodde antidepressiva hadde effekt. Seponeringsvegring finner vi også i en svensk sykehjemsstudie, hvor 90 % av de som ved studiestart stod på antidepressiva, fremdeles brukte samme antidepressive medisin etter 12 måneder, selv om mange av pasientene ikke var deprimerte (135).

Vår studie er ikke en effektstudie. Tabell 5 er en beskrivelse av hva vi fant. Hvis vi skulle sett på effekt, måtte vi valgt en annen type design.

Tabell 5. Depresjon (ICD-10) og bruk av antidepressiva.

	Ikke-deprimert (ICD-10)	Deprimert (ICD-10)	Total	Kji kvadrat <i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Antidepressiva				
Ikke bruk	39 (62)	10 (40)	49 (56)	0,06
Bruk	24 (38)	15 (60)	39 (44)	
Total	63	25	88	

En stadig økende forskrivning av antidepressiv medikamenter i sykehjem (8, 135), svak dokumentasjon av behandlingseffekt (61, 65) og velkjente bivirkninger (61-63, 66), indikerer at leger bør ha en avventende holdning til farmakologisk behandling av stemningssymptomer hos sykehjemspasienter. I tillegg bør de regelmessig evaluere behandlingen og seponere hvis det er manglende effekt eller bivirkninger av behandlingen. *Fokusgruppetudien* viste at selv om leger og sykepleiere så nytten av ikke- medikamentelle tiltak, ble det i mindre grad gjennomført. Deltakerne beskrev trange budsjett og pleiegruppens holdning som hovedgrunner til dette. I vår *kliniske studie* var det dokumentert ikke-farmakologisk behandling for depresjon for 34.9 % av pasientene. Forbedringspotensialet er stort, da mange pasienter sannsynligvis vil ha god nytte av ikke-farmakologiske tiltak (133). Våre funn kan ha betydning for at ikke-farmakologiske behandlingsopsjoner i sykehjem bør vektlegges. I sykehjem bør det oppmuntres til økt bruk av ikke- farmakologiske behandlingstiltak som psykoterapi (143), musikkterapi (72), fysisk aktivitet (144), miljøterapi (145), strukturerte samtaler (68, 146) og reminisens behandling, som har god effekt på depresjon og ensomhet og som kan gjennomføres av sykepleiere (70, 147). Spennende resultat har nylig blitt publisert i en nederlandsk studie, hvor pasientene hver fjerde måned ble systematisk undersøkt for depresjon ved å benytte CSDD eller GDS skåring (148). Resultatene avgjorde hvordan behandlerne intervenerte gjennom en algoritmebasert tiltakskjede. Fokus var ikke på spesifikk behandlingsmetoder, men på en strukturert,

multidisiplinær tilnærming til depresjonsbehandling. Kvalitetsbevisst og godt organisert pleie viste seg å være effektiv depresjonsbehandling i sykehjem.

Mange studier har beskjeftiget seg med tilfredshet eller livskvalitet hos pasienter i sykehjem. En oversiktsartikkel har tatt for seg ulike kvalitative studier som ser på tilfredshet hos sykehjemspasienter (149). Fire hovedtema skilte seg ut; akseptere og tilpasse seg situasjonene best mulig, samvær med andre, unngå institusjonspreg på sykehjemmene og god pleie. Dette samsvarer godt med våre funn i *intervjustudien*. God og ivaretagende omsorg, samvær med andre, ikke minst med familien, var viktig for å unngå tristhet. Men selv om det var godt å bli ivaretatt av andre, så var også vissheten om at man var *avhengig* av andre, årsak til tristhet. *Intervjustudien* viste at noen pasienter har gode mestringsstrategier. Flere informanter nevnte at det var meningsfylt å se seg selv i en større sammenheng, hvor slekt følger slekt. Andre informanter snakket om å verdsette resterende funksjon og sette pris på dette, isteden for å fokusere på det tapte. Studier har vist at pasientens egen holdning til tilværelsen i sykehjem og gode relasjoner til andre bidrar til trivsel (150, 151). Og motsatt er manglende sosial støtte fra familie eller personalet (23, 26, 152) og avhengighet til andre risikofaktor for depresjon (25). Antonovsky hevdet at mestring er en ressurs som kan brukes i perioder av livet hvor motgang eller sykdom rammer. Mennesker som oppfatter verden som forståelig, håndterbar og meningsfull, har høy SOC i følge Antonovsky (43). Følgelig vil eldre med høy grad av SOC mestre bedre sykdom eller funksjonstap, enn eldre med lav SOC. Sammenhengen mellom mestringsstrategier og depresjon, understreker hvor viktig dette (103, 153). I sykehjem bør derfor alle mestringsstyrkende tiltak prioriteres.

