
*«Sånn er det vel
bare å bli gammel,
er det ikke?»*



DEALS

DEALS

*et forskningsprosjekt med fokus
på eldres mentale helse*

Depresjon hos Eldre i Allmennpraksis

og en Samarbeidsmodell mellom
fastlege og alderspsykiater

Lars Chr. Kvalbein-Olsen
PhD-stipendiat, Universitetet i Oslo
Spes. Allm. og fastlege i Arendal



UiO : Department of General Practice
Institute of Health and Society, University of Oslo



Photos: Adobe Stock

DEALS

DEALS

Depression at the Elderly in general practice
and a Structurized collaboration between general practitioner and psychiatrist

Unrecognized depression at the elderly

- a cross sectional study from Norwegian general practice

BJGP Open 2023

Lars Christian Kvalbein-Olsen
MD, Specialist in General Practice, Arendal
PhD-candidate, Department of General
Practice, University of Oslo



Co-authors:

O.R. Haavet, E. Aakhus, E.L. Werner

Funding: Norwegian fund for general practice



UiO : Department of General Practice
Institute of Health and Society, University of Oslo



DEALS

Photos: Adobe Stock

Innhold:

- *DEL 1: om uerkjent depresjon hos eldre + min forskning*
- *DEL 2: generelt om håndtering av depresjon hos eldre*



ANNA 85 år:

- enke, bor alene, 2 barn,
- kommer til sin faste diabeteskontroll
- Hun bruker lang tid på å sette seg ned



DEALS



Feiler det Anna noe mer?



- Er hun egentlig deprimert?
- Kanskje. Men vi lar det ofte ligge.
- Det er som regel ikke tid til å spørre om dette...
- Hun vil jo ikke være til bry



Forskning har vist at depresjon gir den største reduksjonen i pasienters generelle helsetilstand sammenlignet med andre kroniske sykdommer (Moussavi et al, Lancet 2007)

Forskningsspørsmål:



- 1. Hvor vanlig er det med deprimerte eldre hos norske fastleger?*
- 2. Snakker de om depresjon med fastlegen?*
- 3. Vet fastlegene om eldre pasienters aktuelle depresjon?*
- 4. Finnes det noen tydelige faktorer sterkt assosiert med depresjon?*



Metoder:

- *Fra 2019 – 2021 ble en rekke fastleger på sørlandet invitert til å delta*
- *Koblede spørreskjema til både fastleger og pasienter*
- *Alle pasienter ≥ 65 år på legetime, ETTER timen*
- *Fastleger: problemstilling(er), + kjent/mistenkt depresjon? + hyppig pasient?*
- *Pasienter: demografiske data, PHQ9, GAD7, SHC*



PHQ-9:

Patient health questionnaire - 9 (PHQ-9) er et mye brukt screeningskjema for depresjon i allmennpraksis

En cut-off på ≥ 10 brukes til screening, hvilket indikerer en moderat depressiv episode (Kroenke et al, 2001)

GAD-7 på samme måte for angst
SHC for subjektive helseplager

Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene?)

PHQ-9

	(sett kun ett kryss per linje)	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag
1.	Liten interesse for eller glede av å gjøre ting	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2.	Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3.	Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovet for mye	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.	Følt deg trett eller energiløs	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5.	Dårlig matlyst eller å spise for mye	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6.	Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7.	Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8.	Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9.	Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Sum: _____

≥ 5 = milde depressive symptomer, ≥ 10 = moderat, ≥ 15 moderat-alvorlig, ≥ 20 alvorlig



Resultater:

