

Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-6-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013

Förord

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att äldres behov av psykiatrisk vård inte tillgodoses i samma utsträckning som hos yngre personers trots att vårdbehovet är minst lika stort. Det är viktigt att äldre kan garanteras en god och jämlik vård. Myndigheten har av regeringen fått uppdraget att närmare undersöka psykisk sjukdom bland äldre och den behandling och det omhändertagande de får inom vården. Rapporten beskriver bland annat konsekvenserna av att äldre inte får tillgång till specialiserad psykiatrisk vård och av den utbredda användningen av psykofarmaka.

Rapporten har tagits fram av Peter Salmi (projektledare) och Gudrun Jonasdottir-Bergman. Bengt Danielsson har medverkat i arbetet med läkemedelsavsnittet. Mårten Gerle (sakkunnig i psykiatri) har bidragit med värdefulla synpunkter. Ansvarig enhetschef har varit Natalia Borg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
Äldre har behov av specialiserad psykiatrisk vård	8
Studiens syfte och tillvägagångssätt	8
<i>Resultat</i>	9
Insjuknande före respektive efter 65 års ålder	9
Vård av äldre med psykisk sjukdom	9
Vård vid psykiatrisk eller somatisk klinik och samband med efterföljande vård och sjuklighet	9
Tidigare vård bland äldre med depression eller ångest	11
Omhändertagandet vid akut somatisk sjukdom	12
Psykofarmaka och äldre	13
Var sker förskrivningen?	13
Läkemedelsbiverkningar vid utbredd behandling med psykofarmaka	14
<i>Diskussion</i>	16
Vanligt att ångestsjukdomar debuterar efter 65 års ålder	16
Konsekvenser av att psykisk sjukdom hanteras inom somatisk vård	16
Hög somatisk samsjuklighet bland äldre med depressioner och ångestsjukdomar	17
Sämre omhändertagande inom den somatiska vården för äldre med psykisk sjukdom	17
Förskrivning av psykofarmaka sker främst inom primärvården	18
Utbredd användning av psykofarmaka ökar risken för död	18
Slutsatser	19
<i>Referenser</i>	20
<i>Bilaga 1. Metodbeskrivning</i>	21

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utfört analyser av psykisk sjukdom bland äldre och den behandling och det omhändertagande de får inom vården, genom att hämta uppgifter från myndighetens olika nationella register.

Bland äldre med psykisk sjukdom är det mycket vanligt att ångestsjukdomar debuterar för första gången efter 65 års ålder medan svårare tillstånd som psykossjukdomar i större utsträckning debuterar före 65 års ålder. Många äldre med psykisk sjukdom får sin behandling tillgodosedd inom den somatiska vården. Äldre som vårdas för psykisk sjukdom vid en somatisk klinik har högre dödlighet inom ett år efter vårdtillfället jämfört med äldre som vårdas inom den psykiatriska vården. Äldre som diagnostiseras vid en somatisk klinik har också en lägre användning av psykofarmaka och vårdas inte lika ofta på nytt såsom äldre som hade fått tillgång till specialiserad psykiatrisk vård.

Äldre som har depressioner eller ångestsjukdomar har i större omfattning än övriga äldre en stor samsjuklighet i svårare somatiska sjukdomar som hjärtsjukdomar och kroniska sjukdomar i luftvägarna. Trots ett stort somatisk vårdbehov får inte äldre med psykisk sjukdom ett lika gott somatisk omhändertagande som övriga äldre. Äldre med psykisk sjukdom som insjuknar i stroke eller hjärtinfarkt behandlas inte med karotiskirurgi respektive ballongvidgning i samma utsträckning som övriga äldre patienter.

Den utbredda behandlingen med psykofarmaka bland äldre ökar påtagligt riskerna för läkemedelsbiverkningar. Äldre som regelbundet använder olika psykofarmaka har ökade risker för exempelvis fallolyckor och mag-tarmblödningar samt död. Psykofarmaka förskrivs framförallt inom primärvården.

Socialstyrelsen kan konstatera att äldre med psykisk sjukdom många gånger vårdas i sammanhang där vården inte är van att handskas med problematiken. Detta kan medföra att äldre med psykisk sjukdom antingen underbehandlas eller att behandlingen blir olämplig för gruppen. Myndigheten slår också fast att det finns ett behov av ett multidisciplinärt angreppssätt inom vården då somatisk och psykisk sjuklighet tydligt flätas samman bland äldre med psykisk sjukdom. Resultaten som rapporten redogör för ger stöd åt myndighetens tidigare uppfattning att äldre med psykisk sjukdom missgynnas. Det är nu uppenbart att detta kan medföra allvarliga konsekvenser för de äldre. Myndigheten understryker vikten av att en god och jämlik vård når äldre med psykisk sjukdom.

Inledning

Äldre har behov av specialiserad psykiatrisk vård

Socialstyrelsen har av regering fått flera uppdrag som rör äldres vård och omsorg. En grupp som prioriteras är äldre med psykisk sjukdom. Socialstyrelsen publicerade 2012 en rapport i vilken konstateras att äldres behov av psykiatrisk vård inte tillgodoses i samma utsträckning som yngres [1]. I rapporten redovisar myndigheten resultat som visar att äldre med psykisk sjukdom inte har lika tillgång till specialiserad psykiatrisk vård som den yngre befolkningen trots att det psykiatriska vårdbehovet är minst lika stort bland äldre som yngre. Myndigheten konstaterar att det därför finns risk för att vården underbehandlar äldre med onödigt lidande som följd. Inte heller är den psykiatriska vård som tillhandahålls alltid adekvat eller kunskapsbaserad. Exempelvis erbjuds äldre mycket sällan kognitiv beteendeterapi vid depression och ångest utan vården behandlar allmänt med psykofarmaka, ibland med för gruppen olämpliga läkemedel [1].

Socialstyrelsen finner det angeläget att en kunskapsbaserad psykiatri når de äldre utifrån deras behov och i samma omfattning som den yngre befolkningen. Även om att åldras innebär påfrestningar med ökad risk för psykisk och kroppslig ohälsa understryker myndigheten att psykisk sjukdom inte ska uppfattas som en del av ett normalt åldrande. Därför är det viktigt att beakta de frågor som myndighetens tidigare rapport väcker beträffande vården av äldre med psykisk sjukdom. Denna rapport är därför framtagen för att öka kunskapen om psykisk sjukdom bland äldre, den behandling och det omhändertagande de får inom vården.

