

Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001

Sammendrag

Bakgrunn. Det er ikke gjort norske epidemiologiske studier av forekomst av depresjon hos eldre. Formålet med denne studien er å finne beste prevalensestimater for depresjon hos eldre over 60 år og få kunnskap om hvordan eventuelle norske studier kan gjennomføres.

Materiale og metode. Litteratursøk i databasene Medline, PsycINFO og PsychLit gav 55 prevalensstudier fra 1990–2001. Studiene ble delt inn etter populasjon og kvalitet.

Resultater. Prevalens av depresjon totalt og alvorlig depresjon var henholdsvis 19 % (2–62 %) og 6 % (0–26 %) for alle studiene. Prevalens av depresjon totalt i sykehus og sykehjem var på 31 % (5–58 %) og prevalens av alvorlig depresjon i sykehus var 14 % (4–26 %). Studiene med god kvalitet angav noe lavere prevalens enn de øvrige, sannsynligvis på grunn av bedre diagnostiske og metodologiske prosedyrer.

Fortolkning. Depresjon er en vanlig lidelse hos eldre. Videre forskning bør undersøke forekomst av depresjon hos pasienter på sykehjem og i sykehus, samt i aldersgruppen over 80 år.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på kandidatoppgave ved Folkehelsestudiet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø (74)

> Se også side 915

Berit H. Rosenvinge

berit.rosenvinge@unn.no
Spesialpsykiatrisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9291 Tromsø

Jan H. Rosenvinge

Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø

Det er ikke gjort norske studier av forekomst av depresjon hos eldre. En årsak kan være at geriatri og psykiatri har lav prestisje blant norske leger (1) og at det har vært liten interesse for Eldres psykiske helse. Andelen eldre, spesielt andelen over 80 år, vil øke de nærmeste 10–20 år. Ubehandlet depresjon har store negative konsekvenser for pasient og pårørende. Forebyggende arbeid og behandling kan redusere morbiditet og mortalitet samt øke livskvalitet og funksjonsnivå. Dette kan igjen ha betydning for Eldres forbruk av helsetjenester både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prevalenstall for depresjon hos eldre er et viktig instrument for å estimere Eldres behandlingsbehov og forbruk av helsetjenester. Enkeltstudier fra utlandet viser stor variasjon i prevalenstall, og det er behov for å vurdere litteraturen samlet. Formålet med denne litteraturstudien er (1) å kartlegge alle epidemiologiske studier fra 1990–2001 av depresjon hos eldre over 60 år for å finne det beste estimat for prevalens med tanke på (2) å målrette tilsvarende norske studier med hensyn til metodologi og problemstillinger.

Metode og materiale

Litteratursøk

Søk i databasene Medline, PsychLit og PsycINFO med søkeordene «depression», «elderly», «epidemiology» og «prevalence» fra 1990 til 2001 gav 208 treff.

54 relevante artikler med 55 primærstudier ble inkludert. En svensk insidensstudie (2) rapporterte også prevalens av depresjon og ble derfor inkludert. En oversiktsstudie fra 1999 (3) ble tatt med for sammenlikning av resultater.

Klassifisering av studiene

Tabell 1@ viser studiene inndelt etter land med hovedfunn. Alvorlig depresjon er definert etter DSM- og ICD-kriteriene (4, 5) samt ut fra høy skåre på selvrappport – eller intervjubaserte instrumenter. Prevalens av depresjon totalt inkluderer andel individer med mild/moderat depresjon og dystymi

Fakta

- Depresjon er hyppig forekommende hos eldre
- I sykehus og sykehjem er forekomst av depresjon dobbelt så høy som i eldrebefolkningen generelt
- Prevalensstudier som er gjort har ujevn metodologisk kvalitet
- Det bør gjennomføres metodologisk gode norske prevalensstudier av depresjon

etter ICD/DSM og/eller lav symptomskåre som indikerer mulig depresjon.

Studiene ble metodologisk klassifisert i nivå 1 som angir dårlig til middels kvalitet, og nivå 2 som angir god til svært god kvalitet (tab 1@). Nivå 1 omfatter studier der man kun sendte ut screeninginstrumenter uten videre vurderinger av mulige tilfeller samt studier av noe bedre kvalitet som likevel ikke kunne plasseres på nivå 2. Nivå 2 omfatter studier der man intervjuet personer regnet som mulige tilfeller, eventuelt også sannsynlige ikke-tilfeller eller alle individene i utvalget. Forfatterne diagnostiserte etter DSM/ICD-10 og/eller etter strukturerte intervjuer eller databaserte instrumenter. Tabell 2 viser nivåfordeling og prevalenstall i materialet totalt og for studiene som omhandler den generelle eldrebefolkningen.

