

SKALA IDENTIFIERAR DEPRESSION BLAND ÄLDRE

Prevalens av äldre depression anges vara 12–15 procent. Bland dem som söker vårdcentral är siffran ännu högre. Vid två vårdcentraler i Höganäs hade 93 av 1 002 skattade äldre patienter misstänkt depression enligt skattningsskalan Geriatric depression scale (GDS). Diagnosen bekräftades i 65 fall; hos 20 patienter förelåg krisreaktion. Skattningsskalan är lätt att använda och rekommenderas vid varje distriktsläkarmottagning.

Depressionssjukdom är vanlig; livstidsincidensen för män är 23 procent och för kvinnor 43 procent [1]. Prevalensen av depression i en totalbefolkning varierar men uppskattas vara 5–8 procent. För äldre individer (vanligen 65 år och äldre) varierar prevalensen påtagligt beroende på vilka diagnostiska kriterier och vilken metodik som används men anges ofta till 12–15 procent [2].

Skoog [3] som undersökt 494 85-åringar i Göteborg fann att prevalensen av svår depression (melankoli) var 13,6 procent och av »lättare depression» 5,9

Författare

C-G GOTTFRIES

professor em, Göteborgs universitet, institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelningen för psykiatri och neurokemi, Mölndal

SVEN NOLTORP

chefsöverläkare, vårdcentralen Delfinen, Höganäs

NIELS NØRGAARD

distriktsöverläkare, vårdcentralen Sjöcrona, Höganäs

ANDERS HOLMÉN

yrkeshygieniker

BENKT HÖGSTEDT

docent; dessa två sista vid yrkesmedicinska avdelningen, FoU-avdelningen, Länssjukhuset, Halmstad.

procent. Hos äldre patienter som söker öppenvård är depression ännu vanligare. Macdonald [4] fann i ett material om 235 patienter en prevalenssiffra på 30,6 procent. Diagnosen ställdes med hjälp av en s k short-care interview.

Iliffe och medarbetare [5] använde samma instrument på 236 patienter som var 75 år och äldre. Av dessa patienter uppvisade 21,2 procent »signifikant» depression.

Evans och Katona [6] undersökte en serie äldre patienter som sökte allmänläkare (general practitioners, GP) vid skattningsskalan Geriatric depression scale (GDS) användes. De fann att 30 procent av männen och 40 procent av kvinnorna uppvisade tecken på depression. Prevalenssiffran för depression hos äldre patienter som söker öppenvård varierar mellan 18 och 36 procent [7-11].

Inga svenska standardskalor

Äldre deprimerade patienter uppfyller inte lika ofta kriterierna för melankoli som yngre. De har andra typer av depression, ofta kallade organisk, sekundär och maskerad depression. Det finns inga standardinstrument för mätning av depression hos äldre i Sverige. Yesavage och medarbetare [12] har publicerat skattningsskalan GDS vars uppgift är att på ett enkelt sätt mäta depressionssymtom hos äldre patienter. Skalans validitet och reliabilitet är väl utprövad i amerikanska och engelska undersökningar [2].

Agrell and Dehlin [13] använde GDS vid skattning av depression hos patienter med slaganfall och fann att skattning med GDS samvarierade med global skattning ($r=0,75$). I denna studie var sensitiviteten 88 procent och specificiteten 64 procent.

Harper och medarbetare [14] fann att GDS ej identifierade 15 procent av äldre, kroppsligt sjuka patienter med svår depression och 58 procent med lätt depression.

Kafonek och medarbetare [15], som utvärderade GDS på patienter i långtidsvård, fann en specificitet på 75 procent, men även i denna studie var sensitiviteten låg, 47 procent.

Testas som kvalitetssäkringsinstrument

Avsikten med denna undersökning är att använda en svensk översättning av GDS vid diagnos av depression och pröva om denna skala kan användas vid vårdcentral som ett kvalitetssäkringsinstrument.