Studiens syfte och tillvägagångssätt

Denna studie syftar till att öka kunskapen om vad som utmärker äldre med psykisk sjukdom och den vård de får. Socialstyrelsen har hämtat data från sina nationella register – patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret – för att beskriva personer 65 år och äldre med psykisk sjukdom och för att analysera olika samband. Bland annat har myndigheten undersökt hur många som insjuknar i psykisk sjukdom före respektive efter 65 års ålder. Socialstyrelsen har också undersökt tidigare vård inom gruppen och omhändertagandet vid akut somatisk sjukdom. Vidare har vissa konsekvenser av att inte få tillgång till specialistpsykiatri inom gruppen analyserats. Den utbredda användningen av psykofarmaka och eventuella risker med denna har också analyserats. I en bilaga till rapporten finns en utförligare beskrivning av datakällor och studiens genomförande.

Resultat

Insjuknande före respektive efter 65 års ålder

Äldre med psykisk sjukdom består av personer som antingen har insjuknat före 65 års ålder eller efter 65 års ålder. Tabell 1 visar personer mellan 65 och 75 år som 2011 vårdades för en psykisk sjukdom. De vanligaste diagnoserna var depressioner och ångestsjukdomar i synnerhet bland kvinnor. Ångestsjukdomar, som inkluderar blandade och lindrigare ångest- och depressionstillstånd, var den diagnos som framförallt ställdes för första gången efter 65 års ålder. Över 81 procent av männen mellan 65 och 75 år insjuknade för första gången i ångestsjukdomar efter 65 års ålder medan motsvarande siffra för kvinnor var 75 procent. När det gäller svåra tillstånd som schizofreni skedde insjuknandet främst före 65 års ålder – cirka 70 procent av både männen och kvinnorna var diagnostiserade redan före 65 års ålder.

Tabell 1. Totala antalet psykiatriska diagnoser bland män och kvinnor mellan 65 och 75 år 2011 och andelen (%) som insjuknade i respektive diagnos efter 65 års ålder.

	Antal diagnoser totalt	Insjuknat efter 65 års ålder (%)
Män		
Missbruk	2 711	50
Schizofreni och liknande tillstånd	1 344	32
Depressioner	3 391	50
Ångestsjukdomar	3 381	81
Kvinnor		
Missbruk	1 177	59
Schizofreni och liknande tillstånd	2 126	30
Depressioner	5 125	47
Ångestsjukdomar	5 178	75

Datakällor: Patientregistret, slutenvård 1987-2011, öppenvård 2001-2011, Socialstyrelsen.

Vård av äldre med psykisk sjukdom

Vård vid psykiatrisk eller somatisk klinik och samband med efterföljande vård och sjuklighet

Många äldre med psykiatrisk problematik, särskilt med depressioner och ångestsjukdomar, vårdas precis som yngre personer inom primärvården. I de fall specialiserad öppenvård eller heldygnsvård blir aktuellt sker vården av äldre med psykisk sjukdom i mindre omfattning vid en psykiatrisk klinisk jämfört med yngre personer [1]. Yngre personer vårdas i cirka 90 procent av fallen vid en psykiatrisk klinik. Många äldre får således sin psykiatriska diagnos vid somatiska kliniker exempelvis inom intermedicin.

Tabell 2 och 3 visar vanliga psykiatriska diagnoser bland personer 65 år och äldre och vid vilken typ av klinik, somatisk eller psykiatrisk, de fick behandlingen 2010. Gruppen hade inte vårdats för någon psykisk sjukdom tre år före det studerade vårdtillfället. Cirka 60 procent vårdades vid en psykiatrisk klinik medan övriga äldre med psykisk sjukdom fick vård vid en somatisk klinik. De tillstånd som framförallt diagnostiserades vid somatisk klinik var ångestsjukdomar. Svårare tillstånd som schizofreni behandlades i större utsträckning vid psykiatrisk klinik. Detta gällde också svårare depressioner. De äldre som behandlades vid somatiska kliniker hade generellt en högre förekomst av vissa somatiska bidiagnoser förutom huvuddiagnosen psykisk sjukdom.

Tabell 2. Fördelningen (%) av vanliga psykiatriska diagnoser som ställdes 2010 vid psykiatrisk klinik bland personer 65 år och äldre.

	Vård vid psykiatrisk klinik (%)	Antal personer
Diagnoser		
Missbruk	19	1 102
Schizofreni och liknande tillstånd	11	664
Depressioner	45	2 670
Ångestsjukdomar	25	1 514

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen

Tabell 3. Fördelningen (%) av vanliga psykiatriska diagnoser som ställdes 2010 vid somatisk klinik bland personer 65 år och äldre.

	Vård vid somatisk klinik (%)	Antal personer
Diagnoser		
Missbruk	23	851
Schizofreni och liknande tillstånd	4	168
Depressioner	25	937
Ångestsjukdomar	48	1 786

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen

Det är tänkbart att efterföljande vård och behandling för grupperna ovan kan ha ett samband med inom vilken typ av klinik det första vårdtillfället var. Vid en psykiatrisk klinik är personalen van att hantera psykiatrisk problematik vilket kan innebära skillnader i hur patienten exempelvis följs upp jämfört med en situation där vårdtillfället var vid en somatisk klinik. Tabell 4 visar sambanden mellan att ha vårdats vid en somatisk klinik och efterföljande vård, behandling med psykofarmaka och dödlighet ett år efter vårdtillfället. Äldre som vårdades vid en somatisk klinik hade i lägre utsträckning ett senare vårdtillfälle och uttag av psykofarmaka (så kallade underrisker för dessa utfall) än äldre som vårdades vid en psykiatrisk klinik. Vård vid somatisk klinik var också förknippad med en högre dödlighet ett år efter vårdtillfället.

Tabell 4. Risker (oddskvoter) för efterföljande vård, att få psykofarmaka förskrivet och dödlighet bland personer 65 år och äldre som vårdats vid somatisk klinik för psykisk sjukdom 2010.