Resultater

Hovedfunn

Kun ti av de 55 primærstudiene (6–15) er inkludert i en tidligere litteraturstudie (3). Studiene omfatter 60 122 individer hvorav 36 % menn. 39 studier var gjort i totalbefolkningen (2, 6–43) (gruppe A), hvorav åtte (12, 13, 28–30, 40–42) hadde 15 % eller mer av utvalget fra sykehjem (gruppe A(S)). Seks studier (44–49) var gjort i allmennpraksis (gruppe B), mens ti (24, 50–58) var utført i sykehus/poliklinikk (gruppe C). Gjennomsnittsalder i hele materialet var 75 år (spredning 60–102 år). Gjennomsnittlig responsrate var 77 % (spredning 46–97 %).

Tabell 3 viser prevalens av depresjon totalt og alvorlig depresjon samt antall individer som var undersøkt i de ulike populasjonene. Samlet prosenttall dividert på antall studier gav en prevalens på 19 % (spredning 2–62 %) for depresjon totalt og prevalens

Tabell 2 Metodologisk kvalitetsinndeling for alle studiene og for gruppe A (generell eldrebefolkning) med hensyn til prevalens av depresjon totalt

Metodologisk Kvalitet	Antall studier totalt	Gjennomsnittsprevalens depresjon totalt	Antall studier gruppe A	Gjennomsnittsprevalens (%) depresjon gruppe A
1 (dårlig/middels god)	25	22,5 % (SD 14,26) ¹	13	19,6 % (SD 12,45) ²
2 (god/svært god)	30	16,8 % (SD 16,59) ¹	18	7,8 % (SD 4,76) ²

¹ Ikke-signifikant
² P < 0,001

Tabell 3 Gjennomsnittlig prevalens av depresjon fordelt etter type utvalg

Utvalg	Antall studier	Totalt antall	Depresjon totalt (%)	Alvorlig depresjon (%)
Totalbefolkning (inkludert sykehjem)	39	52 700	17 (2–62)	6 (0–10)
Kun sykehjem	8	4 120	32 (5–62)	5 (1–10)
Totalbefolkning (ekskludert sykehjem)	31	48 580	13 (2–39)	2 (0–6)
Allmennpraksis	6	5 501	18 (8–36)	12 (1–22) ¹
Sykehus/poliklinikk	10	1 921	31 (5–58)	14 (4–26)
Totalt	55	60 122	19 (2–62)	6 (0–26)

¹ Kun to studier oppgav tall for prevalens av alvorlig depresjon på henholdsvis 1 % og 22 %

av alvorlig depresjon på 6 % (spredning 0–26 %) (tab 3).

I eldrebefolkningen generelt (gruppe A) er prevalensen av depresjon totalt 13 % og alvorlig depresjon 2 %. Prevalensen av depresjon totalt og alvorlig depresjon er høyere i sykehus (31 %, 14 %) og sykehjem (32 %, 5 %) enn i totalbefolkningen (gruppe A) (tab 3).

Metodologisk gode studier i gruppe A rapporterte signifikant lavere prevalenstill enn de dårligere studiene (tab 2).

Tabell 4 Oversikt over diagnostiske instrumenter og symptomskalaer som er brukt i studiene

Selvtvullende

Geriatrisk Depresjonsskala GDS (59)
Brief Assessment Schedule BAS (60)
Brief Assessment Schedule Depression Cards screening test BASDEC (61)
Zung Depresjonsskala (62)
SHORT-comprehensive assessment and referral evaluation SHORT CARE (63)
Beck Depression Inventory BDI (64)
The Centre for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D (65)

(Semi-)strukturert intervju

Diagnostic Interview Schedule DIS (66)
Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale MADRS (67)
Hamilton Depression Rating Scale HDRS (68)
Present State Examination PSE (69)
Psychiatric Evaluation Form PEF (70)

Databasert diagnostisk intervju

Canberra Interview for the Elderly CIE (71)
Geriatric Mental State – Automated Geriatric Assisted Taxonomy GMS-AGECAT (72)
The Cambridge Examination of Mental Disorders of the Elderly CAMDEX (73)

Beekman og medarbeidere (3) fant i sin oversikt over 34 befolkningsstudier en prevalens av depresjon totalt på 14 % og alvorlig depresjon 2 %.

