

Forekomst av depresjon øker blant de eldste eldre. utfordring for forebygging og behandling.



EYSTEIN STORDAL

Overlege dr.med. Psykiatrisk klinikk. Alderspsykiatrisk enhet, Namsos
Førsteamanuensis, Institutt for nevromedisin, Medisinsk fakultet, NTNU.

Namsos 23 april 2013

MÅLSETTING FOREDRAG

- **FOREKOMST – PREVALENS, ELDSTE ELDRE**
- **FOREBYGGING – INDIVID, GRUPPE**
- **BEHANDLING**
- **EPIDEMIOLOGISK OG KLINISK PERSPEKTIV**

DEPRESJON

- **Depresjons sykdom**

Kriterier målt med strukturert intervju

Antall kriterier tilstede

- **Depresjons symptom**

Symptombelastning målt med spørreskjema

”tilfelle” over definert skåregrense

PREVALENS

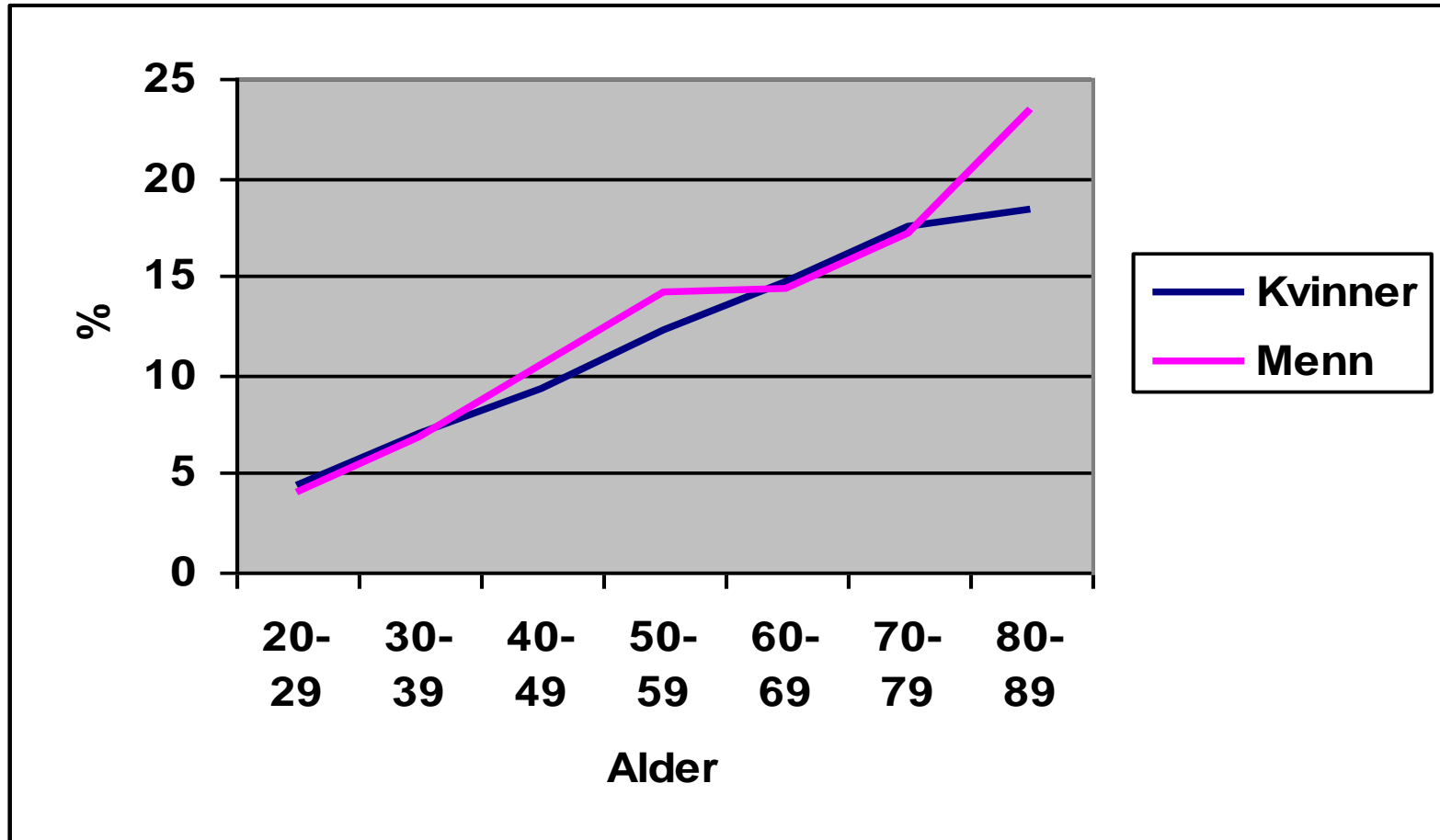
- **Forskjellige resultater ut fra målemetode og befolknings sammensetning – bl.a. i forhold til alder.**
- **ICD 10 / DSM 4 kriteriebasert diagnose: 2% - 5%**
- **Depresjons målt med forskjellige symptomskaler: 12% - 20 %**