MATERIAL OCH METODER

Skattningsskalan för mätning av depression hos äldre hade från början 30 frågor (items) men förkortades senare till att omfatta 15 (GDS-15). GDS-15 har översatts till svenska. På grund av skalans relativt låga sensitivitet, och då vi tycker att den saknar vissa symtom som är viktiga vid åldersdepression, har vi kompletterat den med fem frågor. Dessa gäller sömnstörning, ångslan, ångest, smärta/värk och hypokondriska symtom som uppfattas vara av betydelse för diagnostik av depression hos äldre patienter (se ruta Geriatrisk depressionsskala, GDS-20). Genom att ej höja brytpunkten för misstanke om depression (5 poäng) räknar vi med att öka skalans sensitivitet. I vår skala har efter genomförd undersökning ordet »lycklig» bytts ut mot »nöjd» i fråga 7 och ordet »underbart» bytts ut mot »bra» i fråga 11.

Före undersökningen utbildades två sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri i handhavandet av skattningsskalan.

Var femte minst 65 år i Höganäs kommun

Undersökningen genomfördes i Höganäs kommun. Där bor 22 900 personer. Av dessa är 4 664 personer, 20,4 procent, 65 år eller äldre. Kommunen består av en tätort, som är ett gammalt brukssamhälle, samt ett antal mindre samhällen och jordbruksbygd.

Befolkningen är stabil med liten in- och utflyttning. Medelåldern är hög. De sociala förhållandena är goda och sjukligheten låg. Den rapporterade självmordsfrekvensen är låg.

I kommunen finns två lika stora vårdcentraler – Delfinen och Sjöcrona. Här tjänstgör nio distriktsläkare och en ST-läkare. I Höganäs finns också tre praktiserande allmänläkare och en hel-

tidspraktiserande psykiater vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I Helsingborg, ca 25 km från Höganäs, finns ett sjukhus med psykiatrisk klinik, dit patienter kan söka utan remiss.

Under en ettårsperiod söker 62 procent av hela befolkningen någon av läkarna på vårdcentralerna.

Samtliga patienter som var 65 år och äldre, och som uppsökte någon av de två vårdcentralerna under tiden oktober 1995 till januari 1996, tillfrågades av forskningssköterskorna om de ville delta i en skattning. De patienter som svarade ja, skattades med GDS-20 före läkarbesöket; resultatet presenterades för den läkare som hade hand om patienten.

Bekräfta eller avfärda misstanke om depression

Om patienten hade mer än 5 poäng vid GDS-skattningen innebar detta att misstanke om depression förelåg och läkaren hade till uppgift att bekräfta eller avfärda misstanken. Före undersökningens början fick samtliga läkare som var involverade i undersökningen skriftlig information om kriterierna för diagnosen depression enligt det amerikanska diagnostiska systemet Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 4 (DSM-IV) [16].

Utöver skattning hade forskningssköterskorna till uppgift att ta reda på om patienten tidigare lidit av depressionssjukdom, tidigare erhållit farmakologisk antidepressiv behandling och/eller fick sådan behandling nu. Den ansvarige läkare som bekräftade en misstanke om depression hos patienten skulle vidta de behandlingsåtgärder som han/hon fann lämpliga.

Undersökningen har godkänts av etiska kommittén vid medicinska fakulteten på Lunds universitet.

RESULTAT

1 189 patienter intervjuades (Tabell I). Av dessa skattades ej 187 patienter. Detta berodde antingen på att de själva önskade bli skattade eller på att skattning ej kunde genomföras. Exempelvis skattades ej patienter med demens, dövhet eller bristande språkförmåga. Vid en genomgång av journalanteckningar i efterhand från de 187 patienter som undanbad sig att bli skattade av sjuksköterskorna bedömdes 15,5 procent vara deprimerade (29 patienter).