Intervjustudien viste at noen informanter brukte religiøsitet som mestringsstrategi. Både aktiv deltakelse sammen med andre i andakter, religiøse møter eller samtaler med prest, men også privat spirituelle handlinger som bønn, ble nevnt av våre informanter som betydningsfulle hendelser. Positiv religiøs ramme rundt livet kan gi mening på tross av helsesvikt og ulike tap (41). I en studie undersøkte amerikanske

forskere forholdet mellom religiøsitet og depresjon hos geriatriske pasienter med normal kognitiv funksjon. De fant at høyt religiøst nærvær i livet, gav lavere depresjon målt ved MADRS (154). Denne studien viste dessuten at religiøsitet og sosial støtte var uavhengige av hverandre relatert til depresjon. Norge er et sekulært samfunn. Vi må like fullt ta inn over oss at mennesker i alle aldre har åndelige behov. Pasienter i sykehjem har ikke samme mulighet for å oppsøke dette utenfor institusjonen og det må aktivt tilrettelegges for religiøse møter på sykehjemmene. Pasientene i *intervjustudien* etterlyste mer tid til å prate med sykepleierne. Informantene gav uttrykk for at de så travelheten sykepleierne var fanget i. *Fokusgruppestudien* viser at mye av sykepleiernes tid gikk med til medisiner, stell og pleieoppgaver. Sykepleierne opplevde at de hadde for lite tid, «piller har vi nok av, men tid er mangelvare», sa en informant i *fokusgruppestudien*. Legeinformantene fortalte på sin side at konservativ pleiekultur dominerte, som kompliserte nytenkning omkring individualisert behandling. Dette er i tråd med en oversiktsartikkel fra 2014 som viser at endringer i sykehjemskulturen fremdeles er under utvikling og at det er et stykke igjen før de institusjonspregede sykehjemmene har endret seg (155). I *intervjustudien* beskrev noen informanter at de ble triste fordi noen sykepleiere var strenge og lite hensynsfulle. Dette var særlig knyttet opp mot sensitive tema som blærekontroll og toalettbesøk. Det er et ledelsesansvar i sykehjem å sørge for opplæring og veiledning av personalet. Veiledning i etikk er et annet ledelsesansvar, men her bør også allmennlegen bidra aktivt (156, 157). Pleiere bør gis mulighet for refleksjon rundt etiske tema å være bevisst sin egen forståelse rundt aldringsprosessens verdighet (156, 158). Omsorg og behandling av pasienter i sykehjem handler om mer enn praktisk orientert arbeid og medisiner. Faglighet og verdighet i alt pasientrelatert arbeid i sykehjem bør være en selvsagt holdning blant alle yrkesgrupper som jobber i sykehjem (159, 160). Sykehjemmene er pasientens siste hjem. Allmennlegen kan med sine faglige idealer påvirke kulturen i sykehjemmet til beste for pasienten (161).

6. Konklusjon

Min avhandling konkluderer med at depresjon er vanlig blant nyinnlagte sykehjemspasienter. Depresjonsdiagnose i følge ICD-10 korrelerte godt med CSDD skår. Hos halvparten av pasientene som hadde depresjon ble depresjonsdiagnostikk utført, mot en tredjedel hos pasienter uten depresjon (ICD-10). Likevel utførte legene lite systematisk diagnostikk, men stolte på sykepleieres vurderinger. Pasienter i sykehjem fortalte om tap av helse, venner og uavhengighet som årsak til tristhet. De savnet å snakke med sykepleiere, som de opplevde hadde det for travelt med medisiner. Behandlingsalternativene var oftest medikamentelle, selv om indikasjonen var uklar og behandlerne var usikre på effekten. Pasientenes forsoning med livets realitet i høy alder, deltakelse i religiøse aktiviteter og å se seg selv i en større sammenheng, var viktige mestringsstrategier.