Oddsquot (95 % konfidensintervall)			
	Nytt vårdtillfälle	Psykofarmaka	Dödlighet
Missbruk			
Psykiatrisk klinik (referens)	1	1	1
Somatisk klinik	0.16 (0.12–0.20)	0.66 (0.53–0.80)	1.95 (1.33–2.85)
Schizofreni			
Psykiatrisk klinik (referens)	1	1	1
Somatisk klinik	0.34 (0.22–0.54)	0.52 (0.33–0.81)	2.01 (1.21–3.35)
Depressioner			
Psykiatrisk klinik (referens)	1	1	1
Somatisk klinik	0.26 (0.21–0.31)	0.45 (0.37–0.55)	1.85 (1.46–2.35)
Ångestsjukdomar			
Psykiatrisk klinik (referens)	1	1	1
Somatisk klinik	0.18 (0.15–0.21)	0.32 (0.27–0.38)	1.10 (0.86–1.42)

I regressionsmodellen har det justerats för kön, ålder och tidigare vård dagar inom slutenvården.

Datakällor: Patientregistret, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

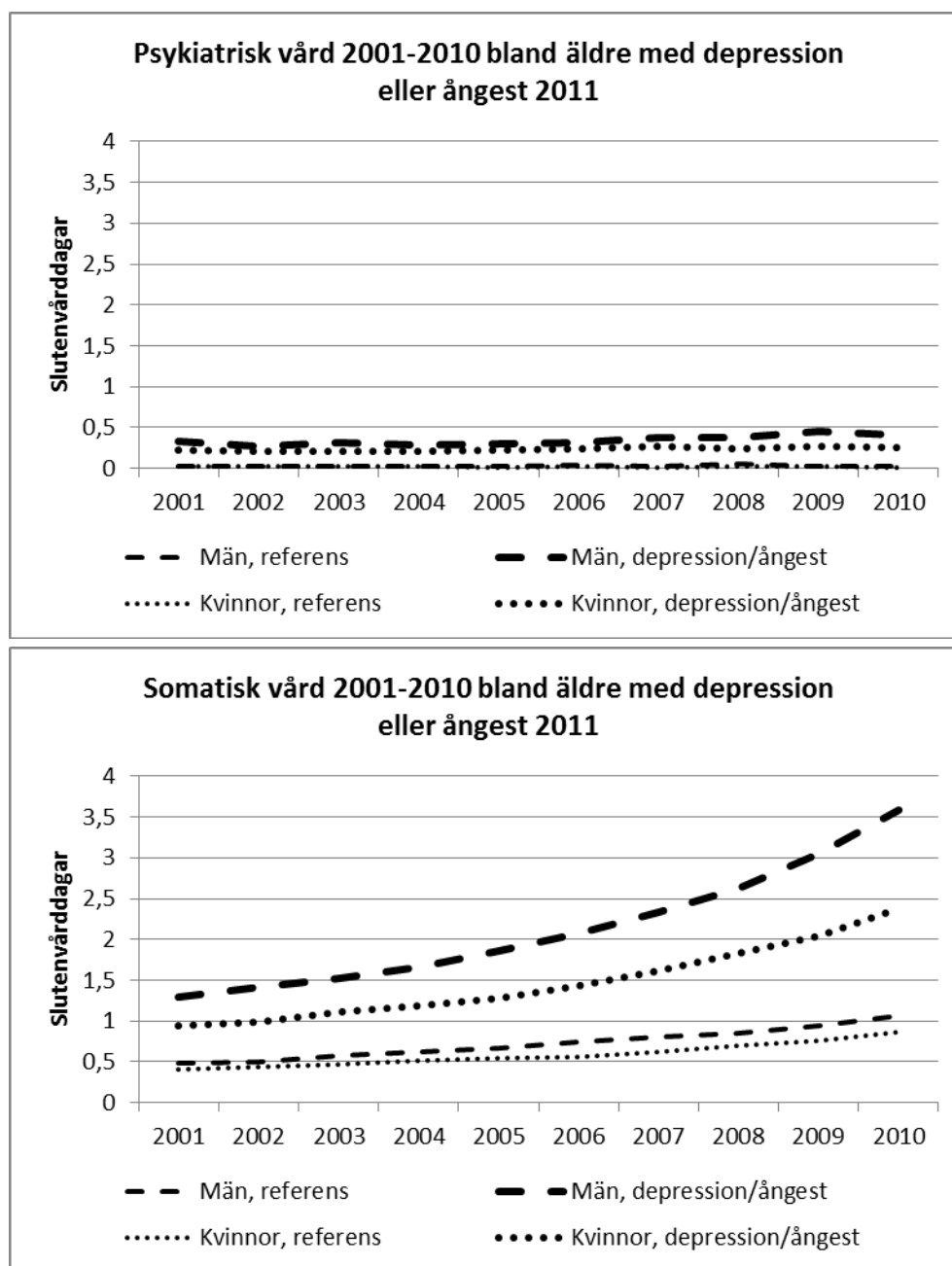
Tidigare vård bland äldre med depression eller ångest

Psykisk ohälsa bland äldre diagnostiseras ofta i form av ångest eller depression [2]. Socialstyrelsen redovisade vidare ovan att ångestsjukdomar, inom vilka också blandade och ångest- och depressionstillstånd ingår, var den vanligaste diagnosen som diagnostiserades efter 65 års ålder (tabell 1).

För att beskriva tidigare vård för gruppen äldre med depressioner och ångestsjukdomar har Socialstyrelsen preciserat en grupp som 2011 hade diagnosen depression eller ångest, eller regelbundet under året hade hämtat ut psykofarmaka som används vid behandlingen av dessa tillstånd. Därpå har uppgifter hämtats från 2001 till 2010 om tidigare vård i form av vård dagar inom slutenvården för gruppen.