Definitionsmässigt anger GDS att patienter som har mer än 5 poäng misstänks ha depression. Resultatet av GDS-20-skattningen på de 1 002 patienter som skattades framgår av Figur 1. 93 av patienterna, dvs 9,3 procent, hade mer än 5 poäng på skattningsskalan. Depression kunde i 65 fall bekräftas av

GERIATRISK DEPRESSIONSSKALA, GDS-20

1. Är du i grund och botten nöjd med ditt liv?	Ja	NEJ
2. Har du gett upp många aktiviteter och intressen?	JA	Nej
3. Tycker du att ditt liv är tomt?	JA	Nej
4. Blir du ofta uttråkad?	JA	Nej
5. Är du oftast på gott humör?	Ja	NEJ
6. Är du rädd att något skall hända dig?	JA	Nej
7. Känner du dig oftast glad och nöjd?	Ja	NEJ
8. Känner du dig ofta hjälplös?	JA	Nej
9. Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar?	JA	Nej
10. Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra?	JA	Nej
11. Tycker du att det känns bra att leva?	Ja	NEJ
12. Känner du dig tämligen värdelös som du är nu?	JA	Nej
13. Känner du dig full av energi?	Ja	NEJ
14. Tycker du att din situation är hopplös?	JA	Nej
15. Tycker du att de flesta andra har det bättre än du?	JA	Nej
16. Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen?	JA	Nej
17. Är du ofta orolig och ängslig?	JA	Nej
18. Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt?	JA	Nej
19. Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen?	JA	Nej
20. Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom?	JA	Nej

POÄNGSÄTTNING

Ge 1 poäng för varje svar med stora bokstäver (versaler).

Tolkning: 0–5 Depression osannolik
6–20 Misstanke om depression

GDS – Geriatric depression scale [12]. Skalan modifierad av C-G Gottfries och I Karlsson, psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus, Göteborgs universitet, 1995.

läkare, medan denne i 20 fall bedömde att det förelåg en depressivt färgad »normal» psykologisk reaktion (krisreaktion) till en somatisk sjukdom eller objektsförlust. I åtta fall uppfattade läkaren att somatisk sjukdom med rörelsehinder lett till att patienten fått mer än 5 poäng på skattningsskalan trots frånvaro av depression. Sju av dessa åtta patienter hade skattningspoäng mellan 6 och 8, och en patient hade 13 poäng.

67 patienter fick före skattningen antidepressiv behandling. Av dessa hade 44 patienter 5 poäng eller lägre, dvs depressionssjukdomen kunde uppfattas som utläkt, medan 23 patienter hade kvarstående symtom trots behandlingen.

Mer än var tionde var deprimerad

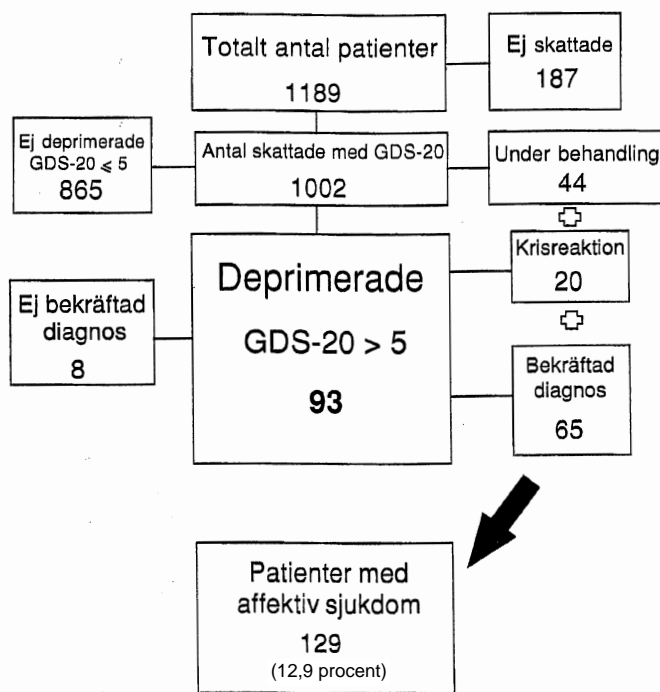
Om man sammantar de patienter för vilka misstanken om depression bekräftats av såväl GDS-20-skattning som den ansvarige läkaren (N = 65) och de patienter som stod på antidepressiv behandling (N = 44) finner man att 10,9 procent av de personer som skattats uppfattas ha depressionssjukdom. Om de patienter tas med som uppfattas uppvisa en depressivt färgad krisreaktion (N = 20) blir procentsiffran 12,9 procent (Figur 1).

