

Identifikation af den ældre depressive patient

Karen Andersen-Ranberg MD, Ph.D

Geriatrisk afd., Odense Universitetshospital
Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Eller....

Hvorfor er det så svært med
den ældre depressive patient?

Uddrag af diagnostiske kriterier for depression (DSM-IV)

- Kriterie B:
 - Forsænket stemningsleje
 - Tab af interesser eller glæde ved aktiviteter
 - Nedsat energi eller træthed
 - Vægtændringer (+/-)
 - Søvnproblemer
 - Psykomotorisk agitation eller hæmning
 - Følelse af at være værdiløs eller have skyldfølelse(r)
 - Nedsat koncentrationsevne, tænkeevne eller rådvildhed
 - Tilbagevendende tanker om døden, suicidale tanker

Kriterie B:

- Forsænket stemningsleje
 - ▶ Kendt kræftdiagnose?
- Nedsat energi og træthed
 - ▶ Smerter? Muskelsvækkelse? Hjertesvigt? Stofskiftesygd?
- Tab af interesser
 - ▶ Reduceret syn? Reduceret hørelse? Nedsat mobilitet af legemlige årsager? Demens?
- Vægtændringer (+/-)
 - ▶ Legemlig sygdom? Insufficient kost? Kan ikke lide maden fra madserviceordningen? Måltidet ikke længere en social begivenhed?
- Søvnproblemer
 - ▶ Hyppige opvågninger pga. natlig vandladning?

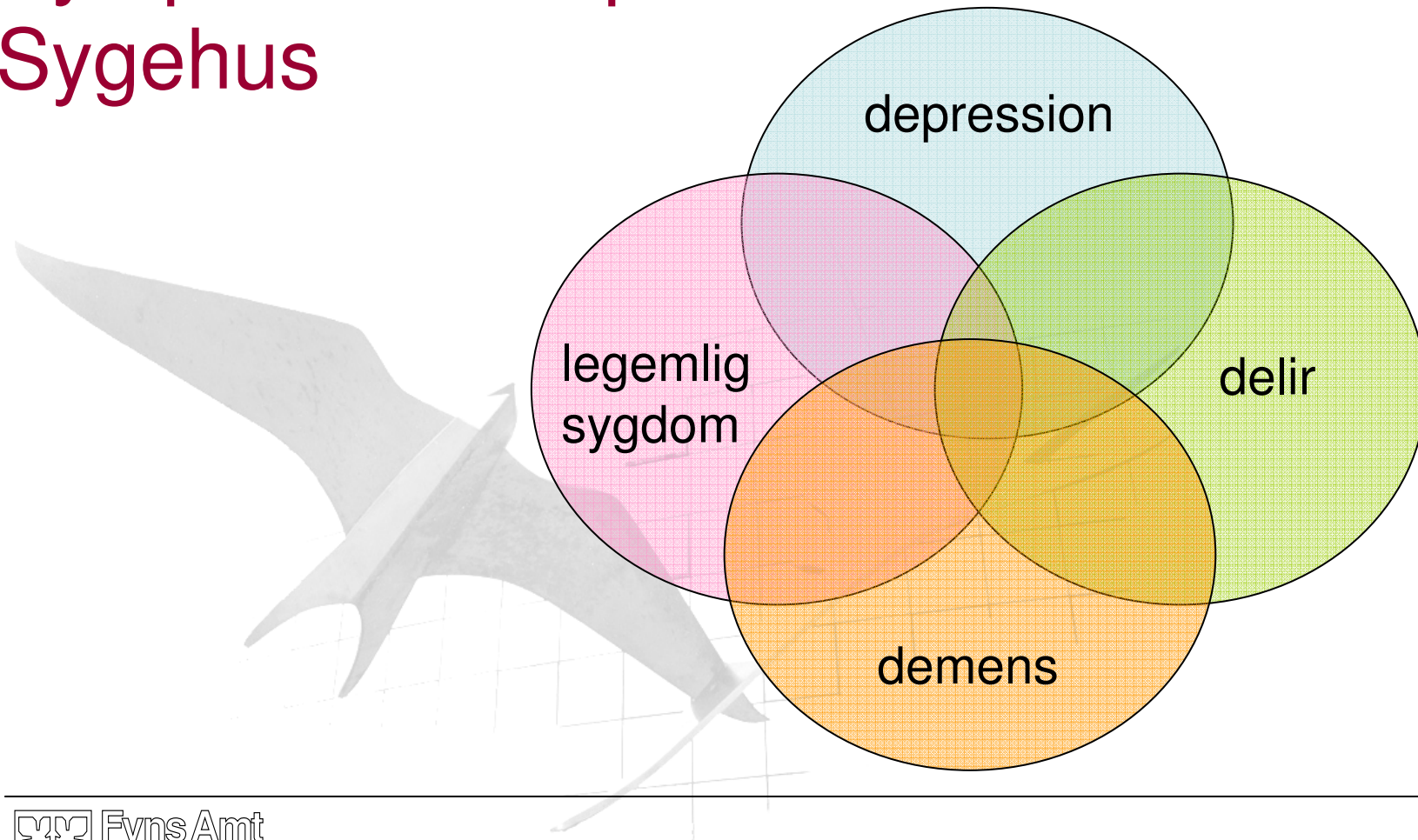
Kriterie B: fortsat.....