I figur 1 redovisas både tidigare psykiatrisk och somatisk slutenvård för gruppen jämfört med en kontrollgrupp som inte hade diagnosen depression eller ångest 2011. Som framgår av den översta figuren fanns i högre utsträckning tidigare heldygnsvård på grund av psykisk sjukdom över tidsperioden för gruppen. I den undre figuren framgår att gruppen också hade betydligt flera dagar inom slutenvården på grund av somatiska sjukdomar än övriga äldre. I motsats till tidigare psykiatrisk slutenvård ökade somatisk slutenvård påtagligt över tidsperioden bland äldre med depressioner och ångestsjukdomar även om en viss ökning också skedde bland äldre utan psykisk sjukdom. Flera av de somatiska diagnoserna som var förhöjda inom gruppen med depressioner och ångestsjukdomar bestod av svåra tillstånd som hjärtsjukdomar eller olika kroniska sjukdomar i luftvägarna.

Figur 1. Tidigare genomsnittligt antal vård dagar 2001–2010 bland äldre som hade vårdats för depressioner eller ångestsjukdomar 2011.



Datakällor: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Omhändertagandet vid akut somatisk sjukdom

Med stigande ålder ökar risken att insjukna i allvarliga somatiska sjukdomar. Sjukdomar som kräver ett akut omhändertagande, och där vissa vårdåtgärder skyndsamt bör utföras enligt Socialstyrelsens riktlinjer, är stroke och hjärtinfarkt [3,4]. Vid stroke ska vården behandla med karotiskirurgi om sjukdomen har orsakats av plack i halspulsådern. Vid akut hjärtinfarkt ska vården behandla patienten med så kallad PCI – Percutan Coronar Intervention – eller ballonvidgning av tilltäppta kranskärl i hjärtat. Båda karotiski-

rurgi och PCI syftar till att förhindra nytt insjuknande och minska dödligheten bland patienterna.

Äldre med psykisk sjukdom kan vara en särskilt utsatt grupp när det gäller omhändertagandet inom den somatiska vården. Socialstyrelsen har tidigare redogjort för att psykiskt sjuka generellt i befolkningen får ett sämre omhändertagande, just exempelvis vid insjuknande i stroke eller hjärtinfarkt, än övriga patienter [5,6].

Tabell 5 visar att det bland äldre fanns ett samband mellan psykisk sjukdom och att få vårdåtgärderna PCI och karotiskirurgi vid ett förstagångsinsjuknande. Äldre med psykisk sjukdom hade en lägre sannolikhet (underrisker) att få vårdåtgärderna vid ett akut insjuknande jämfört med övriga äldre patienter.

Tabell 5. Relativa risker för att få PCI eller karotiskirurgi vid första gångsinsjuknande i stroke eller hjärtinfarkt 2003-2011 bland äldre med psykisk sjukdom.

	Relativ risk (95 % konfidensintervall)	
	PCI	Karotiskirurgi
Referens	1 (n=34 689)	1 (n=2 105)
Depressioner och ångestsjukdomar	0.59 (0.53–0.67) (n=287)	0.32 (0.17–0.62) (n=9)
Psykoser	0.38 (0.30–0.47) (n=77)	(n=2)*

I regressionsmodellen har det justerats för kön, ålder och demens.

*Antalet patienter var så få att det statistiska sambandet inte redovisas.

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Psykofarmaka och äldre

Var sker förskrivningen?

I Socialstyrelsens rapport från 2012 presenterades resultat som visade på en mycket hög och regelbunden användning av olika psykofarmaka bland äldre [1]. Vården behandlade dessutom ofta med psykofarmaka ur olika läkemedelsgrupper samtidigt. Bland kvinnor som var 85 år och äldre exempelvis hade nästan 10 procent tre olika psykofarmaka. Sådan förskrivning väcker frågor om både lämpligheten i förskrivningen och om var i vården förskrivningen av psykofarmaka sker.

I tabell 6 redovisas andelen av alla förskrivningar av psykofarmaka som skedde inom primärvården till olika åldersgrupper. Primärvården stod för merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta. Förskrivningen gällde inte bara exempelvis sömnmedel utan också antipsykotiska läkemedel vilket för yngre personer normalt förskrivs inom specialistpsykiatri.

Tabell 6. Totala antalet förskrivningar av psykofarmaka 2012 och andelen (%) som förskrevs inom primärvården i respektive åldersklass och kön.

	Antipsykotiska	Antidepressiva	Ångestdämpande	Sömnmedel
	N= 101 895	N= 908 735	N= 852 897	N= 675 287
Män (år)				
18-64	37	64	62	65
65-74	48	70	68	71
75-84	68	80	78	80
85+	77	83	80	82
Kvinnor (år)	N= 150 618	N= 1 414 807	N= 1 752 139	N= 2 238 667
18-64	37	68	63	69
65-74	44	73	69	74
75-84	67	81	79	82
85+	76	84	81	83

Datakälla: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbiverkningar vid utbredd behandling med psykofarmaka

Den vetenskapliga litteraturen har beskrivit en ökad risk för biverkningar och överdödlighet vid behandling med olika psykofarmaka, speciellt hos äldre med demens [7,8]. Mot bakgrund av detta är det viktigt att analysera i vilken mån den utbredda och regelbundna behandlingen med psykofarmaka bland äldre generellt i befolkningen medför ökade risker för biverkningar av olika typer av psykofarmaka och om kombinationsbehandling ytterligare ökar risken.

I tabell 7 redovisar Socialstyrelsen risker för olika utfall som kan utgöra indikation på läkemedelsbiverkan hos äldre. Utfallen som studerades utgjorde mag-tarmblödning, ökad risk för fallolycka eller akutbesök vid sjukhus och dödlighet (suicid exkluderades ur analyserna). Socialstyrelsen har avgränsat en grupp av personer, 65 år och äldre, som regelbundet hämtade ut psykofarmaka (minst tre uttag under året). Referensgruppen utgörs av kontroller som inte hade regelbundna uttag av psykofarmaka och som var matchade på kön, ålder, och datum för biverkan bland fallen.

Som framgår av tabell 7 fanns generellt ökade risker för dödlighet, fallolycka och för mag-tarmblödning bland äldre som vården behandlade med olika typer av psykofarmaka. Den högsta risken när det gäller dödlighet observerades vid behandling med antipsykotiska läkemedel, men även antidepressiva och ångestdämpande medel var förknippad med ökad risk för död. Antipsykotiska och antidepressiva läkemedel ökade risken för fallolyckor. Vid samtidig behandling med flera olika psykofarmaka ökade riskerna än mer för ogynnsamma utfall, speciellt fallolyckor och död (tabell 8).