Av Figur 2 framgår skattningsresultatet från de båda vårdcentralerna. Som synes föreligger en mycket god överensstämmelse i skattningsresultat. De båda vårdcentralerna arbetade obero-

Tabell I. Antal intervjuade och individer skattade enligt Geriatric depression scale, GDS-20, samt deras ålder och könsfördelning vid de två vårdcentralerna Delfinen och Sjöcrona i Höganäs.

	Delfinen	Sjöcrona	Totalt
Antal intervjuade	555	634	1 189
Antal skattade med GDS-20	448	554	1 002
Ålder+SD	76,3+6,67	75,1+6,8	75,7+6,7
Könsfördelning man/kvinna	183/265	239/315	422/580

Flödesschema GDS-20



Figur 1. Patientflöde vid skattning av 1 002 äldre patienter med Geriatric depression scale, GDS-20.

de av varandra, vad gäller såväl sköterskornas skattningar som läkarnas bedömning av depressionsförekomst.

Poängfördelningen enligt GDS-20 mellan deprimerade och icke deprimerade patienter framgår av Figur 3. Man ser att frågorna 9 och 19 inte diskriminerar patienter med respektive utan depression särskilt väl. Uppenbart föreligger andra skäl än depression till att äldre patienter hellre stannar hemma än »går ut och prövar nya sysselsättningar» respektive »ofta har smärtor och värk i kroppen».

DISKUSSION

Prevalensen av depression och/eller krisreaktion – diagnostiserad genom skattning med GDS-20 och bedömning av distriktsläkare – av äldre patienter (65 år och äldre) som uppsökt vårdcentralerna i Höganäs var 12,9 procent. Denna siffra är lägre än de siffror som presenterats vid undersökningar gjorda framför allt i England och USA.

Skillnaden i prevalens beror sannolikt på ett flertal faktorer. Det kan ha betydelse att det aktuella upptagningsrådet uppfattas ha en överrepresentation av människor från socialgrupp 1 och 2. I upptagningsområdet finns tre privatpraktiserande allmänläkare och en psykiater, vilka kan antas omhänder-

ta äldre patienter med depression. I kommunen finns också en välutvecklad socialvård för äldre. Äldre deprimerade patienter kan också antas söka direkt vid den psykiatriska klinik som ligger i en närbelägen stad.

I Sverige erhåller äldre patienter med behov av omhändertagande dagvård och institutionsvård i större utsträckning än i exempelvis England och USA. De patienter som intagits för gruppvård eller sjukhemsvård, av vilka 40–50 procent uppfattas vara deprimerade, kommer i mindre utsträckning till distriktsläkarens mottagning och har sålunda i denna undersökning inte blivit föremål för skattning. Detta bidrar sannolikt också till den låga prevalenssiffran.

Ingen mätning på falskt negativa patienter

Vi har inte gjort något försök att mäta andelen falskt negativa patienter. De i försöket deltagande distriktsläkarna hade varierande psykiatrisk utbildning och tidsmässigt inga möjligheter att noga penetrera eventuell förekomst av depression hos de patienter vars resultat utföll negativt vid skattningen. Vi kan därför inte i denna studie uttala oss om

skattningsskalans sensitivitet. Eventuellt kan en låg sensitivitet också bidra till förklaringen av den låga prevalenssiffran.

Det vore av intresse att göra en undersökning liknande denna i ett svenskt upptagningsområde där de sociala förhållandena är mindre gynnsamma, och då även låta patienter som söker vård utanför vårdcentralerna bli föremål för undersökning. Det kan förmodas att prevalenssiffran för depression hos äldre blir högre i en sådan undersökning. Sannolikt vore det också av värde att genomföra liknande depressionsskattningar på patienter med cancersjukdom, hjärt-kärlsjukdom, Parkinsons sjukdom, slaganfall och ledgångsreumatism. Även vid dessa tillstånd kan en enkel skattningsskala identifiera depressionssjukdom.