7. Framtidig forskning

I den kliniske studien hentet vi ut flere variabler, som vi har utført foreløpige analyser på. Jeg diagnostiserte pasientene i DSM-IV og PDC-dAD diagnosesystem, jeg så på funksjonsnivå, nevropsykiatriske symptomer og jeg hentet ut komplette medisinalister. Disse dataene håper jeg å bruke i nye analyser i samarbeid med andre forskere.

I fokusgruppestudien gjennomførte jeg ikke fokusgruppeintervju med helsefagarbeidere eller ufaglærte pleiere. Analysene viste at disse yrkesgruppene har stor påvirkning på beslutningsgrunnlag for depresjonsbehandling. Dette frembringer nye forskningsspørsmål som kan eksplorerer i nye studier.

Intervjustudien viste at tapsopplevelser var årsak til tristhet blant sykehjemspasienter. Mestring var en viktig strategi hos pasientene. Nye studier kan belyse hvordan hjemmeboende eldre eller pårørende forholder seg til egen eller pårørendes tapsopplevelser og mestring.

Nederland har høye, faglige ambisjoner i et godt utviklet og organisert sykehjemsfag, Danmark og Sverige har mange demografiske og kontekstuelle likheter med Norge, og Storbritannia har et godt utviklet forskningsnettverk i primærhelsetjenesten. Forskningssamarbeid mellom sykehjemsforskere i Norge og andre land kan bidra til ny kunnskap og reise nye forskningsspørsmål.

Referanser

1. Nygaard HA, Ruths S. Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:148-152.
2. Shakespeare W. Hamlet. I. Oslo: H. Aschehoug & co (W. Nygaard); 1978. s. 113.
3. SSB. Nøkkeltall for befolkningen. Statistisk sentralbyrå. [Lest 2014-11-21]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall>.
4. SSB. Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester.[Lest 2014-10-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>.
5. SSB. Pleie og omsorgstenester, 2013, førebelse tal. Statistisk sentralbyrå. [Lest 2014-11-21]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/pleie>.
6. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1025-1039.
7. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry* 2007;22:843-849.
8. Ruths S, Sorensen PH, Kirkevold O, Husebo BS, Kruger K, Halvorsen KH, et al. Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:868-876.
9. Helsedirektoratet. ICPC-2.[Lest 2014-11-20]. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icpc|ICPCSysDel|2854531|flow>.
10. WHO. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.[Lest 2013-10-13]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/icd_10/en/.
11. Helsedirektoratet. ICD-10.[Lest 2014-11-20]. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599495|flow>.
12. Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, Breitner JC, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:125-128.
13. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press. Inc.; 2007.
14. Parker G. Opening Pandora's box: how DSM-5 is coming to grief. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:88-91.
15. Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization : from badness to sickness. I: Expanded*. Philadelphia: Temple University Press; 1992. s. 38-72.

-
16. Dowrick C. Depression as a culture-bound syndrome: implications for primary care. *Br J Gen Pract* 2013;63:229-230
 17. Dowrick C. *Beyond depression : a new approach to understanding and management*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
 18. Batstra L, Frances A. Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychother Psychosom* 2012;81:5-10.
 19. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199:85-86.
 20. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
 21. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. [Occurrence of depression in the elderly--a systematic review of 55 prevalence studies from 1990-2001]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123:928-929.
 22. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174:307-311.
 23. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2006;113:372-387.
 24. Gaboda D, Lucas J, Siegel M, Kalay E, Crystal S. No longer undertreated? Depression diagnosis and antidepressant therapy in elderly long-stay nursing home residents, 1999 to 2007. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:673-680.
 25. Anstey KJ, von Sanden C, Sargent-Cox K, Luszcz MA. Prevalence and risk factors for depression in a longitudinal, population-based study including individuals in the community and residential care. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2007;15:497-505.
 26. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord* 2004;83:135-142.
 27. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003;19:663-696, v.
 28. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008;358:55-68.
 29. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry* 2003;160:1147-1156.

