

# Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre

Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa  
hos äldre.

Öppna jämförelser

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2018-9-12  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 2018

# Förord

Denna rapport är en öppen jämförelse för området psykisk ohälsa hos äldre. Rapporten ger en övergripande bild av psykisk ohälsa hos personer som är 65 år och äldre. Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer.

Rapporten har tagits fram av Rocio Winnersjö och Kalle Brandstedt. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till rapporten.

Mona Heurgren  
Avdelningschef  
Avdelningen för statistik och jämförelser



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	8
Äldres psykiska ohälsa har fått mer uppmärksamhet på senare tid.....	8
Metod och redovisning .....	9
Bakgrundsfaktorer .....	11
Förekomst av psykisk ohälsa.....	11
Resurser inom området psykisk ohälsa .....	18
Redovisning av indikatorer .....	28
Läkemedel.....	28
Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning.....	32
Elektrokonvulsiv behandling (ECT) .....	39
Självskattad psykisk ohälsa .....	45
Vård vid psykisk ohälsa.....	52
Suicid och suicidtankar .....	62
Diskussion.....	70
Referenser .....	71
Register och andra datakällor .....	75



# Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett samhällsproblem och ett problem för de enskilda som drabbas. Socialstyrelsen har lyft området psykisk ohälsa i en rad tidigare rapporter. I denna rapport framkommer det att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre personer som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år. Även redovisat per län är mönstret detsamma. Det finns även en högre förekomst av psykisk ohälsa hos de personer som har insatser från äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård än hos äldre som inte har insatser från kommunen.

Rapporten visar att gruppen äldre mer sällan får sina läkemedel utskrivna från specialistsjukvården. En stor andel av gruppen äldre får istället sina läkemedel utskrivna från primärvården. Dessutom förskrivs äldre mer bensodiazepiner än yngre och det är allra vanligast med förskrivning hos äldre kvinnor.

För gruppen äldre med psykisk ohälsa visar rapporten att en högre andel har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Dessutom är det vanligare att äldre personer har läkemedel som bör undvikas. Både hos äldre personer med eller utan demens är antidepressiva läkemedel vanliga.

Äldre har mer sällan än gruppen yngre kontakt med specialiserad öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Vidare är det mindre vanligt att äldre personer återinskrivs i den slutna psykiatriska vården.

Rapporten visar även att det är vanligare med suicid hos äldre kvinnor och män jämfört med gruppen yngre. Den grupp där suicid är vanligast är bland män 80 år och äldre. Trots att suicid är vanligare hos äldre än hos yngre skattar yngre den psykiska hälsa som sämre än gruppen äldre. Dessutom uppger en större andel av gruppen yngre att de har tankar på suicid jämfört med gruppen äldre där suicid är vanligare. En möjlig orsak till detta kan vara att äldres psykiska ohälsa inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning och att det förebyggande arbetet behöver stärkas för gruppen äldre. En annan möjlig orsak kan vara att metoderna för att upptäcka psykisk ohälsa inte är anpassade för personer över 65 år. Dessutom tyder resultaten i rapporten på att äldre inte alltid i tillräcklig utsträckning får del av andra insatser utöver läkemedel. Eftersom många äldre både har insatser från kommuner och landsting krävs en tydlig samverkan kring personer med psykisk ohälsa för att tidigt upptäcka och minska antalet suicid bland äldre.

# Inledning

Psykisk ohälsa bland äldre är ett samhällsproblem och ett problem för den enskilde som drabbas. Området har uppmärksammats i ett flertal av Socialstyrelsens rapporter [1-3]. Ett av syftena med denna rapport är att genom en öppen jämförelse ge en översiktlig bild av äldres psykiska ohälsa. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på olika nivåer. Rapporten är tänkt att fungera som underlag till förbättring av vården för personer med psykisk ohälsa, till exempel genom att stödja övergripande arbete för att identifiera och prioritera områden där insatser är mer angelägna. Syftet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvården och socialtjänst är att:

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen
- ge underlag för ledning och styrning
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning och lärande.

Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör Socialstyrelsens uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Fördelen med det stora antal indikatorer som Socialstyrelsen regelbundet publicerar är att myndigheten kan belysa ett flertal sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården trots att det saknas nationell information om viktiga områden.

Den stora informationsmängden har lett till ett behov av att paketera indikatorerna i rapporter med olika fokus. Ledning och styrning respektive praktiskt förbättringsarbete sker på olika nivåer, vilket medför att det behövs olika typer av underlag.

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen i Agenda 2030 ska genomlysas i denna rapport. Rapporten har framför allt bäring på följande mål:

- Mål 3: Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla.
- Mål 5: Uppnå jämställdhet samt alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: Minska ojämlikheter.

