

# Studiebrev

---

## Behandling av depression hos äldre

**Gunilla Byström**

**2017-11-01**

Författaren är specialist i allmänmedicin



Med utgångspunkt från SBU-rapport från jan 2015 ges exempel och studieanvisningar om ämnet.

## Behandling av depression hos äldre

### Inledning

SBU:s rapport granskar forskningen om behandling av depression hos personer över 65 år. En mycket vanlig insats är antidepressiva läkemedel av typen SSRI. Effekten av dessa läkemedel är dock tveksam på kort sikt. Översikten visar samtidigt att SSRI kan förhindra återinsjuknande hos några.

Trots att många äldre behandlas för depression finns det få hälsoekonomiska studier. Behandlingskostnaden per individ är låg och därför är det sannolikt att effektiv behandling också är kostnadseffektiv.

### **Slutsatser**

- Många äldre med depression blir inte tillräckligt hjälpta av antidepressiva läkemedel. I korttidsstudier har selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) inte haft påtagligt bättre effekt än placebo för äldre med depression. Men för de som förbättras under SSRIbehandling kan underhållsbehandling upp till ett år förebygga återinsjuknande.
- Den selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmaren duloxetin har utvärderats specifikt vid återkommande depression hos äldre och har en något bättre effekt än placebo på kort sikt, men ger ofta biverkningar som kan innebära särskilda problem för äldre.
- Psykologisk behandling i form av problemlösningsterapi kan minska depressionssymtom hos personer över 65 år med sviktande hälsa, men tillgången till sådan behandling är begränsad. Effekter av övrig psykologisk behandling samt effekter av fysisk aktivitet behöver undersökas i fler och större studier som avser både nytta och risk vid depression hos äldre.
- De behandlingar som enligt denna rapport har dokumenterad effekt har ännu inte utvärderats i hälsoekonomiska studier. Eftersom behandlingskostnaderna per individ ofta är relativt låga, är det dock sannolikt att effektiv behandling också är kostnadseffektiv.
- Nyttan och risken med depressionsbehandling är otillräckligt studerat för sköra äldre över 65 års ålder. Det behövs kunskap om hur depressionsbehandling ska anpassas till dessa individers behov.
- I väntan på mer kunskap om hur depressionsbehandling på bästa sätt ska utformas för äldre är det särskilt viktigt att följa upp behandlingsresultatet noggrant och att ompröva behandlingsstrategin om patienten inte tillfrisknar.

## **Målsättning**

Genom att tillämpa de kunskaper som SBU-rapporten ger kan jag ge rätt behandling till mina äldre patienter med depression. Mina patienter mår bättre och deras livskvalitet ökar.

## **Anvisningar**

Läs först SBU sammanfattning <http://www.sbu.se/233>

Ladda ner "Sammanfattning och slutsatser"

Du kommer till ett dokument med 11 sidor, varav 9 sidor är text att läsa.

Sammanfattningen avslutas med orden

De betydande kostnaderna och förlusterna av livskvalitet gör det angeläget att behandla depression bland äldre. Det saknas hälsoekonomiska studier som belyser kostnadseffektiviteten i de behandlingar som har dokumenterad effekt för denna åldersgrupp. Behandlingskostnaderna för SSRI-preparat, duloxetin och problemlösningsterapi är emellertid låga, så det är därför troligt att de behandlingar som har visats vara effektiva, också är kostnadseffektiva.

Inventeringar av psykiatrisk vård för äldre tyder på att gruppen ofta nedprioriteras på ett sätt som inte står i samklang med riksdagens etiska plattform för prioriteringar. Det är viktigt att personliga, professionella eller politiska särintressen inte tillåts påverka prioriteringar och klinisk praxis på ett sätt som skulle innebära en diskriminering av äldre, svårt sjuka och svaga grupper.

## **Fråga**

Innebär detta att jag har några äldre patienter med depression som inte diagnostiserats?

Varför inte?

Vad talar för och emot att ge behandling?

Diskutera i gruppen och ge varandra exempel!

Hur ställer jag diagnosen depression hos äldre?

Skiljer det sig gentemot yngre?

Finns det några problem när en patient behandlas med SSRI via dosdispenserade läkemedel?

# Patientfall

## Fall nr 1: Ragnar

För några månader sedan sökte Ragnar, 82, för andnöd. Du konstaterade att han lider av avancerad KOL. Han kan bara gå långsamt och pustar hela tiden. Ragnar bor på en gata i närheten av vårdcentralen. Behandling med lämpliga mediciner sattes in. Nu kommer Ragnar på återbesök.

Han är helt sluten. Ansiktet visar ingenting, men han talar om att det inte går bra. "Och så har hon dött". Hustrun gick bort i helgen. Ragnar har sorg. Andningen är snabb och ytlig. pO<sub>2</sub> är 82. Ragnar får inhalera Salbutamol 2,5mg blandat med ipratropium 0,5 mg. Du ökar KOL-medicinen och ger Ragnar ny tid i morgon. Ni kan då tala lugnare och du ger honom stöd i det svåra att ha blivit änklings. Han går sakta hem till sin våning.

