

Modul 10

Medikamentell behandling av depresjon hos eldre

I denne modulen går vi gjennom de viktigste prinsippene for medikamentell behandling av depresjon hos eldre og personer med depresjon og demens.

Modulen varer i ca 10 minutter + refleksjon

Praksis i Norge

- Siden 90-tallet har norske fastleger blitt mer oppmerksomme på depresjon og flinkere til å behandle depresjon
- Utviklingen faller sammen med økt samfunnsbevissthet om psykiske lidelser i befolkningen, bedre og raskere utredningsverktøy samt utvikling av medisiner som er enklere (og tryggere?) å bruke.
- Mange eldre bruker antidepressiver.
 - 65-79 år: ca 13 %
 - Over 80 år: ca 14 %

Hvem har nytte av antidepressiver?

- Pasienter med moderat til alvorlig depresjon kan ha nytte av antidepressiver.
- Jo mildere depresjon, dess mindre sannsynlighet for klinisk effekt.
- Når sannsynligheten for klinisk effekt er liten, er avveiningen mot bivirkninger desto viktigere.
- Pasienter med mild depresjon, som har hatt effekt av antidepressiver tidligere, kan ha nytte av antidepressiver.

Hva bør du gjøre?

- Hvis sannsynligheten for klinisk effekt er liten, drøft andre tiltak som har sammenliknbar eller bedre klinisk effekt og mindre bivirkninger (selvhjelps litteratur, sosial kontakt, fysisk aktivitet)
- Drøft med pasienten og eventuelt pårørende deres forventninger til at antidepressiver er beste behandling.
- Dersom du velger å starte antidepressiv behandling, husk at risikoen for autoseponering er stor blant pasienter med depresjon

Medikamentell behandling

NEL (2011)	Helsedirektoratet (2009)	UpToDate (2012)	NICE (2010)
SSRI eventuelt Bupropion	"et stort antall antidepressiver"	SSRI. Mirtazapin ved søvnplager, agitasjon, rastløshet eller anoreksi	SSRI på grunn av gunstigere bivirkningsprofil

Antidepressiver har sammenliknbar effekt for depresjoner behandlet i primærhelsetjenesten. Valg avgjøres av pasientens preferanser, legens erfaring med medikamentet, bivirknings- og interaksjonsprofil.

Bivirkninger/interaksjoner

- Eldre er mer utsatt for å få bivirkninger enn yngre voksne
- Hyponatremi på SSRI er antakelig underkjent
- "Nye antidepressiver har like stor bivirkningshyppighet som eldre antidepressiver (fall, slag/TIA, mortalitet)"
- - men er ikke så toksiske ved overdoseringer
- Økt risiko for frakturer hos eldre som bruker SSRI
- Fluoxetin og paroxetin bør brukes med forsiktighet hos eldre
 - Lang halveringstid og/eller interaksjoner
- Noen antidepressiver bør ikke være førstevalg
 - Venlafaxin (Efexor) - hypertensjon, Reboxetin (Edronax) – urinretensjon
- Bruk www.interaksjoner.no

Når første forsøk ikke fører fram

- Forsikre deg om at du har behandlet tilstrekkelig lenge nok, i tilstrekkelig dose og at pasienten tar medikamentet.
 - Vurder evt veiledende serumkonsentrasjonsbestemmelse
- Du har tre valg:
 - Skifte til preparat i samme klasse (egentlig SSRI til SSRI)
 - Skifte preparat (egentlig SSRI til SNRI/NRI)
 - Kombinasjonsbehandling (egentlig SSRI og SNRI/NRI)
- Hver endring innebærer endret bivirknings- og interaksjonsprofil.
- Kombinasjonsbehandling krever ofte drøfting med spesialisthelsetjenesten/alderspsykiatri

Depresjon og demens

- Depresjonssymptomer opptrer ofte hos pasienter med demens.
- Det er usikkert om det representerer to uavhengige lidelser, eller om depresjonssymptomene er en del av demensbildet.
- Dokumentasjon for effekt av antidepressiver ved depresjon og demens mangler i store studier.
- Flere retningslinjer anbefaler antidepressiver, på tross av manglende dokumentasjon.
- Ved oppstart av antidepressiver hos pasienter med demens påhviler det legen en spesielt ansvar for oppfølging av pasienten.
- MADRS er ikke egnet hos pasienter med MMSE under 20.
- Cornell depresjonsskala ved demens kan brukes.

Modul 10 – Refleksjonsoppgave

- Gitt at 30-50 % av pasienter som starter behandling med et antidepressiv har autoseponert medikamentet i løpet av de første fire ukene. Hvilke strategier har du for å forsikre deg om at din deprimerte pasient tar medisinen og tåler den?