DEPRESJON ELDRE

- **Diagnosekriteriene passer "dårlig"**
- **Annerledes symptombylde.**
Færre symptomer, somatiserende symptomer/smerter, tomhetsfølelse, tilbaketrekning, anhedoni
- **Depresjon ofte sammen med somatisk sykdom og kognitiv svikt.**
- **Målemetode og stigma**

HUNT STUDIEN

PREVALENS AV HADS-DEPRESJON



HUNT - RESULTATER

- **Depresjons symptom skåre og prevalens av HADS-definert depresjon økte markant med alderen**
- **Alders økningen var tilnærmet lineær**
- **Kjønns forskjellene var minimale både for depresjon symptom skåre og prevalens av HADS definert depresjon**
- **Prevalens av HADS-definert depresjon i hele utvalget var 10,3%, over 65 år ca. 15%**

ANDRE STUDIER

- **Forskjellige resultater ut fra målemetode og befolknings sammensetning – bl.a. i forhold til alder.**
- **Generelle befolkningsundersøkelser i Europa, USA og Australia**
- **Epidemiologiske studier i eldre befolkning fra USA, Nederland og Skandinavia.**
- **T.Helgason: Kohort studie fra Island: Økt risiko for depresjon med økende alder.**

KONKLUSJON

- **Depresjon hyppig forekommende**
- **2% - 5% kriteriebasert sykdom**
- **12%-20% symptombasert sykdom**
- **Begge metoder har svakheter hos eldre**
- **Tommelfinger regel: På et gitt tidspunkt ca. 10 % depresjon i befolkningen**

ØKER FOREKOMST AV DEPRESJON?

- **Generelt i befolkningen (Lundby studien i Sverige)**
- **Kohorte effekt (Skog: Eldre kvinner Gøteborg)**
- **Alderseffekt – mer somatisk sykdom, kognitiv svikt**
- **WHO – Økende global betydning : Global Burden of Disease Study**
- **Norge – Usikkert, få gode studier**

Nøkkelspørsmål om depresjon og aldring

- Er det høyere forekomst av depresjon hos eldre enn hos yngre eldre?**
- Hvorfor blir noen deprimert i høy alder mens andre ikke gjør det under tilsynelatende like betingelser?**
- Hva er risikofaktorer for depresjon i høy alder?**
- Hva er beskyttende faktorer?**
- Hva er de kliniske implikasjonene av dette?**

Longitudinelle undersøkelser er bedre egnet for å besvare disse spørsmålene enn tverrsnittsundersøkelser

Solhaug, Romuld, Romild, Stordal: Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly. A 11-year follow-up in the general population. The HUNT study. International Psychogeriatrics 2012,24-1,151-158.