Tabell 7. Totala antalet utfall som är eller utgör indikation på biverkan av psyko-farmaka och risker (oddskvoter) bland personer 65 år och äldre 2011.

	Oddsquot (95 % konfidensintervall)			
	Akutbesök N=84 620	Mag-tarmblödning N=8 585	Fallolycka N=47 290	Dödlighet N=77 751
Referens	1	1	1	1
Antipsykotika	1.00 (0.95–1.04)	1.04 (0.91–1.19)	1.28 (1.22–1.34)	2.32 (2.25–2.41)
Antidepressiva	1.11 (1.09–1.14)	1.06 (0.98–1.13)	1.60 (1.56–1.64)	1.49 (1.46–1.52)
Ångestdämpande	1.31 (1.28–1.35)	1.20 (1.11–1.30)	1.07 (1.03–1.10)	1.36 (1.33–1.40)
Sömnmedel	1.31 (1.29–1.34)	1.14 (1.07–1.22)	1.16 (1.14–1.19)	0.93 (0.91–0.95)

I regressionsmodellen har det justerats för tidigare vård dagar inom slutenvården.

Datakällor: Patientregistret, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 8. Risker (oddskvoter) för utfall som är eller utgör indikation på biverkan av psykofarmaka vid samtidig användning av psykofarmaka ur flera läkemedelsgrupper bland personer 65 år och äldre 2011.

	Oddsquot (95 % konfidensintervall)			
	Akutbesök	Mag-tarmblödning	Fallolycka	Dödlighet
Referens	1	1	1	1
1 psykofarmakum*	1.33 (1.31–1.36)	1.26 (1.18–1.34)	1.36 (1.32–1.39)	1.51 (1.48–1.54)
2 psykofarmaka	1.51 (1.47–1.55)	1.27 (1.17–1.39)	1.75 (1.70–1.81)	1.85 (1.80–1.90)
3 psykofarmaka	1.75 (1.68–1.82)	1.32 (1.17–1.50)	1.95 (1.87–2.04)	2.12 (2.04–2.19)
4 psykofarmaka	1.77 (1.62–1.92)	1.42 (1.10–1.84)	2.07 (1.88–2.27)	3.08 (2.87–3.31)

I regressionsmodellen har det justerats för tidigare vård dagar inom slutenvården.

*Oddsset att använda ett psykofarmakum, eller flera psykofarmaka, kan inte direkt härledas till oddsden i tabell 7 då referenspopulationen i de båda analyserna är olika.

Datakällor: Patientregistret, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Flera antipsykotiska- och antidepressiva preparat har en etablerad risk för hjärtpåverkan som kan leda till allvarlig hjärtrytmrubbning (arytmi) och död [9, 10, 11]. Om hänsyn togs till detta i analysen kunde observeras att psyko-farmaka som är klassade med sådan arytmirisk ytterligare ökade riskerna för död.

Diskussion

Vanligt att ångestsjukdomar debuterar efter 65 års ålder

Bland äldre med psykisk sjukdom finns personer som tidigt har insjuknat i psykisk sjukdom medan andra har insjuknat för första gången efter 65 års ålder. Denna studie visar att det framförallt var svårare och potentiellt kroniska tillstånd som debuterade före 65 års ålder, som exempelvis psykosjukdomar. Bland äldre som insjuknade för första gången sent i livet dominerade ångestsjukdomar och blandade ångest- och depressionstillstånd. Cirka 75 till 80 % diagnostiserades efter 65 års ålder.

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att äldre med psykisk sjukdom i mindre utsträckning har tillgång till specialpsykiatrisk vård. Däremot vårdas gruppen oftare vid somatiska kliniker [1]. Detta kan innebära att personer som insjuknar efter 65 års ålder vårdas i sammanhang där vården inte är van att handskas med psykiatrisk problematik.

Konsekvenser av att psykisk sjukdom hanteras inom somatisk vård

Resultaten i denna studie visar att cirka 60 procent av äldre med psykisk sjukdom vårdades vid en psykiatrisk klinik medan övriga vårdades vid en somatisk klinik. Framförallt vårdades svårare tillstånd som psykoser vid psykiatriska kliniker. Möjligen kan detta, förutom sjukdomens allvarlighetsgrad, bero på att dessa personer var kända av psykiatrin sedan tidigare då svårare tillstånd ofta debuterar före 65 års ålder.

Studiens resultat visar vidare att äldre som diagnostiserades inom den somatiska vården i mindre utsträckning senare var under behandling med psykofarmaka eller vårdades på nytt för psykisk sjukdom. Gruppen hade också en högre dödlighet. En förhöjd dödlighet inom gruppen som vårdades vid somatisk klinik kan bero på att gruppen hade en högre förekomst av vissa somatiska bidiagnoser förutom huvuddiagnosen psykisk sjukdom. Det kan dock också bero på att de snarare blir underbehandlad av vården eller inte följs upp adekvat. Vad som talar för detta är att svåra tillstånd som psykosjukdomar i lägre utsträckning behandlades med psykofarmaka efter vårdtillfället och att nya vårdtillfällen var färre. Om antagandet är riktigt pekar detta på att en bristande tillgång till specialiserad psykiatrisk vård kan få allvarliga konsekvenser för äldre med psykisk sjukdom. Det är således viktigt att äldre som insjuknar i psykisk sjukdom sent i livet uppmärksammas och erbjuds en adekvat psykiatrisk vård och behandling.

Hög somatisk samsjuklighet bland äldre med depressioner och ångestsjukdomar

Studiens resultat visar att äldre som led av depressioner eller ångestsjukdomar 2011 hade en klart förhöjd somatisk sjuklighet året innan än övriga äldre. Sett tio år bakåt i tiden hade denna sjuklighet dessutom ökat i en snabbare takt inom gruppen jämfört med övriga äldre vars somatiska sjuklighet ökade i en lägre takt. De somatiska diagnoser som förekom oftare bland äldre med depressioner eller ångestsjukdomar än övriga var svåra sjukdomar som exempelvis hjärtsjukdomar eller kroniska sjukdomar i luftvägarna.