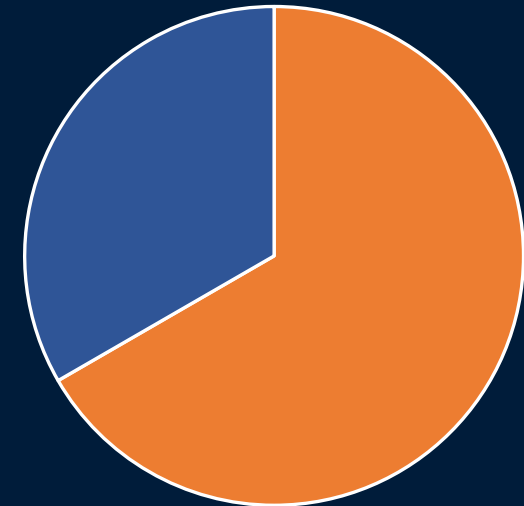
- *Vi fikk inn totalt 527 fulle pasientbesvarelser, 369 av dem var med komplette data fra både fastlege + pasient*
- *Pasientenes snitt-alder var 74.50 ± 6.6 år, 56.5% kvinner.*
- *27 fastleger bidro, snitt-alder på 42.15 ± 6.5 år, 51.9% kvinner, og samlet inn gjennomsnittlig 12.0 (8.0 – 15.9) pasienter hver.*



Resultater 1:

- *11 % rapporterte moderate depressive symptomer eller verre (PHQ-9 ≥ 10) .*
- *Psykiske problemer ble tematisert i totalt 9 % av konsultasjonene*
- *2 av 3 moderat depressive* eldre snakket IKKE om det på konsultasjonen*
*(PHQ9 = 10-19)

Moderate depressive symptomer



■ Snakket ikke ■ Snakket om psykiske problemer

Resultater 2 :

Faktorer sterkt assosiert med moderate depressive symptomer (PHQ-9 ≥ 10)

- *Hyppig besøkende pasienter ($\geq 5x$ /år): OR 3.38 [1.62 – 7.02] ($p=0,001$)*
- *Pasienter med hjemmesykepleie: OR 5.30 [2.45 – 11.45] ($p<0,001$)*
- *Pasienter som bruker «beroligende»: OR 5.73 [3.00 – 10.93] ($p<0,001$)*
- *“En del” + “alvorlig plaget” av smerter: OR 8,80 [4.45 – 17.39] ($p<0,013$)*
- *De med moderat “Subjective health complaints” (SHC ≥ 20) OR: 17.96 [9.65 – 33.42] ($p<0,001$)*

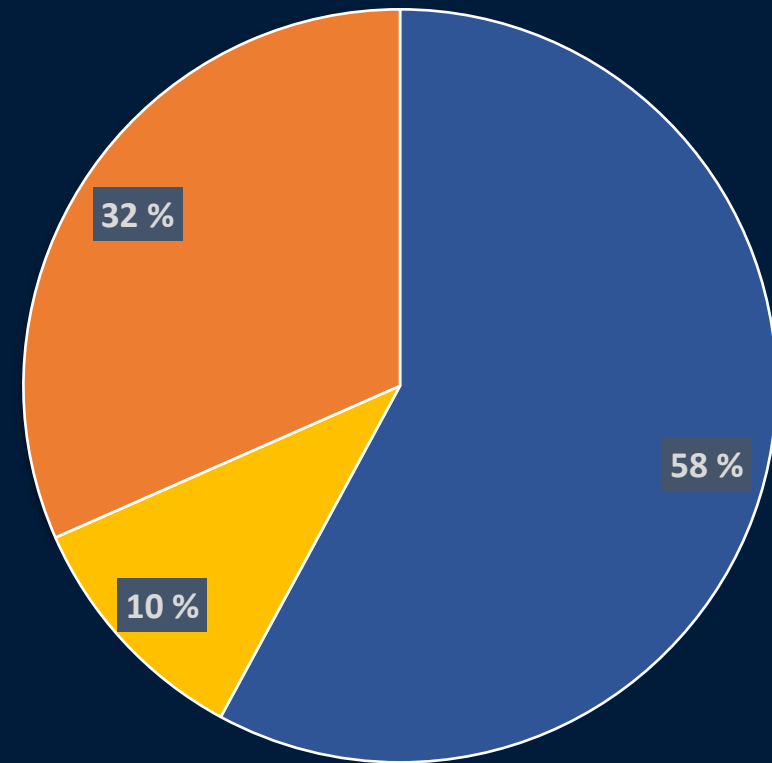


Resultater 3:

- *Fastlegene kjente til 58% av «depresjonene» (PHQ ≥ 10 , < 20)*
- *Hos 10 % av de «deprimerte» hadde fastlegen riktig mistanke*
- *Nesten 1 av 3 moderat depressive eldre ser ut til å være u-erkjent med depresjon av fastlegen*