- Psykomotoriske agitation eller hæmning
 - ▶ Hæmning: Smertefulde i bevægeapparatet? Medicin? Delir?
 - ▶ Agitation: Sygdom med bevægeforstyrrelser, medicin (neuroleptika) Delir?
- Følelse af at være værdiløs eller have skyldfølelse(r)
 - ▶ -
- Nedsat koncentrationsevne, tænkeevne eller rådvildhed
 - ▶ Lægens spørgsmål og ord? Det går for hurtigt? Demens? Informationsmængden for stor? "Er det kræft, doktor?" Medicin? Delir?
- Tilbagevendende tanker om døden, suicidale tanker
 - ▶ Mere almindeligt i denne aldersgruppe end blandt yngre?

Den ældre patient er vanskelig

- ▶ Fordi pt. ofte har flere sygdomme med symptom-overlap
- ▶ Fordi pt. præsenterer sig atypisk
- ▶ Fordi pt. sjældent selv erkender en depression
- ▶ Fordi omgivelserne slår det hen (tabuiserer)
- ▶ Fordi behandlerssystemet ikke er "gearet" til at tage sig tid til at lytte og heller ikke tilstrækkeligt uddannede til at læse "advarselslamperne"

Symptom-overlap Sygehus

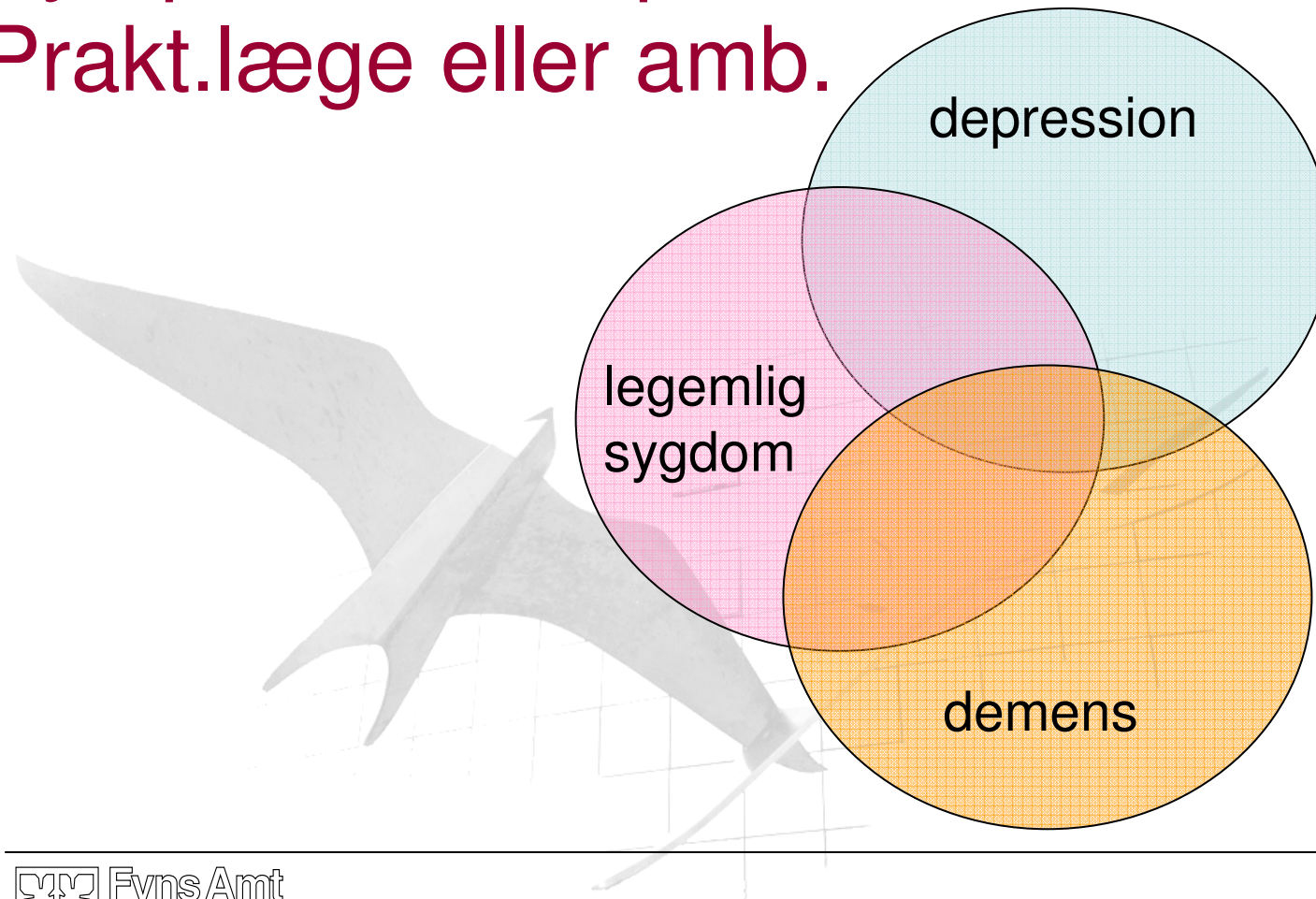


På sygehuset er den ældre patient legemligt syg – det skal udredes først, andre problemer returneres til e.l.

I medicinske/geriatrike ambulatorier/daghospitaler er pt. ikke akut syg, men præsenterer sig ofte med symptomer, som var det en broget landhandel