En månad senare är Ragnar tillbaka. "Jag klarar inte detta. Kan inte hitta mig själv. Kan inte sova. Är bara trött. Tror du det finns någon medicin som kan hjälpa?"

Ragnars medicinlista:  
Tiotropium (Antikolinergika)  
Budesonid+Formoterol

Hur bedömer du Ragnars tillstånd?

Vilka frågor ställer du?

Använder du något frågeformulär för att ställa diagnos?

Här finns några formulär:

GDS-20-skala.pdf

<https://www.landstingetsormland.se/PageFiles/13225/GeriatricDepressionScale.pdf>

Depressionsskattningsskala-GDS-15.pdf

<https://regionvasterbotten.se/wp-content/uploads/2012/10/Depressionsskattningsskala-GDS-15.pdf>

Vilken behandling ger du Ragnar?

Vad säger SBU-rapporten om hur du bör välja?

Hur följer du upp?

## Hur det går för Ragnar

Du satte in Citalopram 20 mg 1x1

Två månader senare träffar du Ragnar igen. Ansiktet lyser. Han går lite raskare.

"Jag är så glad, doktorn.

Jag har flyttat till ett boende. Jag kan äta lagad mat där.

Dessutom bor det en kvinna som jag kände i ungdomen där. Hon är änka och jag är änkeman."

Ragnar tålde alltså medicinen bra. Han svarade bra, depressionen vek.

Hur länge tycker du att Ragnar ska fortsätta med SSRI?

Hur säkerställer du att det går som du och Ragnar planerat?

## **Fall nr 2: Alva**

Alva är en gift 78-årig kvinna utan barn.  
Hon blev förtidspensionerad på grund av ryggvärk, har hypotyreos.  
Både hennes make (med diabetes och hypertoni) och Alva är listade hos dig sedan flera år.

Alva hade varit och handlat med maken, som gick i förväg in med varorna. När Alva kom in efter att ha parkerat bilen, låg mannen livlös på golvet i hallen. Hans liv gick inte att rädda. (Det var massiv hjärtinfarkt.) Ni hade telefonkontakt, men träffades inte personligen förrän ett halvår senare.

Då hade Alva minskat 17 kg i vikt sedan makens dödsfall. Hon bejakade sämre aptit och sömnsvårigheter, särskilt svårt att somna.  
Psykiskt status visade lätt sänkt grundstämning. Alva var adekvat i sitt resonemang.

Är detta en i sig normal sorgereaktion?  
Vad talar för och emot depression?  
Vilket frågeformulär kan vara till hjälp?

Exempel på frågeformulär: MADRS

<http://lvn.se/globalassets/delade-dokument/behandlingslinjer/psykisk-ohalsa/depression/MADRS-depressionsskattning.pdf>

## **Alva ett år senare**

Alva söker igen på eget initiativ ett år senare, orolig för demens. Både hennes mor och syster har haft demenssjukdom. Alva känner sig nedstämd, isolerar sig. Glömmer lätt. Bror och svägerska är egentligen hennes enda sällskap. Hon klarar ändå sin ekonomi, sköter sina räkningar, kommer ihåg koden till bankkort mm. Vikten har ökat 2 kg.

Psykiskt status sänkt grundstämning, viss svarslatens. MMSE 25/30, klocktest u a.

MADRS gav 16 poäng

Vad är mest troligt: Demens eller depression?  
Diskutera i gruppen hur du bäst hjälper Alva.  
Behandling med farmaka? Vilken sort skulle du välja?

Här ser vi hur det kan gå

## **Alva igen**

Alva fick escitalopram 10 mg.  
Vid återbesök efter några månader är hon klart förbättrad i depressionen.  
Kognitivt oförändrad, men mindre orolig

### **Fall nr 3: Gunhild**

Gunhild 84 år har klarat sig med lite hemtjänst i eget ensamhushåll tidigare. Har en son på orten. Hon har haft sina egenheter genom livet enligt honom. Vill ofta "vila sig ur sina problem"

Gunhild har tidigare haft långvariga ryggproblem, hypertoni och kostbehandlad diabetes typ 2. Misstänkt PMR med SR-stegring för ett år sedan. Dåligt svar på Prednisolon, som då sattes ut. Bilateralt glaukom med nästan blindhet på ena ögat och nyligen linsluxation på det andra. Väntar på ögonoperation. Kraftig hörselnedsättning.

Efter fall i hemmet och en kort vårdtid på medicinkliniken kommer Gunhild till ditt särskilda boende med egna lägenheter, sjuksköterska och undersköterskor. Epikrisdiagnos: Urinvägsinfektion.