-
30. Heun R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 2005;20:199-204.
 31. Jones RN, Marcantonio ER, Rabinowitz T. Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1404-1409.
 32. Engedal K. *Lærebok i alderspsykiatri*. 2. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse; 2008.
 33. Ames D. Depressive disorders among elderly people in long-term institutional care. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27:379-391.
 34. Hoover DR, Siegel M, Lucas J, Kalay E, Gaboda D, Devanand DP, et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1161-1171.
 35. Barca ML, Selbaek G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:417-425.
 36. Djernes JK, Gulmann NC, Foldager L, Olesen F, Munk-Jorgensen P. 13 year follow up of morbidity, mortality and use of health services among elderly depressed patients and general elderly populations. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2011;45:654-662.
 37. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 15:12-18.
 38. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004;55:745-774.
 39. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219-239.
 40. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966;80:1-28.
 41. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998;37:710-724.
 42. Bosworth HB, Park KS, McQuoid DR, Hays JC, Steffens DC. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:905-914.
 43. Antonovsky A. *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 1987.
 44. Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, Hovanec L, Roques C, Brandt J, et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. *International journal of geriatric psychiatry* 2000;15:181-189.

-
45. Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA* 1991;265:993-996.
 46. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. [Lest 2014-10-08]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>.
 47. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological psychiatry* 1988;23:271-284.
 48. Helsedirektoratet. Utredning og diagnose ved mistanke om demens. Helsedirektoratet. [Lest 2014-11-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/utredning-og-diagnose/Sider/default.aspx>.
 49. Barca ML, Engedal K, Selbaek G. A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;29:438-447.
 50. Barca ML, Selbaek G, Laks J, Engedal K. The pattern of depressive symptoms and factor analysis of the Cornell Scale among patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1058-1065.
 51. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-389.
 52. Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G, et al. The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *Journal of affective disorders* 2012;141:227-232.
 53. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
 54. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-445.
 55. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1982;140:566-572.
 56. Bruun Wyller T. Geriatri. En medisinsk lærebok. I: 1. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2012. s. 152-154.
 57. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-65.

-
58. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
 59. Nygaard HA, Ruths S, Straand J, Naik M. Not less but different: psychotropic drug utilization trends in Norwegian nursing homes during a 12-year period. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Aging Clin Exp Res* 2004;16:277-282.
 60. Lovheim H, Sandman PO, Karlsson S, Gustafson Y. Changes between 1982 and 2000 in the prevalence of behavioral symptoms and psychotropic drug treatment among old people with cognitive impairment in geriatric care. *Int Psychogeriatr* 2009;21:941-948.
 61. Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A, Handler SM. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012;13:326-331.
 62. Huybrechts KF, Rothman KJ, Silliman RA, Brookhart MA, Schneeweiss S. Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes. *CMAJ* 2011;183:E411-419.
 63. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.
 64. Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, Ballard C, Baldwin R, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378:403-411.
 65. Bains J, Birks J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003944.
 66. Bakken MS, Engeland A, Engesaeter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age Ageing* 2013;42:514-520.
 67. Bergh S, Selbaek G, Engedal K. Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised, parallel group, placebo controlled trial. *BMJ* 2012;344:e1566.
 68. Bharucha AJ, Dew MA, Miller MD, Borson S, Reynolds C, 3rd. Psychotherapy in long-term care: A review. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7:568-580.
 69. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-240.
 70. Wu LF, Chuo LJ, Wu ST. The effect of group instrumental reminiscence therapy in older single veterans who live in a veterans home in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:107-108.

-
71. Myskja A. [Therapeutic use of music in nursing homes]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125:1497-1499.
 72. Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommie C, Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009;28:36-46.
 73. Tew JD, Jr., Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crowe RR, et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *Am J Psychiatry* 1999;156:1865-1870.
 74. Kuhn TS. Vitenskapelige revolusjoners struktur. I. Oslo: Spartacus forlag AS; 1996. s. s 61-73.
 75. McWhinney IR. Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Fam Pract* 1984;1:3-8.
 76. Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;347:f7140.
 77. McWhinney IR. Textbook of Family Medicine. I: 3. utgave. New York: Oxford University Press; 2009. s. s 13-91.
 78. Hunskaar S. Allmenntmedisinske rammer og arbeidsteknikker. I: Hunskaar S, red. *Allmenntmedisin*. 3. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2013. s. 40-68.
 79. Spence D. Are antidepressants overprescribed? Yes. *BMJ* 2013;346:f191.
 80. Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:198-202.
 81. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
 82. Luborsky MR, Rubinstein RL. Sampling in Qualitative Research: Rationale, Issues, and Methods. *Res Aging* 1995;17:89-113.
 83. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
 84. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervjuet. 2. utgave. Oslo: SAGE Publications, Inc.; 2009.
 85. Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med* 2003;33:351-356.