Utvalgs karakteristika (HUNT 2-alder):

	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
N	4 211	3 968	2 952	2 341	1 752	1 001	292
Kvinner %	54.0	53.7	52.8	53.2	54.1	54.3	61.3
Enke/ Enkemann %	1.5	2.7	5.2	8.7	14.9	22.0	30.1
Separert %	2.2	1.2	1.1	0.6	0.4	0.2	0.0
Skilt %	9.1	7.5	6.5	4.2	2.1	1.4	1.0

**Forekomst og forandring i forekomst av depresjon (%) fra HUNT 2 til HUNT 3
(Solhaug m.fl.)**

HUNT 2 - HUNT 3	45-49 56-60	50-54 61-65	55-59 66-70	60-64 71-75	65-69 76-80	70-74 81-85	75-79 86-90
HUNT 2	9.7	11.1	12.1	11.9	11.6	11.9	11.3
HUNT 3	10.1	9.4	9.5	12.3	15.0	15.7	20.9
Endring	0.4	-1.7	-2.6	0.4	3.4	3.8	9.6

**Utvikling av depresjon
(Solhaug m.fl.)**

HUNT 2 - HUNT 3	45-49 56-60	50-54 61-65	55-59 66-70	60-64 71-75	65-69 76-80	70-74 81-85	75-79 86-90
Frisk-syk	6.1	4.9	5.3	7.3	9.9	10.3	14.7
Syk-syk	4.1	4.5	4.2	5.0	5.1	5.4	6.2
Syk-frisk	5.7	6.6	7.9	6.8	6.6	6.5	5.1

KONKLUSJON – HUNT LONGITUDINELL

- **Prevalens av depresjon øker blant de eldste eldre. Mest i aldersgruppen over 86 år, men også fra 76 år.**
- **Mange nye syke av depresjon i de eldste aldersgrupper**

Utfordring for forebygging

Tiltak for å hindre at depresjon oppstår eller utvikler seg til det verre (mer symptomer, plager eller funksjonssvikt)

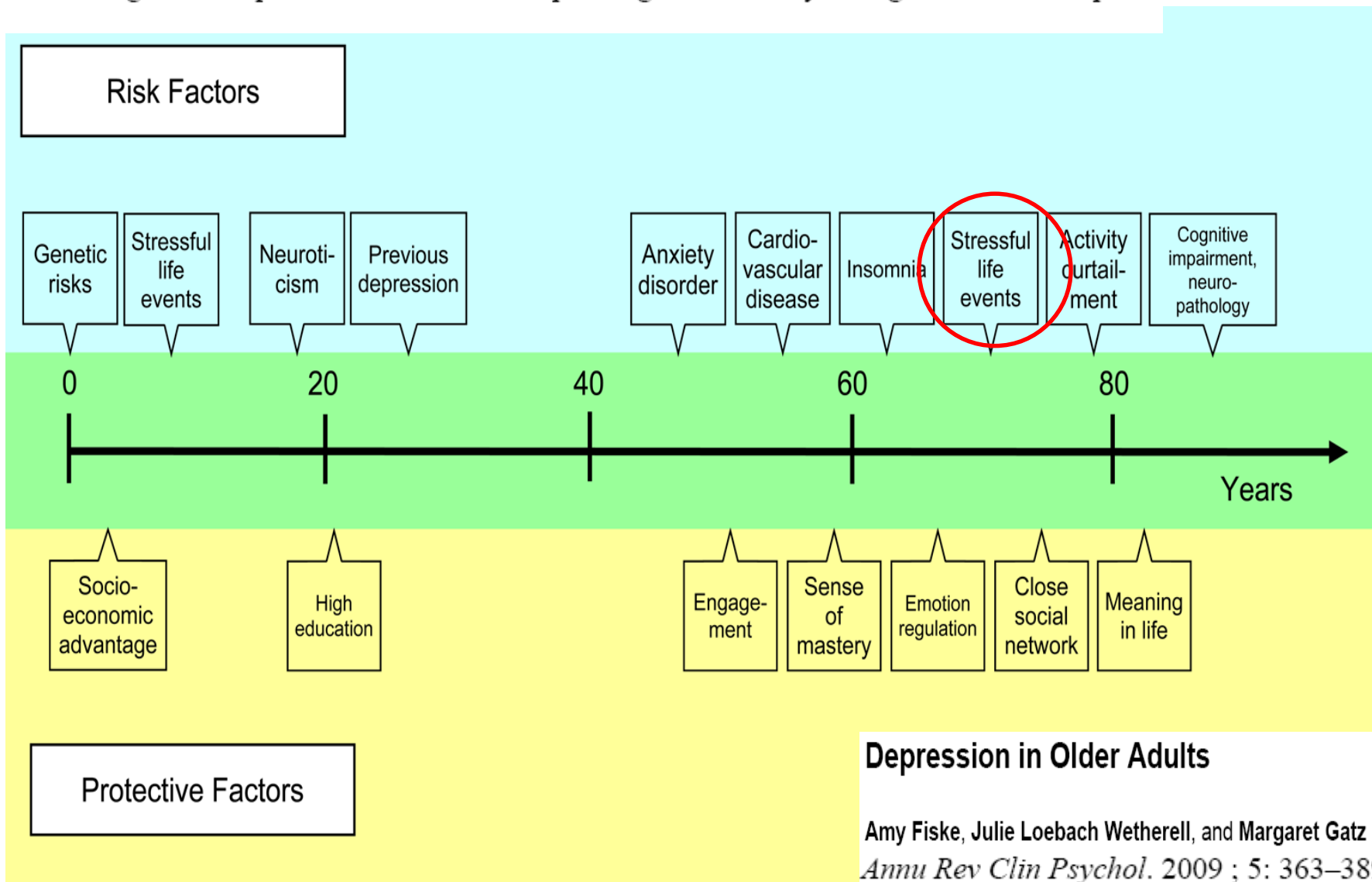
- **Hindre at depresjon oppstår**
- **Hindre at depresjon utvikler seg videre**
- **Redusere følgetilstander av sykdom**

