Depresjon og angsttilstander - systematisk videreutdanning for allmennleger i Aust-Agder

Ved Olaf Bakke

NYTT I SUICIDOLOGI 1997, ÅRG. 2, NR. 2

Motiv og idé

Tidlig i 1990-årene var selvmordstallene i Aust-Agder stigende. Blant tenåringer var utviklingen særlig foruroligende. Depresjon er en kjent bakenforliggende faktor ved flertallet av selvmord (1). Sammen med angstlidelsene er de også en hovedårsak til alvorlige helseproblemer i befolkningen. Disse tilstandene er betydelig underdiagnostisert (2) og oftest svært utstrekkelig behandlet (3). Den lokale psykiatriske avdelingen var (og er) underdimensjonert og sterkt overbelastet.

Kunne noe gjøres? I så fall måtte det skje ved å mobilisere allmennpraktiserende leger ved å tilføre dem øket kunnskap om disse problemene (4). Dette, og ikke minst utfordringen som ligger i å endre legers praksis, er omtalt i litteraturen (5,6).

Inspirasjon og sammentreff

Deltakelse i styringsgruppen for et prosjekt med 366 deprimerede pasienter (av 1 000 vurderte), der en SSRI ble utprøvet dobbelt blindt mot mianserin og placebo i norsk allmennpraksis, ga sterkt øket kunnskap på et område som jeg hadde interessert meg for i mange år. Det syntes klart at vanlige leger - med moderat forbedring av ferdighetene - kunne oppnå gode resultater hos det store flertall av deprimerede pasienter.

Et samarbeid med fylkeslegekontoret om utprøving av Bærumsmodellen i vårt fylke kort før, hadde gitt høy grad av bevissthet om problemet "villet egenskade". En legemiddelrepresentant spurte om jeg hadde hørt om Gotlandsprosjektet. W. Rutz' doktorgradsarbeide kom i posten og var oppsiktsvekkende lesing. Dette måtte kunne kopieres!

Gotland-prosjektet

Prosjektet ble gjennomført i 1983-84, med evaluering i årene som fulgte. Gotland er en 170 km lang øy som ligger 100 km fra kysten syd-øst for Stockholm, midt i Østersjøen. Det bor 60 000 mennesker på Gotland, der det den gang arbeidet 19 allmennpraktikere. Bruken av antidepressiva lå langt under og benzodiazepinbruken noe over gjennomsnittet i Sverige. Antallet selvmord var som på fastlandet. På denne bakgrunnen ble legene tilbudt et 2-dagers kurs i diagnostikk, depresjonsbehandling og selvmordsvurdering. 18 av de 19 legene deltok. En tid senere fikk de et nytt 2-dagers kurs (7).

Effekten var dramatisk: Bruken av liggedøgn pga. depresjoner i den lokale psykiatriske avdelingen sank umiddelbart med 70% sammenlignet med før kurset! Sykefraværene pga. depresjon gikk ned med 50%. Selvmordstallene falt dramatisk, hele 70% reduksjon også av disse (8). Det siste var helt uventet.

Det var kvinnes selvmord som ble redusert. Menneskets selvmord ble ikke påvirket. Etter 3-4 år "normaliserte" selvmordstallene seg igjen - noen hadde vel glemt sine kunnskaper, men først og fremst hadde halvparten av legene flyttet og nye uten kurs var kommet. Konklusjonen er at slike kurs "virker", men må gjentas med visse mellomrom.

Forberedelse og pedagogikk - avgjørende faktorer

Ved vårt eget sentralsykehus ble det forberedt skoling av alle ansatte, 1 200 personer, i "total kvalitetsstenking". Under tegnede fikk anledning til å delta i 12 dagers instruktørutdanning i pedagogikk og presentasjonsteknikk og deretter drive 3-timers total kvalitetskurs for ialt 6 "klasser" à 30 mer eller mindre skeptiske ansatte. Dette var utmerket trening for den som har lyst til å drive kurs for leger.

Et nært samarbeid med lokale tillitsvalgte for potensielle kursdeltakere, der både dag, tid (3-timers økter ettermiddag eller kveld) og sted ble avtalt slik at dette passet for kollegene, var viktig. Sammen med hyggelig og informativ invitasjon og senere påminnelse og dertil telefonkontakt med alle som ikke responderte, sikret dette oppslutningen.

Stor deltakelse er ikke tilstrekkelig. Et pedagogisk gjennomarbeidet opplegg med "skoletimer", pauser, lett bevertning og gode muligheter for uformell kontakt med foredragsholder, er like vesentlig for å nå målet: En markert økning av oppdagelse, tilfredsstillende utredning og behandling av depresjoner og angstlidelser i primærhelsetjenesten. Hele tiden ble stoffet fargelagt med egne og kollegenes kasuistikker og problemstillinger og utdypet i dialog og diskusjon. En økt 2 dager på rad i 2 uker og 5. delkurs noen uker senere - med repetisjon, kasuistikker fra deltakerne, diskusjoner og kliniske vignetter kombinert med egen erfaring i kursperioden - bidro til effektiv innlæring. Rollespill, gruppearbeid o.l. ble ikke brukt og var ikke savnet i evalueringen.

Kursprogrammets innhold

Kurset var omfattende og dekket alle sider av depresjonsproblematikken, men var noe kortfattet mht angst-, tvangstilstander og fobier. Det ble utarbeidet kurshefte med plass til egne notater. Alt stoff unntatt kasuistikker var tatt med i dette. Det sikrer maksimal oppmerksomhet i "timene" og mulighet for repetisjon for interesserte. Forhåndsprodusert flip-over og enkelte transparenter er også gode hjelpemidler. Kursheftet om depresjon blir nå utgitt i bokform (eget forlag) og vil bli utdelt til over 3 000 norske allmennleger i 1997.