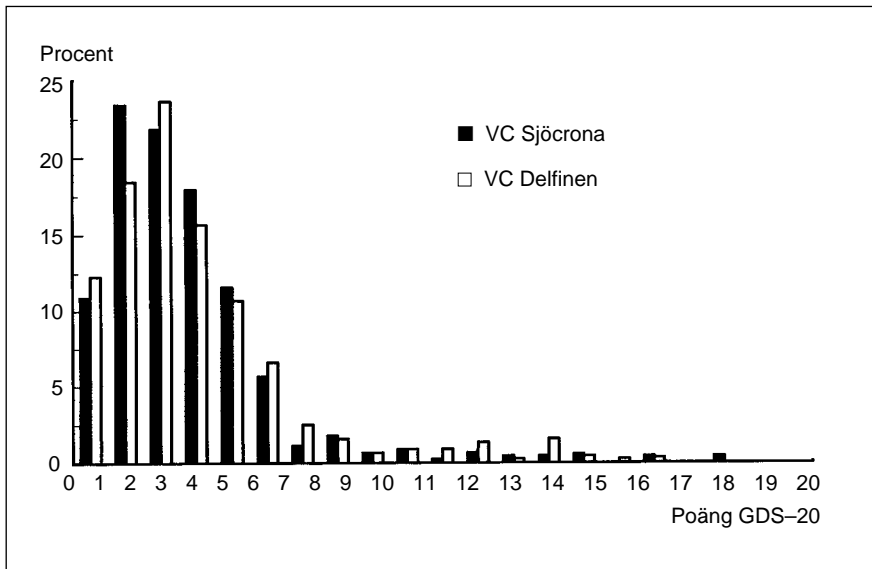
Skattningsskalans tillförlitlighet styrks genom att de två av varandra oberoende vårdcentralerna kom till ett resultat som visade stor överensstämmelse (Figur 2). Även poängfördelningen i det totala materialet pekar på att skattningsskalan på ett konsekvent sätt kan separera icke deprimerade från deprimerade patienter. Skalan är lätt att lära sig att använda, ett par träningstillfällen uppfattas vara tillräckligt för att en psykiatrisk utbildad sjuksköterska och/eller distriktsläkare skall ha tillgodogjort sig handhavandet av skattningsskalan.

Alla äldre bör skattas

De i undersökningen involverade distriktsläkarna var positiva till att använda instrumentet. Den något högre frekvensen av depression (15,5 procent) bland dem som avböjde att bli skattade av sjuksköterskorna jämfört med frekvensen i det skattade materialet (12,9 procent) pekar på att skattning i första hand bör genomföras av distriktsläkaren. Uppfattningen bland de distriktsläkare som deltagit i undersökningen var att alla patienter som är 65 år eller äldre lämpligen bör skattas med skattningsskalan. Patienter som återkommer för kontrollbesök bör skattas minst en gång varje år.