Fastlegenes kjennskap til depresjon

(pasienter ≥ 65 år med moderate depressive symptomer)



- Fastlege kjenner til depresjon < 12mnd
- Ukjent, men fastlegen mistenker
- Ukjent, ingen mistanke

Konklusjon:

- *Depressive symptomer er vanlig hos eldre pasienter*
- *Eldre pasienter snakker lite om sin psykiske helse med fastlegen*
- *Nesten 1 av 3 eldre pasienter med moderat depressive symptomer er u-erkjent med depresjon av fastlegen*
- *Hyppig besøkende eldre pasienter med høyt nivå av subjektive helseplager eller smerter burde vurderes som mulig deprimerte*
 - *Særlig om de også har hjemmesykepleie og/eller bruker beroligende medisiner*





Noen kjappe fakta om depresjon hos eldre:

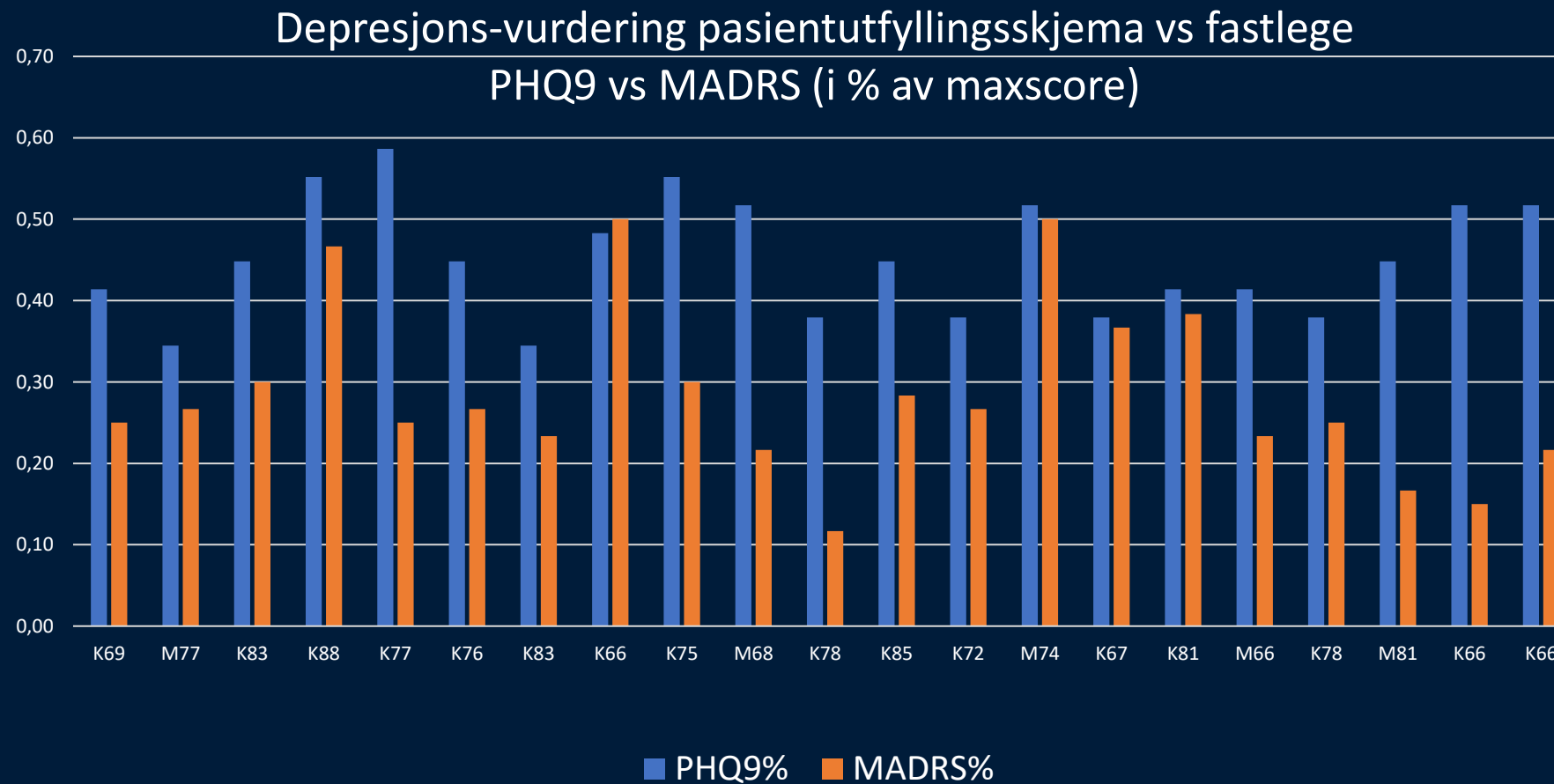
- Mindre affektive symptomer enn hos yngre, *(Grover et al. Asian J Psychiatry, 2018)*
 - mer **kognitive** forandringer, ↓**interesse**, ↑**angst** og maskert bak ulike **somatiske** symptomer
- Mer **kronisk** forløp og mindre responsivt til antidepressiva *(Haigh et al. Am J Geriatr Psychiatry 2018)*
 - 1/3 har behandlingsresistent depresjon *(Rush et al. Am J Geriatr Psychiatry 2006)*
- **Sosial** støtte og som **trener** ↓ depresjonsscore *(Moya et al. Trends Psychiatry Psychother 2021)*
- Effektiv behandling: **antidepressiva** og ECT, psykoterapi og trening, *(Kok et al. JAMA 2017)*
- **Ubehandlet**: ↓ livskvalitet, forverring: kroniske sykd + suicid *(Unutzer et al. N Engl J M. 2007)*