## Äldres psykiska ohälsa har fått mer uppmärksamhet på senare tid

Det pågår olika initiativ för att öka kunskapen och möta behoven hos äldre med psykisk ohälsa – både i kommuner och landsting och bland privata vård- och omsorgsgivare [1, 4]. Socialstyrelsen har gett ut två vägledningar på området äldres psykiska ohälsa: en som är riktad till primärvården och en som är riktad till socialtjänsten [2, 3]. Ett annat exempel är den nationella demensstrategin där regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att långsiktigt hantera frågor inom ramen för strategin [5].



Rådet för statlig styrning med kunskap beslutade den 16 juni 2015 att tillsätta en myndighetsgemensam arbetsgrupp för psykisk ohälsa hos äldre [6]. Arbetsgruppens huvudsakliga uppgift är att identifiera behov och föreslå kunskapsstödjande aktiviteter inom området (äldres psykiska ohälsa) samt initiera en samordning av myndigheternas framtagande av kunskapsunderlag. Arbetsgruppen ska samordna styrningen med kunskap inom området och mäta dess effekt för att se till att den är anpassad efter såväl huvudmännens som olika professioners behov.

## Metod och redovisning

Indikatorer i öppna jämförelser ska vara väl definierade, valida, mätbara, möjliga att påverka och, inte minst, ha en riktning. Det ska vara möjligt att säga vad som är ett positivt respektive ett negativt värde. Genom att följa en indikatorns utveckling får man en uppfattning om i vilken riktning en verksamhet utvecklas på nationell, regional eller lokal nivå. Vad som är en bra indikator beror dels på hur den ska användas, dels vem den riktar sig till. Det är önskvärt att redovisa så aktuella data som möjligt, men om datamängden är liten bör man använda längre tidsperioder. De flesta indikatorer och mått i denna rapport baseras på data från 2016, men vissa uppgifter baseras på data från 2015 och 2017. Mer information om indikatorerna finns i indikatorbilagan.

## Redovisning och tolkning

Öppna jämförelser är en indikatorbaserad uppföljning genom jämförelser, vilket huvudsakligen innebär att myndigheten bearbetar data för att kunna redovisa ett utfall enligt en definierad indikator och olika redovisningsnivåer. För att det ska vara lättare att tolka utfallet kommenterar myndigheten jämförelserna.

I denna rapport jämför Socialstyrelsen främst yngre personer (18–64 år) med äldre personer (över 65 år). I vissa fall, där data tillåter, har gruppen ”äldre” delats upp i två nivåer: 65–79 år samt 80 år och äldre. Resultaten redovisas oftast uppdelat för män och kvinnor. I vissa fall redovisas även utbildningsnivå. Där det bedömts vara meningsfullt (och är möjligt) redovisas även jämförelser mellan landsting. För vissa indikatorer redovisas även resultatet för den speciella målgruppen med psykisk ohälsa som definierats för denna rapport. Följande aspekter är viktiga att ha i åtanke när man tolkar rapportens jämförelser och resultat:

- Indikatorerna är valda för att belysa både förekomst och behandling av psykisk ohälsa hos äldre, men det handlar trots allt om ett nedslag som endast belyser begränsade delar och aspekter av hälso- och sjukvården.
- Jämförelserna kan fungera som utgångspunkt för vidare diskussion och analys.
- Att känna till lokala förhållanden är en förutsättning för att kunna värdera lokala resultat och för att hitta förbättringsmöjligheter.
- Ett bättre värde, i relation till andra värden, behöver inte vara ett bra resultat. I vissa fall har alla ett bra resultat, i andra fall har ingen ett bra resultat.

- För indikatorerna gäller att det är möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdssystemet, men även andra faktorer spelar in – variationerna beror inte sällan på skillnader i förutsättningar.
- Stora län ligger närmare rikets värde.

## Avgränsningar

Rapportens redovisning är (för merparten av rapporten) avgränsad till att gälla personer 65 år och äldre. I vissa delar jämförs resultaten med den yngre åldersgruppen: personer 18 till 64 år. Den redovisning som belyser resurser och kostnader gäller vuxenpsykiatrin för merparten av rapportens delar. I rapportens redovisning saknas data om landstingens primärvård, där en stor del av arbetet med psykisk ohälsa sker. Dessutom saknas information om vilka konkreta insatser och åtgärder som genomförs av kommunerna.

## Om figurerna/diagrammen

Om nämnaren för en viss indikator för något län understiger 30 observationer redovisas inte det länet i diagrammen. Notera att skalan på värdeaxeln kan skilja sig åt mellan olika diagram – av praktiska skäl börjar skalan inte alltid på noll eller går hela vägen till 100 procent.