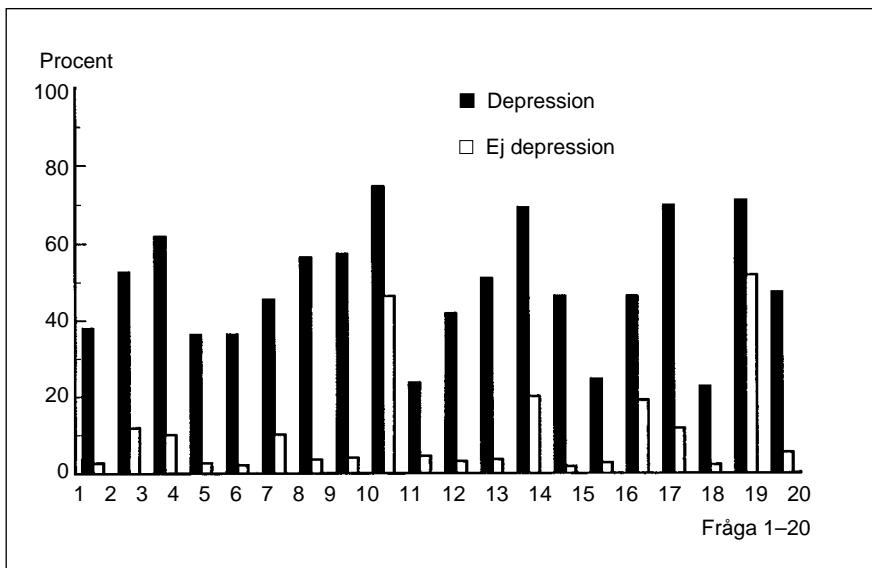
Skattningsskalan kan också användas vid uppföljning av patienter som får antidepressiv behandling. Uppenbart hade 23 av 67 patienter som erhöll antidepressiv farmakologisk behandling inte blivit symtomfria enligt skattningsskalan. Resultatet föranledde den behandlande läkaren att göra ändringar i medicindos eller på annat sätt följa upp den antidepressiva behandlingen.

Den prevalenssiffran för förekomst av depression som erhöles vid undersökningen (12,9 procent) är visserligen lägre än de prevalenssiffror som rapporterats i litteraturen men är likväl hög. Eftersom framgångsrik farmakologisk be-



Figur 3. Procentuell fördelning av svar som indikerar depression på de i GDS-20 ingående frågorna. Patienter som har mer än 5 poäng uppfattas ha depression.

Figur 2. Procentuell fördelning av skattningsresultat från 1 002 skattade individer (65 år och äldre) vid två vårdcentraler i Höganäs.



handling av depressionssjukdom hos äldre i dag är möjlig med exempelvis selektiva serotoninåterupptagsblockerare (SSRI-preparat) är identifieringen av dessa patienter angelägen.

Den använda skattningsskalan kan uppfattas vara ett fungerande kvalitets-säkringsinstrument, eftersom antalet identifierade depressioner är uppenbart högre än det antal som tidigare dokumenterats vid de två vårdcentralerna.

Referenser

- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. Are we entering an age of melancholy? *Psychol Med* 1982; 12: 279-89.
- Katona CLE. *Depression in old age*. New York: Wiley-Liss, Inc 1994, 16-41.
- Skoog I. *Mental disorders in the elderly: a population study in 85-year-olds* [dissertation]. Gothenburg: University of Gothenburg, 1993.

- Macdonald AJD, Dunn J. Death and the expressed wish to die in the elderly: an outcome study. *Age Ageing* 1982; 11: 189-95.
- Iliffe S, Haines A, Gallivan S, Booroff A, Goldenberg E, Morgan P. Assessment of elderly people in general practice 1. Social circumstances and mental state. *Br J Gen Practice* 1991; 41: 9-12.
- Evans S, Katona CLE. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia* 1993; 4: 327-33.
- Duncan-Jones P, Henderson S. The use of two-face design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry* 1978; 13: 231-7.
- Goldberg D. Detection and assessment of emotional disorders in a primary care setting. *Int J Mental Health* 1979; 8: 30-48.
- Schulberg HC, Saul M, McClelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1164-70.
- Block M, Schulberg HC, Coulehan JC, McClelland M, Gooding W. Diagnosing depression among new patients in ambulatory training settings. *J Am Board Fam Pract* 1988; 1: 91-7.
- Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992; 305: 1198-202.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
- Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke* 1989; 60: 1190-4.
- Harper RG, Kotik-Harper D, Kirby H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population. *J Nerv Mental Dis* 1990; 178: 113-9.
- Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 29-34.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American psychiatric association, 1994.

*
Sjuksköterskorna Janet Rignell och Anne Hansen har genomfört skattningarna. Ingrid Larsson har varit behjälplig vid översättning av skattningsskalan.