Ingen studier var fra sykehus, sykehjem eller allmennpraksis. Tabell 4 viser en oversikt over alle diagnostiske og selvrapporeringinstrumenter som er anvendt i de ulike studiene (59–73).

Diskusjon

Det er knyttet mange usikkerhetsfaktorer til beregningen av prevalenstillene.

Begrepet totalbefolkningen er uklart. Beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier var gjort i varierende grad. Forfatterne undersøkte også grupper med antatt ulik risiko for å utvikle depresjon.

Diagnosen alvorlig depresjon etter DSM vil inkludere også lettere grader av depresjon etter ICD-10. Tilsvarende ulikheter finnes mellom de ulike diagnostiserings- og selvrapporeringinstrumentene.

Aldersspredningen i materialet var stor (60–102 år). Ettersom de aldersspesifikke forandringer og problemer først setter inn ved 75–80-årsalder, er det kanskje mest interessant å undersøke denne aldersgruppen. Dette er gjort i to finske studier av god metodologisk kvalitet (28, 29).

Store variasjoner i type og størrelse av utvalg, utvalgsprosedyrer, diagnostikk og bruk av kontrollgruppe kan vanskeliggjøre en entydig metodologisk inndeling.

Filtrering av utvalgstype (kun generell eldrebefolkning) gir signifikant høyere prevalenstill i metodologisk dårligere studier. Dette kan skyldes at bruk av selvrapporeringinstrumenter og en lav symptomskåre som inklusjonskriterium kan gi mange falskt positive funn.

Bortimot halvparten av alle pasientene som er innlagt i medisinske avdelinger, er over 65 år. Resultatene fra denne studien indikerer at depresjon hos eldre i institusjon utgjør et betydelig helseproblem.

Det bør gjøres norske forekomststudier av depresjon i sykehus og sykehjem. En epidemiologisk studie bør bruke screeninginstrument etterfulgt av intervju og DSM/ICD-diagnostikk av en gruppe personer regnet som sannsynlige tilfeller og en kontrollgruppe av sannsynlige ikke-tilfeller.

Man kan også intervju alle eldre over for eksempel 75–80 år i et avgrenset geografisk område og ta sikte på høyest mulig response-rate.

Konklusjon

Depresjon er en vanlig lidelse i eldrebefolkningen generelt. I sykehus og sykehjem er prevalens av alvorlig depresjon over dobbelt så høy som i den generelle eldrebefolkningen. Metodologiske kvalitetsforskjeller gjør prevalenstillene usikre.

For å studere dette nærmere er behovet for gode epidemiologiske studier derfor størst i gruppen eldre i normalbefolkningen over 75–80 år samt blant eldre som er innlagt i sykehjem og sykehus.

Tabell 1 @ finnes på www.tidsskriftet.no

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307–11.
- Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990; 20: 137–46.
- Pahkala K, Kesti E, Kongäs-Saviaro P, Laippala P, Kivela SL. Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30: 99–106.
- Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychol Med* 1997; 27: 311–21.
- Heeren TJ, Van Hemert A, Lagaay AM, Rooymans HGM. The general population prevalence of non-organic psychiatric disorders in subjects aged 85 years and over. *Psychol Med* 1992; 22: 733–8.
- Kivela SL, Kongäs-Saviaro P, Kimmo P, Kesti E, Laippala P. Health, health behaviour and functional ability predicting depression in old age: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 871–7.
- Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: a population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr* 1996; 8: 437–43.
- Kiljunen M, Sulkava R, Niistö L, Polvikiski T, Verkonen A, Halonen P. Depression measured by the Zung Depression Status Inventory is very rare in a Finnish population aged 85 years and over. *Int Psychogeriatr* 1997; 9: 359–68.
- Lauritzen LUF, Kørner EA. Forekomsten af demens og depression i en dansk ældrebefolkning. *Ugeskr Læger* 1996; 158: 5453–6.
- Kok RM, Heeren TJ, Hooijer C, Dinkgreve MA, Rooijmans HG. The prevalence of depression in elderly medical inpatients. *J Affect Disord* 1995; 21: 77–82.
- Rosenvinge BH. Depresjon hos eldre – en systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2002.