

Modul 6

Kartlegging av depresjon i primærhelsetjenesten

I denne modulen går vi gjennom kartleggingsverktøy som helsepersonell enkelt kan ta i bruk

Modulen varer ca 20 minutter + refleksjon

Hvor treffsikker er du?

- Diagnostiseringsprosessen har til hensikt å finne ut hva pasienten lider av, om noe.
- Din vurdering styres av samtalen du har med pasienten i kombinasjon med hele din kliniske erfaring og den kjennskap du har til pasienten forøvrig.
- Pasienter som presenterer atypiske symptomer har størst risiko for å bli feildiagnostisert.
- Psykiske lidelser hos eldre kan presenteres på måter som ikke minner om psykiatri.

Riktig og galt

- Du kan gjøre to riktige diagnostiske valg:
 - Du oppfatter pasienten som deprimert og pasienten er deprimert
 - Du oppfatter pasienten som ikke deprimert, og pasienten er ikke deprimert
- Du kan også gjøre to gale diagnostiske valg:
 - Du oppfatter pasienten som deprimert mens pasienten ikke er det
 - Du oppfatter pasienten som ikke deprimert mens pasienten egentlig er det
- Vi kaller disse beslutningene henholdsvis "sann positiv", "sann negativ", "falsk positiv" og "falsk negativ" (SP, SN, FP og FN)

Verktøy til hjelp for diagnostisering

- Det finnes verktøy som kan måle depresjon i store grupper (screeningverktøy) og som kan måle depresjon hos den enkelte pasient.
- Helsedirektoratet fraråder generell screening av hele befolkningen, men anbefaler screening av risikogrupper.
 - Risikogrupper er, i følge Helsedirektoratet: 1. Personer som tidligere har hatt behandlingstrengende depresjon, 2. Personer med rusmiddelproblemer, 3. Personer med somatiske lidelser som forårsaker funksjonstap, 4. Personer med kroniske smerter, 5. Personer med tapsopplevelser, 6. Personer som har opplevd traumer, for eksempel seksuelle overgrep i barndommen eller i voksen alder og 7. Personer med andre psykiske lidelser
- Mange av dine eldre pasienter faller innenfor en eller flere av disse gruppene

Screening av eldre

- Du kan spørre tre spørsmål om depresjon til alle eldre:
 1. I den siste måneden, har du vært plaget av å føle deg deprimert, nedtrykt eller uten håp?
 2. I den siste måneden, har du vært plaget av mindre interesse eller glede ved å gjøre ting?
 3. Er dette noe du vil ha hjelp til?
 1. Ja
 2. Ja, men ikke i dag
 3. Nei
- Et ja på et eller begge av de to første kan tale for at pasienten har en depresjon.
- Et nei på det siste spørsmålet øker sannsynligheten for å fange opp de som ikke er deprimerte med 10%

Screeningens fallgruber

- Ved å screene fanger vi opp de fleste med depresjon. Hovedproblemet er først og fremst at vi fanger opp udeprimerte som deprimerte.
- Dette skyldes at screenings spørsmål ofte kan ha ganske lav "spesifisitet" (evne til å fange opp friske som friske). Siden det er flest friske i befolkningen, vil relativt mange friske scores som deprimerte når spesifisiteten er lav.

Konklusjon screening

- Screening av eldre i primærhelsetjenesten er nyttig, men det er en risiko for at ikke deprimerte pasienter blir fanget opp som deprimerte
- Pasienter som scorer positivt på screening må utredes videre
- Hvis du mener pasienten er deprimert, men pasienten scorer negativt – utred videre!

Videre utredning

- Det finnes mange depresjonsspørreskjemaer
- Bruk skjemaer i kombinasjon med din kliniske erfaring og kunnskap om depresjon
- Følgende spørreskjemaer er utbredt i primærhelsetjenesten og finnes i norske oversettelser:
 - Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Geriatric Depression Scale (GDS), Hamilton Depression Scale (Ham-D).
- MADRS inngår delvis i "Strukturert psykiatrisk intervju for allmennpraksis" (SPIFA) og inngår i mange fastlegers journalsystemer.
- Norske oversettelser av MADRS og GDS er validert for eldre.

MADRS

- MADRS viser tilfredsstillende samvariasjon med ICD10 og psykiaters vurdering.
- Scorer på 10 domener som er forbundet med depresjon. Hvert domene scorer fra 0 (ingen symptomer) til 6 (maksimalt).
- Symptomintensitet er beskrevet for partallene i aksene, 0-2-4-6, og man scorer 1-3-5 dersom svaret er i mellom to beskrivelser.
- Maks score 60 (alvorligst).