BAKGRUNN

- **Kunnskap om årsak til depresjon**
- **Faktorer som påvirker frekvensen av depresjon:**
 - Risikofaktorer – øker sjansen for depresjon**
 - Beskyttende faktorer – minsker sjansen**
- **Det foreligger i dag mye forskning på forekomst, mens forskning på årsakene er mangelfull.**
- **Særlig mangler fagfeltet forskning på risikofaktorer fra store befolkningsstudier der den generelle befolkningen og de som utvikler depresjon er fulgt over lang tid.**

Figure 1.

Life span perspective on risk and protective factors for late life major depression. Schematic illustrating risk and protective factors corresponding to when they emerge over the life span.



Depression in Older Adults

Amy Fiske, Julie Loebach Wetherell, and Margaret Gatz
Annu Rev Clin Psychol. 2009 ; 5: 363–389.

FORUTSETNING FOR FOREBYGGING

- **Risikofaktorene må være påvirkbare**
- **Tiltakene bør være hensiktsmessige og gjennomførbare**
- **Tiltakene bør være kostnadseffektive**
- **Tiltakene bør ha en godt dokumentert effekt**
- **Tiltakene må være etisk akseptable**

TAP ER FELLESNEVNEREN FOR UTVIKLING AV DEPRESJON

- Tap av nærstående
- Tap av helse / funksjon
- Tap av sosial status
- Tap av medborgerlig aktelse

RISIKOFAKTORER - HUNT

Fra egen studie i HUNT-2:

- **Utdanning.**
- **Somatisk helse. Spesielt muskel skjelett lidelser og plager.**
- **Funksjonsreduksjon – hørsel, syn, bevegelseshemming, kronisk somatisk sykdom.**

RISIKOFAKTORER - HUNT

Siv Grav (Disputerer 26.04 i Namsos):

- **Sammenheng mellom manglende sosial støtte og depresjon i begge kjønn**
- **Kvinner emosjonell støtte, menn praktisk støtte.**
- **Sammenheng mellom personlighet og depresjon. Innadvendt , nevortisisme.**
- **Felleskap i nabolaget og deltagelse i sosiale aktiviteter.**