Många depressions- och ångesttillstånd diagnostiseras först efter 65 års ålder. Detta kan tala för att somatisk sjuklighet bland äldre har ett samband med att insjukna i depressioner eller ångest. Exempelvis har vetenskapliga studier beskrivit att många äldre med hjärtsvikt har depression och att depressionens allvarlighetsgrad hänger samman med hur svår hjärtsjukdomen är [12, 13]. Närvaro av depression och ångest kan också leda till somatisk ohälsa exempelvis på grund av olika riskfaktorer som hänger samman med livsstil eller livsvillkor vid psykisk sjukdom. Dessutom kan depressioner eller ångestsjukdomar påverka en existerande somatisk sjukdomen och ytterligare öka risken för sämre hälsa. I den meningen flätas psykisk och somatisk sjukdom samman bland äldre och visar på vikten av ett multidisciplinärt angreppssätt inom vården för att tillgodose äldres behov vid psykisk sjukdom.

Sämre omhändertagande inom den somatiska vården för äldre med psykisk sjukdom

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter redovisat resultat över hur omhändertagande inom den somatiska vården generellt ser ut bland personer med psykisk sjukdom [5,6]. I denna studie har myndigheten undersökt om äldre med psykisk sjukdom får ett adekvat omhändertagande inom den somatiska vården. Myndigheten kan konstatera att tillgången till vårdåtgärder är än mer bristfällig för de allra äldsta med psykisk sjukdom. Vid ett insjuknande i stroke eller hjärtinfarkt bör karotiskirurgi respektive ballongvidgning skyndsamt utföras för att minska riskerna för ny stroke eller hjärtinfarkt. Resultaten visar att äldre med psykisk sjukdom inte behandlades med karotiskirurgi eller ballongvidgning i samma utsträckning som övriga äldre patienter. Äldre med psykisk sjukdom riskerar därmed en ökad dödlighet, något som skulle kunna undvikas med ett adekvat omhändertagande inom den somatiska vården.

Socialstyrelsen understryker att vården ska vara jämlik och att äldre med psykisk sjukdom ska få vårdåtgärder i samma utsträckning som övriga äldre. Denna studie visar därtill att det finns ett stort behov av somatisk vård bland äldre med psykisk sjukdom.

Förskrivning av psykofarmaka sker främst inom primärvården

Socialstyrelsen har tidigare visat att användningen av psykofarmaka är mycket hög bland äldre [1]. Den här studien visar att förskrivningen av psykofarmaka till äldre i mycket hög utsträckning sker inom primärvården – en förskrivning som ökar med stigande ålder. Detta gäller även antipsykotiska läkemedel, en preparattyp som i yngre åldersgrupper huvudsakligen förskrivs inom specialistpsykiatrin. Att primärvården förskriver psykofarmaka till äldre över 65 år i en mycket hög omfattning ställer särskilda krav på kompetens om psykiska sjukdomar hos äldre. Det ställer även särskilda krav på kunskaper hos allmänläkare om de risker som behandling med psykofarmaka medför, speciellt om predisponerande faktorer föreligger, som vissa sjukdomar. Det gäller också kunskaper om läkemedel som i kombination kan öka risken för allvarliga biverkningar.

Utbredd användning av psykofarmaka ökar risken för död

Med stigande ålder sker förändringar i kroppen som påverkar både koncentrationen och effekten av läkemedlet, vilket medför att äldre ofta är mer känsliga för biverkningar av psykofarmaka jämfört med yngre personer. Äldre använder dessutom flera läkemedel samtidigt betydligt oftare än yngre – i genomsnitt medicinerar personer över 75 år med fem olika läkemedel. Det är väl känt att flera vanliga läkemedel kan interagera med psykofarmaka och öka riskerna för olika typer av biverkningar bland äldre.

Denna studie visar att den utbredda behandlingen med psykofarmaka till äldre är förenad med ökade risker för död, fallolycka, akutbesök på sjukhus och mag-tarmblödning. Riskerna ökade vid användning av två eller flera psykofarmaka samtidigt, särskilt med avseende på dödlighet och fallolyckor.

De mest anmärkningsvärda resultaten är den påtagligt förhöjda risken för död vid regelbunden användning av antipsykotiska eller antidepressiva läkemedel hos äldre och den ytterligare ökade risken för dödlighet vid samtidig användning av flera psykofarmaka. Orsaken till den ökade dödligheten är i dag oklar. Det finns dock både bland antipsykotiska och bland antidepressiva läkemedel preparat som har en risk för hjärtpåverkan som i värsta fall kan leda till allvarlig hjärtrytmrubbning (arytmi) och plötslig död [9, 11, 14]. Denna typ av läkemedelsbiverkanverkan har bedömts vara betydligt vanligare än vad som tidigare antagits vara fallet [15]. Resultaten i denna studie visade också att då endast de psykofarmaka som har arytmirisk beaktades i analysen ökade risken för död ytterligare. Det finns flera kända riskfaktorer för uppkomst av denna typ av hjärtrytmi av läkemedel, som bland annat hög ålder, kvinnligt kön, och hjärt-kärlsjukdom. Om behandling dessutom sker med två eller fler läkemedel, till exempel ett antidepressivt och ett antipsykotiskt läkemedel, ökar risken för denna typ av hjärtbiverkan. [10].

När det gäller fallolyckor finns vissa typer av psykofarmaka som kan orsaka dåsighet, yrsel och muskelavslappning i varierande grad. Detta gäller

till exempel antidepressiva medel, men även lugnande- och sömnmedel, som leder till ökad risk för fallolycka hos personer 65 år och äldre [16]. Resultaten i denna studie visar att risken är markant förhöjd vid samtidig användning av flera psykofarmaka. Det är också tidigare känt att vissa antidepressiva medel kan orsaka mag-tarm-blödning som en relativt sällsynt biverkan och att risken för detta ökar kraftigt vid samtidig användning av vissa läkemedel, t ex vanliga receptfria antiinflammatoriska preparat [17]. Resultaten i denna studie visar att användning av psykofarmaka, speciellt en samtidig användning av flera preparat, ledde till ökade risker.