Hos den praktiserende læge er det i teorien den holistiske tilgang, men i praksis dikterer 10-15 min.'s konsultationstid noget andet.

Symptom-overlap Prakt.læge eller amb.



Atypiske præsentationer: 5 hovedformer

- **Neurotiform:** angst, appellerende, egocentrisk, hypokondrisk
- **Eretisk:** negativistisk, afvisende, anklagende
- **Somatoform:** smerteklager, obstipation, svimmel, gangforstyrrelser
- **Dementoform:** opgivende, regredieret, hjælpeløs
- **Klassisk:** håbløshed, skyld, ringhed, hæmning

» Torpdahl og Gulmann 2003

Hvornår mistænker geriateren depression?

- Når.....
 - alle blodprøver er normale
 - pt. ser for velplejet ud i forhold til de mange legemlige klager
 - der er en let agitation og vredladdenhed
 - pt. er tidskrævende og rigeligt snakkende
 - pt. kommer for femte gang og man registrerer en følelse hos sig selv at *"pt. hænger én langt ud af halsen!"*
 - Det tværfaglige personale observerer tristhed i nære situationer (ex. fysioterapeut)

Halveringsreglen – The rule of halves

- ▶ Kun halvdelen af deprimerede søger læge (50%)
 - ▶ Praktiserende læger diagnosticerer kun depression i halvdelen af tilfældene (25%)
 - ▶ Kun halvdelen af de diagnosticerede bliver tilbudt behandling herfor (medicin) (12,5%)
 - ▶ Kun halvdelen af de der bliver tilbudt medicin tager den (6,25%)