PÅVIRKBARE RISIKOFAKTORER

- **Sosial aktivitet**
- **Sosial støtte**
- **Mental trening**
- **Fysisk aktivisering og trening**
- **Hørsel**
- **Syn**
- **Udiagnostisert / ubehandlet somatisk sykdom**
- **Multifarmasi, ”overbehandling”**

TO HOVEDPERSPEKTIVER FOREBYGGING

INDIVID

**Hvorfor fikk individet
depresjon på dette
tidspunktet?**

Identifisere risikoindivider

Høyrisiko-strategi

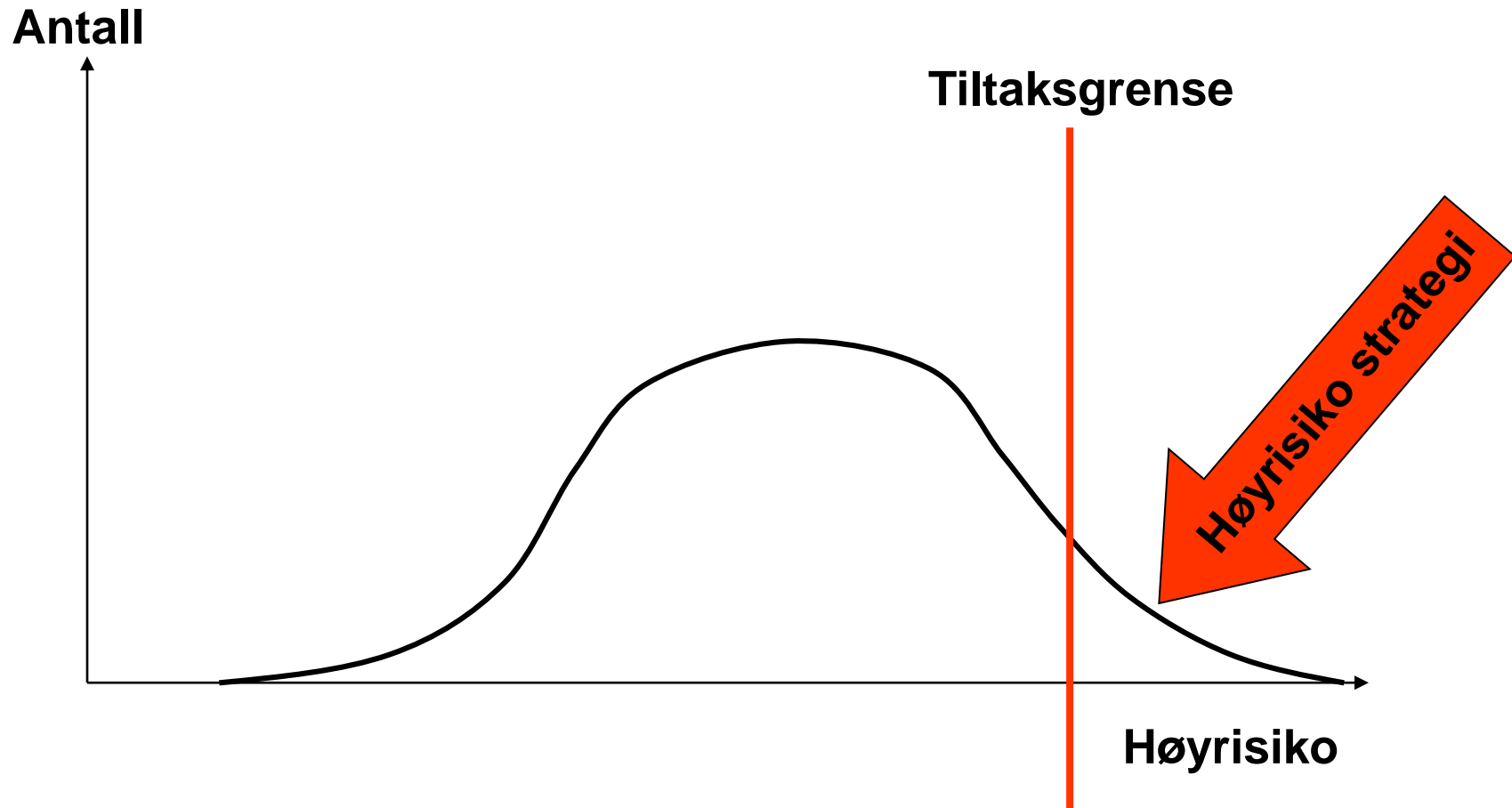
POPULASJON

**Hvorfor er depresjon så
hyppig i denne gruppen?**

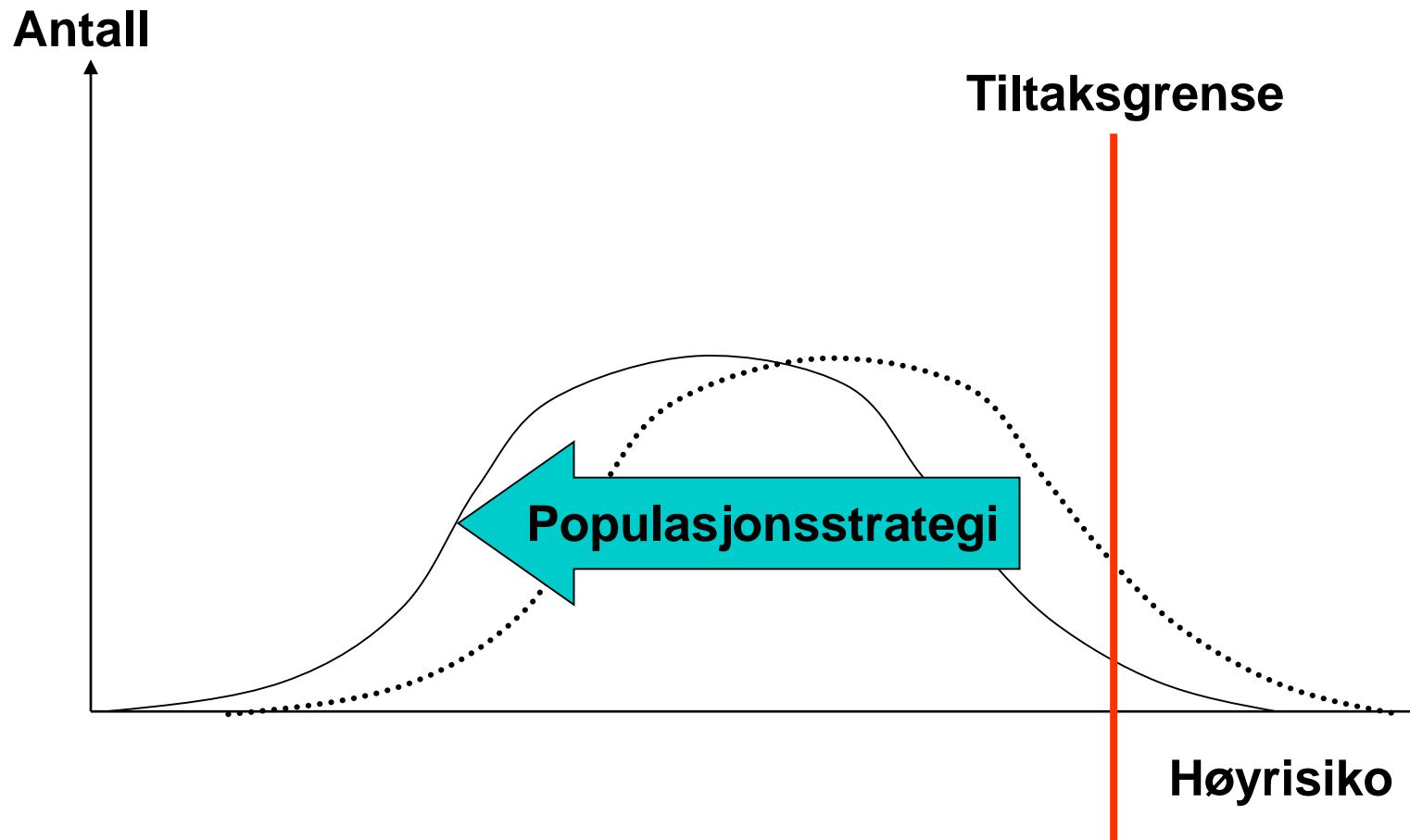
Identifisere risikogrupper

Gruppeintervensjoner

HØYRISIKO STRATEGI



POPULASJON STRATEGI



INDIVIDRETTEDE TILTAK

- **Kontakt med risikoindivider**
- **Diagnostikk av depresjon**
- **Tidlig oppdagelse**
- **Behandling**
- **Tidlig intervensjon**
- **Depressive symptomer ved somatisk sykdom og behandling**

SPESIFIKKE FOREBYGGENDE TILTAK GRUPPER

- **Enke til enke intervensjon (Silverman, USA)**
- **Europeisk nettverk depresjon (ODIN)**
Problem løsende intervensjon
Opplærings intervensjon (Psyko edukativ)
- **FYSAK (fysisk aktivitet) og FOLK (kultur) i Nord-Trøndelag**

KONKLUSJON

- **Forebyggende tiltak bør tilpasses individ eller gruppe – rettes mot høyrisiko**