MADRS og alvorlighetsgrad

- MADRS er nyttig for to formål:
 1. Vurdere alvorlighetsgraden av depresjonen
 2. Ved regelmessig bruk av MADRS under behandlingen, får du et godt mål for om pasienten kommer seg
- Følgende MADRS-verdier kan skille alvorlighetsgrad:
 - 0-10: Ingen depresjon
 - 11-19: Mild depresjon
 - 20-34: Moderat depresjon
 - 35-60: Alvorlig depresjon
- Grensen mellom "ingen" og "mild" depresjon er flytende.

1. Synlig tristhet

1 Ytre tegn på tristhet

Sikter til håpløshet, dysterhet og fortvilelse, (mer enn vanlig forbigående nedstemthet) som gjenspeiles i tale, ansiktsuttrykk og kroppsholdning. Vurder ut fra dybde og manglende evne til å lysne opp.

- 0. Ingen tristhet
- 1.
- 2. Ser trist og humorløs ut, men lysner opp uten vanskelighet.
- 3.
- 4. Virker trist og ulykkelig det meste av tiden.
- 5.
- 6. Ser ekstremt trist og fortvilet ut hele tiden. Dyp håpløshet.

- Dette er det eneste leddet i MADRS som baserer seg på dine observasjoner av pasienten.

2. Tristhet

2 Rapportert tristhet

Sikter til utsagn om nedstemthet, uansett om denne gir seg ytre uttrykk. Omfatter senket stemningsleie, tristhet og fortvilelse eller følelsen av å være hinsides hjelp og håp. Grader i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad stemningsleiet angies å bli påvirket av ytre omstendigheter.

Har du vært vedvarende deprimert eller nedfor mesteparten av dagen hver dag de siste tre dager?

- 0. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
- 1.
- 2. Trist eller nedstemt, men lysner opp uten vanskelighet.
- 3.
- 4. Gjennomtrengende følelse av tristhet eller dysterhet. Stemningsleiet blir likevel påvirket av ytre omstendigheter.
- 5.
- 6. Vedvarende eller konstant tristhet, fortvilelse eller håpløshet

- Subjektiv opplevelse av tristhet kan hos mange eldre deprimerte være vanskelig å beskrive.
- Håp og fremtidsfølelse kan være alternative markører.
- Husk å ta høyde for pasientens øvrige somatiske lidelser

3. Indre spenning

3 Indre spenning

Sikter til følelser av vagt ubehag, øket irritabilitet, indre uro, eller anspenthet stigende til enten panikk, forferdelig frykt eller overveldende angst. Grader ut fra intensitet, hyppighet, varighet og behov for støtte og beroligelse.

Har du merket noen uro, spenning eller angst siste tre dager?

0. Rolig. Bare ankyndning til indre spenning.
 1.
 2. Leilighetsvis følelse av å være anspent og vage følelser av indre kroppslig ubehag.
 3.
 4. Vedvarende følelse av indre spenning eller panikk som kommer og går og som pasienten bare kan mestre med vanskelighet
 5.
 6. Vedvarende og overveldende frykt eller angst. Overveldende panikkfølelse.

- Psykomotorisk uro eller "agitasjon" kan være dominerende symptom hos noen eldre med depresjon.
- Husk at enkelte medikamenter (som antipsykotika, antidepressiver og antiparkinsonmidler) kan gi et liknende bilde

4. Redusert nattesøvn

4 Nedsatt søvn

Sikter til opplevelse av nedsatt varighet eller dybde av søvnen sammenlignet med personens vanlige søvnmønster når han eller hun føler seg bra.

Har du hatt søvnproblemer nesten hver natt de siste tre dager?

0. Sovor som vanlig.
 1.
 2. Visse vanskeligheter med innsovning eller noe nedsatt, lett eller usammenhengende søvn.
 3.
 4. Søvn redusert eller avbrutt med minst to timer.
 5.
 6. Mindre enn to-tre timer søvn.

- "Vanlig søvn" hos eldre er ofte kortere enn det som var vanlig da de var yngre

5. Svekket appetitt

5 Nedsatt appetitt

Sikter til følelsen av minsket appetitt sammenlignet med når personen føler seg bra. Grader i forhold til tap av matlyst og behov for å tvinge seg selv til å spise.

Hvordan har det vært med matlysten de siste tre dager?

0. Vanlig eller økt appetitt.
 1.
 2. Lett nedsatt appetitt.
 3.
 4. Ingen appetitt. Maten smaker ikke.
 5.
 6. Må overtales for i det hele tatt å spise.