-
86. Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, 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 Disord* 2001;66:159-164.
 87. Snowden J, Fleming R. Recognising depression in residential facilities: an Australian challenge. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:295-300.
 88. Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:565-570.
 89. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-488.
 90. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012;40:795-805.
 91. Næss A. *Filosofiens historie II. Fra renessansen til vår tid. I: 6. utgave.* Oslo: Universitetsforlaget; 1980. s. 278-281.
 92. Skårderud F. *Uro, en reise i det moderne selvet. I: 5.* Oslo: H. Aschehoug & co; 1998. s. 444-445.
 93. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2006;62:212-219.
 94. Crabtree BF, Miller WL. *Doing Qualitative Research.* 2nd. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 1999.
 95. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qual Health Res* 2009;19:1504-1516.
 96. Reventlow S, Tulinius C. The doctor as focus group moderator--shifting roles and negotiating positions in health research. *Fam Pract* 2005;22:335-340.
 97. Morse JM. Ethics in action: ethical principles for doing qualitative health research. *Qual Health Res* 2007;17:1003-1005.
 98. Morse JM. Theory innocent or theory smart? *Qual Health Res* 2002;12:295-296.
 99. Getz L, Westin S. *Håndbok for spesialistutdanningen i allmenntmedisin. I: 2.* Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996. s. s 19-34.
 100. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992;9:3-8.
 101. Heath I. The art of doing nothing. *Eur J Gen Pract* 2012;18:242-246.
 102. Kompetansesenter N. Mestring. [Lest 2014-09-25]. Tilgjengelig fra: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>.

-
103. Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Kouwenhoven SE, Helvik AS. Coping and depression in old age: a literature review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2013;35:121-154.
 104. Helvik AS, Engedal K, Selbaek G. Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment--a 12 month follow-up study. *BMC Psychiatry* 2014;14:82.
 105. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.
 106. Snowdon J, Donnelly N. A study of depression in nursing homes. *J Psychiatr Res* 1986;20:327-333.
 107. Pot AM, Deeg DJ, Twisk JW, Beekman AT, Zarit SH. The longitudinal relationship between the use of long-term care and depressive symptoms in older adults. *Gerontologist* 2005;45:359-369.
 108. Brooke V. How elders adjust. *Geriatr Nurs* 1989;10:66-68.
 109. Snowdon J. Depression in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1143-1148.
 110. Shah S, Schoenbachler B, Streim J, Meeks S. Antidepressant prescribing patterns in the nursing home: second-generation issues revisited. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:406 e413-408.
 111. Coar L, Sim J. Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:251-256.
 112. Leblanc VR, Brooks LR, Norman GR. Believing is seeing: the influence of a diagnostic hypothesis on the interpretation of clinical features. *Acad Med* 2002;77:S67-69.
 113. Nihtila EK, Martikainen PT, Koskinen SV, Reunanen AR, Noro AM, Hakkinen UT. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *Eur J Public Health* 2008;18:77-84.
 114. SSB. Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebels tal. SSB. [Lest 2014-10-19]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>.
 115. HelseDirektoratet. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport fra 2011. [Lest 2014-10-30]. Tilgjengelig fra: <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/nokkeltall-for-helsesektoren-2011/Publikasjoner/nokkeltall-for-helsesektoren-2011.pdf>.
 116. UiB. Etikk ved Universitetet i Bergen. [Lest 2014-11-24]. Tilgjengelig fra: <http://www.uib.no/ledelsen/73794/etikk-ved-uib>.
 117. Brinkmann S. Confronting the Ethics of Qualitative Research. *Journal of Constructivist Psychology* 2005;18:157-181.