Programmet vedrørende depresjonsproblematikk ble fordelt over kursets 3 første dager - tilsammen 9 timer. Formålet var å tilegne seg - ikke bare høre om! - grundige kunnskaper og ferdigheter, med systematikk i diagnostikk og behandling. Det fører for langt å gjengi programmet i detalj her. Det omfatter generelle bakgrunnskunnskaper, skjerping av evnen til å oppdage, diagnostisere og differensialdiagnostisere depresjoner. Planlegging, gjennomføring og eventuell videreføring av behandlingen ble gjennomgått, likeledes bipolar sykdom og litiumbehandling.

Suicidalitetsvurdering og inngående omtale av mange spesielle og viktige områder var selvsagt med: Depresjon hos barn, ungdom, gamle, somatisk syke, gravide og ammende kvinner m.v. Det må også tilføyes at stoffet på mange punkter ble framstilt enklere og mer kategorisk enn forskning og erfaring egentlig fullt ut gir dekning for. En viss forenkling og popularisering var ikke til å unngå. Bedre å huske hovedpunkter og oversikter som gjelder flertallet av pasientene, enn kanskje ikke å huske de vesentlige tingene, men feste seg ved unntak. Mange slike detaljer ble drøftet og diskutert. Fullstendig program kan fås tilsendt ved henvendelse til forfatteren.

På kursets fjerde dag brukte vi tre timer til å gjennomgå angsttilstander, fobier og tvangslidelse: Nevrosebegrepets historie (og sørgelige endelighet?), litt om personlighetsforstyrrelser, angst som fenomen - psykologi og biologi, generell angstlidelse ("angstnevrose"), fobier og tvangslidelse (OCD) og panikklidelse - diagnostikk og behandling.

Femte og siste dag gikk, som nevnt ovenfor, med til repetisjon ved hjelp av deltakernes forberedte korte kasuistikker - suksess eller problem - med diskusjon. Senere vil det bli gjentatt årlige "depresjonsdager".

Den som ser selve programmet, vil sikkert stusse over at suicidalitet (og villet egenskade uten dødsrisiko) ble plassert så langt ut i kurset. Dette ble gjort helt bevisst. Tanken var at oppdagelse, diagnostisering og god behandling av depresjon og angstlidelser er det sentrale og det som med sikkerhet kan forbedres. Selvmordsproblematikken knytter seg til som en liten og vanskelig kalkulerbar risiko, en konsekvens av disse og andre tilstander. Det vesentlige er derfor etter min mening å sikte kunnskaper, ferdigheter og oppmerksomhet inn mot hovedproblemene, ikke mot komplikasjonene og "i verste tilfelle".

Resultat?

Meriterende 15 t. emnekurs, godkjent av Lægeforeningens kurskomité i Aust-Agder, ble gjennomført i 5 lokale grupper med 5-15 deltakere. Under 10 er klart best. Til sammen deltok 55 allmennleger, 65% av alle i fylket, dessuten mange av sentralsykehusets turnuskandidater og øvrige leger i separate kurs for dem. Deltagende kolleger uttalte seg rosende og ba meg sitere: "Dette var et kurs som ingen allmennpraktiker med respekt for seg selv burde unnlate å delta i! - Meget bra!" osv.

Om påvirkningen på depresjon og selvmord blir merkbar, er det for tidlig å uttale seg om. Bruken av moderne, lavtoksiske antidepressiva er sterkt øket og høyest i landet. Blir de brukt til de rette pasientene? Foreløpig er nok underdiagnostisering og feil- eller utilstrekkelig behandling fortsatt hovedproblemet ved depresjoner. Vi må minne hverandre om at selv om vi påvirker nevrosen både med våre medikamenter og vår psykoterapi, er det mennesker i en sosial sammenheng vi behandler.

Kanskje dette er noe for ditt fylke også?

Ta kontakt med avdelingsoverlege Olaf Bakke
Psykiatrisk avdeling, ASA, 4800 Arendal
Tlf. 37 01 44 00 / Faks. 37 01 40 40

Litteratur

- Hyman, S & Arana, G.W. (1990). Suicide and affective disorders. I D.Jacobs & H.N.Brown (Eds.) Suicide. Understanding and responding (ss. 171-181). Madison, Connecticut: International Universities Press.
- Sartorius N, Üstün B, Costa e Silva A et al (1993). An international study of psychological problems in primary care. Archives of General Psychiatry; 50: 85-94.
- McCombs JS et al (1990). The cost of antidepressant drug therapy failure: a study of antidepressant use pattern in a Medicaid's populations. J Clin Psych; 51 (suppl 6): 60-69.
- Michel K & Valach L (1992). Suicide Prevention: Spreading the Gospel to General Practitioners, Brit J Psychiatry; 160, 757-760.
- O'Boyle M et al (1995). Training Health Professionals in the Recognition and Treatment of Depression, Psychiatric Services; 46: 616-18.
- Olesen F (1996). Går det for langsomt at lære ny viden og at aflære gammel viden? Nord Med; 111: 119-22.
- Rutz W et al. (1989). An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation, Acta Psychiatr Scand; 79: 19-26.
- Rutz W, von Knorring L, Wålinder J, Wistedt B (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners, Acta Psychiatr Scand; 80: 151-154.

Olaf Bakke har i en årrekke vært avdelingsoverlege ved Psykiatrisk avdeling, Aust-Agder sentralsykehus.

Bakke har et bredt interessefelt innen psykiatrien.