

Depression hos äldre

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Hasan Burhan, ST-läkare vårdcentralen Birka, Markus Ågren,
Överläkare vuxenpsykiatri, Medicinsk grupp äldre (delansvarig)

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Epidemiologi.....	2
1.2	Naturalförlopp.....	2
2	Symtom.....	2
3	Utredning.....	2
3.1	Diagnostik.....	2
3.2	Röntgen.....	3
3.3	Lab.....	3
4	Behandling.....	3
4.1	Icke farmakologisk.....	3
4.2	Farmakologisk.....	3
5	Uppföljning.....	4
6	Remiss.....	4
7	Relaterade dokument.....	4
7.1	Externa länkar.....	4

1 Inledning

1.1 Epidemiologi

Prevalens 10-15% i åldersgruppen över 65 år. Ca 20-25% på särskilt boende har symtom på depression.

1.2 Naturalförlopp

Vi vet att även lindriga depressioner hos äldre kan ge betydande funktionsnedsättningar och att dessa patienter löper en ökad risk att utveckla djupare depressioner om de inte identifieras och behandlas. Idag finns behandlingsmetoder vilket gör att det är viktigt att hitta och behandla äldre med depression.

2 Symtom

Symtomen hos de äldre ter sig inte alltid som hos yngre. Bilden kan domineras av kroppsliga symtom (somatisering) eller kognitiva symtom (pseudodemens). Aggressivitet och lättare psykotiska inslag är inte ovanligt. Oro och sömnstörning finns ofta med i bilden. Man bör inte glömma att depression kan också vara en följd av somatisk sjukdom, läkemedelsbiverkan och/eller alkoholöverkonsumtion.

3 Utredning

3.1 Diagnostik

ICD 10-kriterier för depressiv episod (minst två av de tre första och minst två av de följande):

- Nedstämdhet
- Förlust av intresse
- Energiförlust, ökad uttrötthet
- Minskat självförtroende
- Skuld känslor, självföreläsa
- Självmordstankar
- Kognitiva störningar, koncentrationsstörning
- Psykomotorisk hämning eller agitation
- Sömnstörning
- Aptitstörning

Kriterierna är de samma för äldre som för yngre, men större hänsyn måste tas till att symtomen hos äldre ofta är atypiska.

GDS 15 (Geriatric Depression Scale) är ett screeninginstrument avsett att upptäcka depression hos äldre. Vid misstanke på kognitiv svikt används även MMSE (Mini Mental State Examination) och klocktest. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) kan användas för att gradera allvarlighetsgraden och följa symtomen.

3.2 Röntgen

Ev DT hjärna vid misstanke om annan patologi eller demensutveckling.

3.3 Lab

Somatiska orsaker som till exempel hypotyreos, anemi, hyperkalcemi eller B12-brist ska uteslutas med basala blodprover.

4 Behandling

4.1 Icke farmakologisk

KBT eller problemlösningsterapi ensamt eller som tillägg till farmakologisk behandling. Fysisk aktivitet kan vara ett värdefullt komplement men är dåligt studerat i denna målgrupp.

4.2 Farmakologisk

SSRI. Citalopram kan öka QTc, i synnerhet i kombination med andra läkemedel som ökar QTc (tex omeprazol, donepezil, ciprofloxacin, atarax). Denna effekt är dock dosberoende och vid låga dygnsdoser är den inte alltid kliniskt signifikant. Man kan kontrollera QTc med EKG ett par veckor efter insättning av citalopram. Alternativt kan man prova att behandla med sertralin.

Mirtazapin är också sömnförbättrande och ångestdämpande. Kan ges ensamt eller som tillägg till SSRI.

Duloxetin kan vara ett lämpligt val vid recidiverande depression då det är ett av få preparat som utvärderats specifikt på denna indikation. Det kan vara särskilt lämpligt vid samtidig smärtsam neuropati. Beakta dock risk för biverkningar som yrsel och muntorrhet.

Venlafaxin kan provas, men det vetenskapliga underlaget i denna åldersgrupp är otillräckligt. Håll dosen något lägre än hos yngre.

Börja med låg dos och trappa upp långsamt. Läkemedel med påtaglig antikolinerg effekt såsom tricyklika ska undvikas. Det tar längre tid att uppnå effekt hos äldre. Mycket viktigt med **utvärdering av effekten efter 2-3 månader**, eftersom SSRI i kortidsstudier inte visats vara bättre än placebo för personer över 65 år. Vid god effekt av SSRI finns dock vetenskapligt stöd för att fortsatt behandling förebygger recidiv. Hänsyn tas till samsjuklighet, njurfunktion och övriga läkemedel. Hos äldre kan förhöjda plasmakoncentrationer uppstå på grund av långsam läkemedelsmetabolism och/eller sänkt njurfunktion och därför kan dosjustering vara nödvändig.

Profylaktisk långtidsbehandling kan bli aktuellt vid återkommande depressioner.

SSRI ger i kombination med NSAID en markant ökad risk för gastrointestinal blödning och bör undvikas. Även SSRI i kombination med lågdos ASA ökar blödningsrisken.

Antidepressiva läkemedel respektive opioider ökar fallrisken med 60 %. Även lugnande respektive sömnmedel ökar fallrisken. Kombination av dessa läkemedel

ökar risken ytterligare. Bedöm fallrisk/fallprevention, inför insättning av antidepressiva läkemedel.

Det finns även en risk för hyponatremi, framför allt vid kombination med diuretika.

Som behandling vid tillfällig ångest rekommenderas preparat med få metaboliter och kort halveringstid, i första hand oxazepam (Oxascand, Sobril). Klometiazol (Heminevrin) kan användas i enstaka fall. Långverkande bensodiazepiner såsom diazepam (Stesolid) och alprozalam (Xanor) skall undvikas. Antikolinerga biverkningar leder till urinretention och konfusion.

Vid sömnstörning rekommenderas i första hand sömnhygieniska åtgärder. Vid behov av farmakologisk behandling rekommenderas zopiklon i första hand.

5 Uppföljning

Det är viktigt att regelbundet ompröva behandlingen med antidepressiva som annars lätt fortgår slentrianmässigt. Madrs kan användas för utvärdering av behandlingseffekt. Även GDS 15 används kliniskt i detta syfte men validering saknas. Målet för behandlingen är symtomfrihet (återställd med avseende på stämningsläge och funktionsförmåga). Man bör inte nöja sig med endast symtomreduktion. Efter 6 veckors behandling med utebliven effekt trots adekvat dositering -byt preparat.

Vid utsättning halvera dosen i tvåveckorsintervaller.

6 Remiss

Djupa depressioner. ECT vid djup depression är effektiv, väldokumenterad och väl tolererad behandling hos äldre, inte minst vid uttalad psykomotorisk hämning eller psykotiska inslag.

Svårbehandlad depression – utebliven förbättring efter två behandlingsförsök med olika typer av läkemedel i tillräcklig dos och under minst 6-8 veckor för varje preparat

Indikation för slutenvård är i första hand psykotiska symtom eller suicidrisk.

7 Relaterade dokument

7.1 Externa länkar

[GDS15](#)

[MADRS självskattning](#)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.

Giltig fr.o.m: 2020-02-11
Giltig t.o.m: 2023-02-11
Identifierare: 31619
Depression hos äldre