- Vurder symptomer på redusert matlyst i lys av andre somatiske lidelser og pasientens medisiner.

6. Konsentrasjonsvansker

6 Konsentrasjonsvanskeligheter

Sikter til vanskeligheter med å samle tankene stigende til invaliderende mangel på konsentrasjon. Grader i henhold til intensitet, hyppighet og graden av invalidering.

Har du hatt vansker med å konsentrere deg de siste tre dager?

0. Ingen konsentrasjonsvanskeligheter.
 1.
 2. Av og til vanskeligheter med å samle tankene.
 3.
 4. Vanskeligheter med å konsentrere seg om enkle rutineaktiviteter og gjennomføre disse uten anstrengelser.
 5.
 6. Ute av stand til å lese eller samtale med andre uten store vanskeligheter.

- Konsentrasjonsvansker kan ofte mest oppleves som hukommelsesproblemer

7. Initiativløshet

7 Initiativløshet

Sikter til vanskeligheter med å komme i gang eller treghet med å starte og utføre daglige aktiviteter.
 Har du hatt vansker med å komme i gang, ta initiativ eller utføre daglige aktiviteter de siste tre dager?

0. Nesten ingen vanskeligheter med å komme i gang. Ingen treghet.
 1.
 2. Vanskeligheter med å komme i gang med aktiviteter.
 3.
 4. Vanskeligheter med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter som bare kan utføres med anstrengelse.
 5.
 6. Fullstendig initiativløshet. Ute av stand til å gjøre noe uten hjelp.

- Vurder også i forhold til pasientens øvrige medisiner og somatiske status.

8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner

8 Ute av stand til å oppleve følelser

Sikter til den subjektive opplevelsen av nedsatt interesse for omgivelsene eller for aktiviteter som vanligvis gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendigheter eller mennesker er svekket.
 Har du i de siste tre dager vist mindre interesse for de fleste ting, eller vært mindre i stand til å glede deg over ting som pleide å gi deg glede?

0. Normal interesse for omgivelsene og for andre mennesker.
 1.
 2. Nedsatt evne til å glede seg over det som vanligvis gleder.
 3.
 4. Tap av interesse for omgivelsene. Tap av følelser for venner og kjente.
 5.
 6. Opplevelse av å være emosjonelt lammet, ute av stand til å føle sinne, sorg eller glede og en fullstendig eller endog smertelig svikt når det gjelder å føle noe for nære slektninger og venner.

- Å erkjenne sviktende interesse for familie kan være vanskelig for mange eldre.

9. Depressivt tankeinnhold

9 Pessimistiske tanker

Sikter til tanker om skyld, mindreverd, selvbebreidelse, synd, anger og fordervelse i fremtiden.

Har du følt deg verdiløs eller skyldbæyngt de siste tre dager?

- 0. Ingen pessimistiske tanker.
- 1.
- 2. Fluktuierende forestillinger om å være mislykket, selvbebreidelse eller nedvurdering av seg selv.
- 3.
- 4. Vedvarende selvkandager, eller klare men likevel rasjonelle forestillinger om skyld eller synd. Stadig mer pessimistisk med hensyn til fremtiden.
- 5.
- 6. Vrangforestillinger om fordervelse, anger eller uilgivelig synd. Selvkandager som er absurde og urokkelige.

10. Suicidaltanker

10 Selvmordstanker

Sikter til følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en naturlig, død ville være kjærkomment, selvmordstanker og forberedelser til selvmord. Selvmordsforsøk skal ikke i seg selv påvirke graderingen.

Har du selvmordstanker eller har du ønsket at du var død de siste tre dager?

- 0. Gleder seg over livet eller tar det som det kommer.
- 1.
- 2. Lei av livet. Bare flyktige selvmordstanker.
- 3.
- 4. Ville helst være død. Selvmordstanker er vanlige og selvmord blir sett på som en mulig løsning, men uten at det foreligger konkrete planer eller hensikter
- 5.
- 6. Uttalte planer om selvmord når det byr seg en anledning. Aktive forberedelser på selvmord.

- Å spørre om suicidal tanker er vanskelig for mange. Generaliser temaet for pasienten i samtalen: "Jeg vet at det er mange som har det som deg som strever med livslysten – hvordan er det for deg nå for tiden?"

Modul 6 – Refleksjonsoppgave

- Hvordan kan du ta inn screening-spørsmål og MADRS (eller liknende skjema) systematisk i din tilnærming til en pasient?