- **Forebygging nytter!**
- **Viktig oppgave for helsevesenet de kommende ti år – like viktig som røyking og sunt kosthold**
- **Sosialt nettverk, mental og fysisk aktivisering, korrigere syn og hørsel, behandle somatisk sykdom**

Utfordring for behandling

Individuelt tilrettelagt behandling:

- **Samtale og psykoterapi**
- **Miljø og sosialt nettverk**
- **Medikamenter / ECT**
- **To av disse tilbudene er bedre enn bare et.**

Utfordring for behandling

- **Aktiv holdning til behandling. Ikke normalt å være deprimert som eldre.**
- **Behandlingstiltak avhengig av alvorlighetsgrad av depresjon**
- **Grundig somatisk undersøkelse og behandling av somatiske lidelser / obs medikamenter**
- **Samtaler og miljøtiltak ofte like effektivt som medikamenter**

Alvorlig depresjon

- Ved alvorlige depresjoner og psykotiske depresjoner er støttesamtaler den eneste form for ”psykoterapi” som anbefales.
- Lytte, trøste, støtte
- Inngi håp gjennom realistisk optimisme

Samtale med den deprimerte pasient

Å opprette kontakt krever tålmodighet

Unngå lettvinte holdninger

Å dele tid med pasienten

Kommunikasjon:

Snakk sakte

Unngå lange og innviklede setninger