-
118. Næss A. *Filosofiens historie I. Fra oldtiden til renessansen. I: 6.* Oslo: Universitetsforlaget; 1980. s. 133-136.
 119. Nyeng F. *Etiske teorier- en systematisk fremstilling av syv etiske teoriretninger. I.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 1999. s. 63-83.
 120. Fog J. Moral issues in the qualitative research interview. *Nordisk Psykologi* 1992;44:212-229.
 121. Freud S. *Mourning and Melancholia I: The Complete Psychological Works.* London: Hogarth Press; 1957. s. 243-258.
 122. Patterson BJ. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nurs* 1995;21:682-689.
 123. Stewart R. Reducing depression in nursing homes: so little, so late. *Lancet* 2013;381:2227-2228.
 124. Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Sutcliffe C, Challis D, et al. Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *J Clin Nurs* 2000;9:445-450.
 125. Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1156-1162.
 126. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:613-620.
 127. McSweeney K, O'Connor DW. Depression among newly admitted Australian nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 2008;20:724-737.
 128. Engedal K, Barca ML, Laks J, Selbaek G. Depression in Alzheimer's disease: specificity of depressive symptoms using three different clinical criteria. *International journal of geriatric psychiatry* 2011;26:944-951.
 129. Guttman D. *Finding meaning in life, at midlife and beyond wisdom and spirit from logotherapy.* Westport, Conn.: Praeger; 2008. (Social and psychological issues : challenges and solutions).
 130. Karp DA. *Speaking of sadness: depression, disconnection, and the meanings of illness.* Oford: Oxford University Press; 1996.
 131. Lidz CW, Parker LS. Issues of Ethics and Identity in Diagnosis of Late Life Depression. *Etics & Behavior* 2010;13:249-262.
 132. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord* 2010;120:141-148.
 133. Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N Engl J Med* 2014;370:1180-1182.

-
134. Mojtabai R. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychother Psychosom* 2013;82:161-169.
 135. Midlov P, Andersson M, Ostgren CJ, Molstad S. Depression and use of antidepressants in Swedish nursing homes: a 12-month follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2014;26:669-675.
 136. Sorensen L, Foldspang A, Gulmann NC, Munk-Jorgensen P. Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:147-154.
 137. Fastbom J, Schmidt I. [Shortages in the treatment of depression of the elderly in nursing homes in Stockholm. Diagnosis is based on flimsy ground, follow up performed early]. *Lakartidningen* 2004;101:3683-3684, 3686-3688.
 138. Bruhl KG, Luijendijk HJ, Muller MT. Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8:441-445.
 139. Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatr* 2004;16:61-74.
 140. Davidson S, Koritsas S, O'Connnor DW, Clarke D. The feasibility of a GP led screening intervention for depression among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1026-1030.
 141. Ayalon L, Arian P, Bornfeld H. Correlates of knowledge and beliefs about depression among long-term care staff. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:356-363.
 142. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012;67:698-704.
 143. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007;11:645-657.
 144. Silveira H, Moraes H, Oliveira N, Coutinho ES, Laks J, Deslandes A. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology* 2013;67:61-68.
 145. Meeks S, Shah SN, Ramsey SK. The Pleasant Events Schedule - nursing home version: a useful tool for behavioral interventions in long-term care. *Aging Ment Health* 2009;13:445-455.
 146. Konnert C, Dobson K, Stelmach L. The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging & mental health* 2009;13:288-299.

147. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:380-388.
148. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJ, Koopmans RT. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013;381:2255-2264.
149. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing* 2012;41:429-440.
150. Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud* 2006;43:681-691.
151. Hjaltadottir I, Gustafsdottir M. Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scand J Caring Sci* 2007;21:48-55.
152. Cole MG, McCusker J, Ciampi A, Belzile E. Risk factors for major depression in older medical inpatients: a prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:175-178.
153. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:376-381.
154. Scandrett KG, Mitchell SL. Religiousness, religious coping, and psychological well-being in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:581-586.
155. Shier V, Khodyakov D, Cohen LW, Zimmerman S, Saliba D. What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *Gerontologist* 2014;54 Suppl 1:S6-S16.
156. Gjerberg E, Forde R, Pedersen R, Bollig G. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Soc Sci Med* 2010;71:677-684.
157. Howe EG. All careproviders need more opportunities to share their ethical concerns with others. *J Clin Ethics* 2010;21:179-188.
158. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics* 2006;13:130-146.
159. Jakobsen R, Sorlie V. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nurs Ethics* 2010;17:289-300.
160. Dwyer LL, Nordenfelt L, Ternstedt BM. Three nursing home residents speak about meaning at the end of life. *Nurs Ethics* 2008;15:97-109.
161. Hjort PF. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:1686-1688.