Diagnostikk:

- *Klinikk, alkohol/rus? medikamenter?*
- *MADRS – legeutfylling 10 spm*
- *PHQ9 – pasientutfylling, 9 spm*
- *GDS – pasientutfylling, ja/nei, 30 spm*
- *MMSE?? Forkledd demens? Kan være begge veier*
- *Cornells – depresjon ved demens, sjekk «aldringoghelse.no»*



PHQ9 eller MADRS?



DEALS



Medikamentell behandlingstrapp

- Ikke glem mosjon / fysisk aktivitet

1. *SSRI (escitalopram el sertralin) og eller samtaleterapi 8-10 uker*
2. *SNRI/bupropion/mirtazapin 8-10 uker*
 - a) *Dosere opp adekvate doser etter effekt/bivirkninger, serumkons*
 - b) *Holde jevn dosering i 1 år ved remisjon etter 1.episode, 2-3 år ved 2-3 episoder og livslang ved flere residiv*
 - c) *Husk å seponere uhensiktsmessige antikolinerge medisiner og BZD (trappe ned)*
3. *Tillegg av aripiprazole (abilify)... -> 2.linje-behandling,*
4. *Vurdere ECT... -> 2.linjebehandling (inkl. litium??)*



«Og så slår jeg et slag for samtaleterapi. Å sette av 20 min for en empatisk samtale har god effekt, like god hos eldre som hos yngre voksne. Det øker sjansen for respons av medikamentell behandling betydelig.»

- Håkon Torgunrud, overlege alderspsykiatrisk poliklinikk SSA



Så hva med gamle Anna?



- *Det er ikke sikkert hun er deprimert... men..*
- *Jeg håper at vi i litt større grad kan finne anledning til å etterspørre de eldres mentale helse, altså av og til «åpne den døra» som en lege i prosjektet mitt så fint uttrykte det.*
- *OG at vi har tilgjengelig gjennomførbare tiltak for behandling*
- *Ikke vær redd for å ta kontakt med lokal alderspsykiatrisk poliklinikk*



***Mange eldre gjemmer
depresjonen sin for godt***

- La oss ta tak i det -



DEALS

***Takk** for oppmerksomheten*



Strengths and limitations med studien:

- *Data-innsamlingen ble ikke så strømlinjeformet som ønsket*
 - *Fastlegene glemte, ble hindret av medisinske eller praktiske årsaker, pandemi*
- *Moderate depressive symptomer $\approx$ Major depressive episode?*
- *Den store andelen uerkjente deprimerte pasienter taler mot seleksjons-bias fra fastlegene*