Mot bakgrund av ovanstående menar Socialstyrelsen till försiktighet när det gäller alltför utbredd förskrivning av psykofarmaka. Lindrigare depressioner och ångestsjukdomar behandlas exempelvis optimalt med kognitiv beteendeterapi och inte långvarigt med antidepressiva respektive ångstdämpande läkemedel. Myndigheten menar också att riskerna för läkemedelsbiverkningar kan minskas genom att behandla på strikt indikation och regelbundet utvärdera effekter och biverkningar. Fördjupade studier är angelägna om preparat och kombinationer som är mindre lämpliga eller ska undvikas.

Slutsatser

Rapporten har syftat till att öka kunskapen om äldre med psykisk sjukdom och den behandling och det omhändertagande de får inom vården. Syftet har också varit att undersöka i vilken mån bristen på kunskapsbaserad psykiatri och en utbredd och därmed olämplig användning av psykofarmaka kan leda till negativa konsekvenser för äldre.

Socialstyrelsen kan konstatera att äldre med psykisk sjukdom i många fall behandlas i sammanhang där vården inte är van att handskas med problematiken. Konsekvensen tycks bli att äldre underbehandlas eller får olämplig behandling, exempelvis med psykofarmaka. Myndigheten kan också slå fast att det finns behov av ett multidisciplinärt angreppssätt inom vården då somatisk och psykisk sjukdom tydligt flätas samman bland äldre med psykisk sjukdom.

Resultaten som rapporten redogör för ger stöd åt myndighetens tidigare uppfattning att äldre med psykisk sjukdom missgynnas inom hälso- och sjukvården. Det är nu uppenbart att detta kan medföra allvarliga konsekvenser för gruppen. Myndigheten understryker vikten av att en god och jämlik vård når äldre med psykisk sjukdom.

Referenser

1. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen; 2012
2. Gottfries CG, Karlsson I. Depression och ångest hos äldre fortfarande underdiagnostiserade. *Läkartidningen*. 2001; 8; 821-827.
3. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Beslutsstöd för prioriteringar. Socialstyrelsen; 2004.
4. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Socialstyrelsen; 2009.
5. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011
6. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut stroke. Socialstyrelsen; 2011
7. Corbett A, Ballard C. Antipsychotics and mortality in dementia. *Am J Psychiatry*. 2012; 169; 7–9.
8. Banerjee S, Hellier J, Dewey M et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD: a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled study). *The Lancet*. 2011; 378; 403-411.
9. Woosley RL. Drugs that prolong the QT interval and/or induce torsade de pointes. <http://www.azcert.org>.
10. Wenzel-Seifert K, Wittmann M, Haen E. QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of torsade de pointes. *Dtsch Arztebl Int*. 2011; 41; 687-693.
11. Vieweg WVR, Wodt MA, Fernandez A, Beatty-Brooks M, Hasnain M, Pandurangi AK. Proarrhythmic risk with antipsychotic and antidepressant drugs. *Drugs Aging*. 2009; 12; 997-1012.
12. Franzén K, Blomqvist K, Saveman BI. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: A validation study. *Eur J Cardiovascular nursing*. 2006; 5; 137-145.
13. Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, Small N. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*. 2006; 35; 172-177.
14. Odar-Cederöf I, Hjelmström P, Jersenius I, Andersson M, Rasmanis G, Bergman U. Citalopram inte riskfritt från hjärtsynpunkt. *Läkartidningen*. 2006; 14; 1112-1114.
15. Abdon NJ, Herliz J, Bergfeldt L. Hjärtstopp utlöst av läkemedel kanske vanligare än vi trott. *Läkartidningen*. 2010; 107; 521-525.
16. Modén B, Rosvall M, Merlo J. Psykofarmaka och fallolyckor bland äldre män och kvinnor i Skåne. Socialmedicinska enheten, Malmö; 2008.
17. De Abajo FJ, Rodriguez LA, Montero D. Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ*. 1999; 319; 1106-1109.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

I analyserna har Socialstyrelsen kontrollerat för bakgrundsfaktorer, så som kön, ålder, sjuklighet och demens, när så ansetts lämpligt. I vissa analyser har myndigheten valt att stratifiera urvalet av kontroller, i andra analyser har det kontrollerats för kön och ålder. Detta för att justera för könsspecifika skillnader i och skillnader på grund av åldrandet. Socialstyrelsen har i vissa analyser valt att kontrollera för antalet vård dagar i slutenvården som markör för sjuklighet mellan grupper. Demens har myndigheten kontrollerat för därför att gruppen med demens generellt har hög sjuklighet. I och med justeringar kan sambanden renodlas och hålla bakgrundsfaktorer konstanta som annars kan störa sambanden.

Metoden och designen i analyserna har i hög grad styrts av frågeställningen. Stratifierade kontrollurval har till exempel använts för att kontrollera för kön och ålder samt för att möjliggöra stora analyser. Detta för att möjliggöra uppföljning i läkemedelsanvändning och sökningar långt tillbaks i tiden i patientregistret. Poisson regression har använts för att mäta incidens risk ratio av vårdåtgärder efter stroke respektive hjärtinfarkt. I övriga analyser har logistisk regression använts för att beräkna oddskvoter.

- Insjuknande före respektive efter 65 års ålder
 - Från patientregistret hämtades samtliga äldre mellan 65 och 75 som 2011 fått psykiatrisk diagnos inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården.
 - Dessa personer följs i patientregistret ner till 1987 och där identifieras det första tillfället de insjuknar i en psykiatrisk diagnos. Vid detta första tillfälle mäts ålder och personerna delas in i två grupper; de som insjuknar före 65 år ålder, och de som insjuknar när de är 65 år eller äldre.
 - Ojusterade andelar som är yngre än 65 år vid insjuknande i missbruk, schizofreni och liknande tillstånd, depressioner respektive ångestsjukdomar redovisas.
- Vård vid psykiatrisk eller somatisk klinik och samband med efterföljande vård och sjuklighet
 - Alla personer 65 år och äldre som vårdas inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för missbruk, schizofreni och liknande tillstånd, depressioner respektive ångestsjukdomar under 2010 väljs ut. För att renodla exkluderas de som haft en motsvarande diagnos 2007-2009. Den studerade gruppen äldre består därför av personer som återinsjuknat efter några friska år eller insjuknat för första gången. Vi följer gruppen ett år efter första vårdtillfället på klinik, eller om personen inte vårdats på psykiatrisk klinik, första vårdtillfället för psykiatrisk diagnos. Patienterna följs upp med avseende på död (inklusive självmord) inom ett år, samt före-