#### Läkemedel:

Enalapril

Salures

Citalopram (tillfälligt utsatt på grund av urinretention)

Metoprolol nyligen utsatt på grund av låg puls.

Gunhild hade stått på Citalopram, som satts ut pga urinretention.

Diagnos? Har hon varit deprimerad? Hur får du veta fakta?

Blev hon deprimerad av att synen avtagit? – Hur viktigt är det med ögonoperationen?

### **Gunhild efter en tid**

Efter knappt 3 månaders boende har Gunhild enligt sjuksköterskan en oklar smärta i underlivet. Hon vill inte sitta, har något mer frekventa miktationer utan dysuri. Residualurin har hon inte. Översiktlig gyn-undersökning ger bedömningen att det troligen är besvär av torra slemhinnor. Du sätter in Ovesterin.

Några veckor senare tas Gunhild upp igen. Hon har sämre allmäntillstånd. Vill inte lämna rummet. Behöver stimuleras att äta. Upplevs kognitivt sänkt. Tillståndet styrks av sonen.

BT 100/60. Puls 67. Svår att kommunicera med. Ligger i sängen, vill inte svara eller höra. Ingen smärtreaktion. Inga körtlar. Utslätad mimik. Hjärta och lungor ua. Inga svikttecken.

Lab visar ett kreatinin på 139 (fördubblat) och ett kalium på 3,0

Vad är det som håller på att hända?

Diagnos? Hur skatta allvarlighetsgraden?

Lämplig behandling?

Hon tålde ju inte Citalopram, vad kan du nu ge?

## **Gunhild sämre igen**

Arbetsdiagnosen blir: Svår depression.

Enalapril och Salures sätts ut. Konsult med psykiatriker leder till att Cipralex insättes.

Möjligen ECT senare?

Omvårdnadsåtgärder, påputtning med mera leder efter tre veckor till att man åtminstone fått henne att lämna lägenheten någon gång och hon äter vid bordet igen.

Nu ringer sjuksköterskan. Gunhild är försämrad efter helgen. Man har noterat kanske lite svaghet i ena sidan men inget jättetydligt kvarstår. Gunhild är blek, trött och har sänkt allmäntillstånd

Hur hög ska ambitionsnivån vara att behandla en patient som tidigare varit hemmaboende?

Ställa in planerad ögonoperation?

Hur mycket bör man använda tvång för matning, ADL och promenader?

Psykiatriskt – inläggning, ECT, enbart mediciner?

Diskutera i gruppen. Försök se det hela ur olika synvinklar.

Finns det någon ledning i SBU-rapporten?

## **Fall nr 4: Bertil**

Bertil är 66 år och arbetar som busschaufför. Han känner sig frisk och trivs så bra med att jobba, att han inte vill gå i pension. Hemma finns jämgamla hustrun Ulla, pensionerad lärare. Bertil och Ulla brukar följas på körsång och promenader.

Sedan ett tag är Bertil nerstämd och söker nu med frågan om det finns något att göra åt det.

Ulla bekräftar att Bertil inte haft lust gå med på promenader och inte heller velat gå på kören som vanligt. Båda är oroliga över hans tillstånd.

Vad gör du nu?

Hur ställer du diagnos?

MADRS eller GDS 20?

Vilken behandling sätter du in?

## **Bertils återbesök**

Bertil ordinerades Citalopram 20 mg 1x1.

Två veckor senare:

Bertil sitter hopsjunken i väntrummet och reser sig stelt. Ansiktet är uttrycksöst, han tittar helst bort. Talar långsamt.

”Jag är inte bättre. Medicinen hjälpte inte.”

Under samtalet visar det sig att Bertil bara tagit en enda tablett och då känt sig dålig i magen. Sen vågade han inte ta fler.

”Jag orkar inte leva.”

Ulla är ännu oroligare. Hon berättar att Bertil bara sover 3 timmar per natt. Han äter nästan ingenting och har gått ned fyra kg.

Klinisk bedömning visar en klar depression. MADRS ger idag 28 p. Frågan om suicid besvaras med att han ser självmord som en tänkbar utväg.

Vad gör du nu?

Förklarar hur medicinen verkar och övertalar Bertil att försöka igen?

Remiss till psykiatrisk klinik?

Telefonkonsult med psykiatriker?

Medicinbyte? – vilket val gör du?

ECT?

Diskutera i gruppen och tänk ut olika utfall.

Vi vet inte hur det går för Bertil.

Tänk ut hur det skulle kunna gå.

### **Diskussion**

Hur tycker du det är att arbeta på detta sätt?

Vilken nytta har du haft av SBU-rapporten?

### **Faktadel**

Se SBU-rapporten

### **Referenser**

SBU Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom rapport nr 212

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Diagnostik-och-uppfoljning-av-forstamningssyndrom/>

### **Uppgifter om jäv**

Inga uppgivna