Vent på svar

Et spørsmål ad gangen

Finn frem temaer som pasienten har hatt interesse for

Deprimerte har ofte behov for gjentatte forsikringer, men ikke overdriv

Samtale - miljøtiltak.

Understrek at bedring tar tid

Det er ikke nødvendig å snakke for å oppleve fellesskap

Når ord ikke når frem – berøring kan formidle varme og omsorg

Hjelp til stell og hygiene

Tilstrekkelig væske, mat og søvn

Tilpasset aktivitet- ikke for vanskelig eller for langvarig- konkret og velavgrenset

Samtalefokus

- **Tid til å bearbeide tap - leve med tapet**
- **Nye meningsfulle relasjoner**

- **Skyld og selvbebreidelser**
- **Feiltolking av andre som uvennlige**

- **Forståelse av tilstanden som sykdom**
- **Realistisk optimisme**

Avslutning av behandling

Gjensidig / ensidig avhengighetsforhold

Avslutning – et nytt tap

Oppmuntre kontakt med venner / familie

Støtte nyorienteringsfasen til selvstendig fungering

Konklusjon

Aktiv holdning til behandling – ikke normalt, stort behandlingspotensiale

Kombinasjon medikamenter/ECT, samtalebehandling og miljøtiltak

Målretta samtalebehandling er et viktig ledd i depresjonsbehandlingen

Evaluering og trinnvis behandling