- komst av psykofarmaka och nytt vårdtillfälle bland de som överlever ett år.
- Ojusterade andelar vårdade för missbruk, schizofreni och liknande tillstånd, depressioner eller ångestsjukdomar vid indexvårdtillfället redovisas, uppdelat på om vården skedde på psykiatrisk eller somatisk klinik.
 - För att undersöka hur tillgången till psykiatrisk diagnos påverkar oddset att dö inom ett år, vårdas på psykiatrisk klinik igen inom ett år respektive hämta ut psykofarmaka inom ett år görs en logistisk regression, kontrollerat för kön, ålder och vårddagar inom slutenvården året innan vårdtillfället.
 - Tidigare vård bland äldre med depression eller ångest
 - Samtliga personer 65 år och äldre som antingen har minst tre uttag av psykofarmaka (exklusive antipsykotika) eller som vårdats för depression eller ångestsjukdom (sluten- eller öppenvård) 2011 väljs ut (Läkemedelsregistret 2011, Patientregistret 2011). För varje fall matchas en kontroll på kön och ålder, där kontrollen inte vårdats för depression eller ångest 2011 och som gjort högst ett uttag ur någon psykofarmakagrupp.
 - Gruppen följs tio år bakåt i tiden, 2001-2010 och vårddagar i somatisk och psykiatrisk vård summeras på årsbasis. Medel per kön och grupp redovisas.
 - Omhändertagande vid akut somatisk sjukdom
 - Kohorten består av personer 65 år och äldre som insjuknat i stroke respektive hjärtinfarkt 2003-2011 (Patientregistrets slutenvårdsdel 1997-2011). Endast de som insjuknar för första gången inom sju år räknas. Tillgång till PCI bland strokepatienterna mäts 0-6 dagar efter insjuknandet och tillgången till karotiskirurgi bland hjärtinfarktpatienterna mäts 0-30 dagar efter insjuknandet.
 - För kohorten mäts förekomst av slutenvård vid psykiatrisk sjukdom (huvud- och bidiagnos) 10 år bakåt i tiden från datum för insjuknande i stroke respektive hjärtinfarkt. Om individen har minst två slutenvårdstillfällen för psykiatrisk diagnos ingår de i gruppen med psykiatrisk sjukdom. Övriga räknas som kontroller. De med minst två vårdtillfällen för psykiatrisk sjukdom delas in i två grupper: personer med schizofreni och liknande tillstånd (alla som har denna diagnos) eller personer med enbart depressioner, eller personlighetsstörningar.
 - För att mäta tillgången till PCI och karotiskirurgi görs en poisson regression, kontrollerat för ålder (linjär och kvadratisk), kön och förekomst av sluten- eller öppenvård vid demens (huvud- eller bidiagnos två år innan insjuknande) eller slutenvård vid missbruk (huvud- och bidiagnos 10 år innan insjuknande).

- Förskrivningen sker främst inom primärvården
 - All utskriven antipsykotika, antidepressiva, bensodiazepiner och sömnmedel bland personer 65 år och äldre 2012 plockades ut från läkemedelsregistret 2012.
 - Utskrivningsklinik identifieras till klinik inom primärvården eller övrig sjukvård.
 - Ojusterad andel förskrivningar av respektive läkemedelsgrupp som sker i primärvården redovisas för varje läkemedelsgrupp och uppdelat i åldersgrupperna 18-64, 65-74, 75-84 och 85+.
- Ökad risk för läkemedelsbiverkningar vid utbredd behandling med psykofarmaka
 - Alla personer 65 år och äldre som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för mag- tarmblödning eller fallskada, eller vårdats på en akutklinik, eller som dött (exklusive självmord) 2011 väljs ut som fall (Patient registret 2011, Dödsorsaksregistret 2011). För varje fall väljs fem kontroller, matchade på kön och ålder. Kontrollerna får inte ha insjuknat eller dött före och vid det datum fallet vårdades eller dog. Detta innebär att för varje fall finns den fem kontroller, som är friska och av samma kön och ålder som fallet, dagen då hon eller han blev sjuk eller dog.
 - För samtliga fall och kontroller mäts läkemedelskonsumtion ett år tillbaka i tiden från det datum fallet insjuknade eller dog, uppdelat i fyra läkemedelsgrupper: antipsykotika, antidepressiva, bensodiazepiner och sömnmedel (Läkemedelsregistret 2010-2011).
 - För att mäta läkemedelgruppernas effekt gjordes fyra analyser för vart och ett av utfallen; mag- och tarmblödning, fallskada, vård på akutklinik, samt död. Analysen var en betingad logistisk regression, stratifierat för kön, ålder och vårddatum, samt kontrollerat för antal vårddagar i slutenvården.

Diagnos	ICD10	ICD9 (i förekommande fall)
Stroke	I63-I64, G459	433-436
Hjärtinfarkt	I21-I22	410
Mag- tarmblödning	K250, K252, K254, K256, K260, K262, K264, K266, K290, K920, K921, K922	
Depression	F3	
Ångest	F4	
Demens	F0, G30-G31	

Någon psykiatrisk diagnos	F1-F9	
Själv mord	X60-X84, Y10-Y34	
Fallskada	S720-S724, EKOD: W00-W01, W03- W08, W10-W11, W18	
Missbruk	F11-F16, F19	304, exklusive 304G
Alkoholmissbruk	F10	303
Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	F2, F302, F312, F315, F323, F333	295-298
Depression, ångest och personlighetsstörningar	F3 (exclusive F302, F312, F315, F323, F333), F4, F6	300, 301, 311

Läkemedelsgrupp	ATC
Antipsykotika	N05A, exkl N05AN01
Antidepressiva	N06A
Sömnmedel	N05C
Bensodiazepiner	N05B

Åtgärd	Åtgärds kod
PCI	FNG
Karotiskirurgi	PAF20-PAF21, PAK20-PAK21, PAQ20-PAQ21

Kliniktyp	Klinikkod
Primärvård	000-099
Akutvård	046, 100
Psykiatrisk klinik	900-999