## Rapportens disposition

Nästa avsnitt i rapporten belyser olika bakgrundsfaktorer inom området psykisk ohälsa bland äldre. Avsnittet visar på förekomst av psykisk ohälsa i gruppen äldre samt resurser inom området.

Därefter följer ett avsnitt med redovisning av indikatorer. Redovisningen av indikatorer är uppdelad i följande delar:

- läkemedel
- kvalitet i äldres läkemedelsanvändning
- elektrokonvulsiv behandling (ECT)
- självskattad psykisk ohälsa
- vård vid psykisk ohälsa
- suicid och suicidtankar.

Redovisningsavsnittet följs av en diskussion. Sist i rapporten finns ett avsnitt referenser samt en bilaga där register och andra datakällor som används i rapporten listas. Totalt presenteras 69 figurer i rapporten.

# Bakgrundsfaktorer

## Förekomst av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa används som ett sammanfattande begrepp – dels för mindre allvarliga psykiska problem som oro och lättare nedstämdhet, dels för mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

I denna rapport syftar termen ”äldre” på personer som är 65 år och äldre om inget annat anges. Flera utredningar har konstaterat att psykisk ohälsa hos äldre är ett eftersatt område. Enligt prognoser från Statistiska Centralbyrån (SCB) kommer hela 25 procent av Sveriges befolkning 2060 bestå av personer som är 65 år och äldre – vilket medför ett ökat behov av stöd och vård för äldre med psykisk ohälsa [7, 8].

Det är oklart exakt hur många äldre personer som lider av psykisk ohälsa. Detta beror delvis på att det finns olika definitioner och sätt att räkna. Tvärsnittsstudier i befolkningen visar dock en förekomst på cirka 5 till 15 procent för alla typer av depression. Depression är med andra ord minst lika vanligt som demens bland äldre [6]. Hos äldre är depression ett allvarligt sjukdomstillstånd som kan leda till att livskvaliteten försämras betydligt – dessutom ökar det risken att dö i förtid [6, 9].

Förekomsten av ångestsyndrom bland äldre anges till mellan 6 och 12 procent [9]. Det är 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 [10].

Flera faktorer kan, tillsammans eller var för sig, bidra till olika tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre. Därför behöver problemet beaktas ur flera olika perspektiv, som exempelvis biologiska förändringar i hjärnan, kroppslig sjukdom, psykosociala faktorer, låg fysisk aktivitet, ensamhet, bristfällig kost, missbruk samt bieffekter av läkemedelsbehandling, trauman och livsstilsfaktorer [2, 9].

## Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa

Äldre personer med psykisk ohälsa behöver ofta insatser från såväl primärvård som specialistpsykiatri, äldreomsorg och socialpsykiatri. De flesta äldre som lider av psykisk ohälsa möter i första hand äldreomsorgen eller primärvården [2, 11]. Äldre personer med psykisk ohälsa har ofta sammansatta och komplexa behov som kräver både somatiska och psykiatriska insatser [8].

De flesta äldre med psykisk ohälsa tar inte kontakt med sjukvården och får därför ingen behandling [9]. Det är vanligt att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem [9]. Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som ofta har flera andra sjukdomar samtidigt [2].

Dessutom är sjukdomsbilden hos äldre med depression ofta annorlunda än hos yngre. Detta gör att psykiska sjukdomar är svårare att upptäcka hos äldre

– både för personen i fråga och för omgivningen [9]. Symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa hos äldre och det är därför större risk att en psykiatrisk diagnos förbises [2, 9]. Kroppsliga och kognitiva symtom är vanliga och kan vara mer framträdande än affektiva symtom. Depression hos äldre har klara beröringspunkter med kognitiv nedsättning och demens [9].

En majoritet av personerna med depression får enbart behandling i primärvården [11]. År 2010 visade en rapport från Socialstyrelsen att två tredjedelar av alla personer i Västra Götaland med diagnostiserad depression eller ångest endast fick sin behandling inom primärvården [12]. Det är dessutom inom primärvården som förskrivning av psykofarmaka är störst [10]. Läkemedelsbehandling är den vanligaste vårdåtgärden för äldre med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen har visat att äldre personer i Sverige, i synnerhet de allra äldsta, både har en mycket hög och regelbunden användning av ett eller flera olika typer av psykofarmaka. Det är dessutom vanligt att behandling sker med ett flertal olika läkemedel samtidigt. Detta trots att studier visar att många äldre med depression inte blir tillräckligt hjälpta av en behandling med enbart anti-depressiva läkemedel [11].

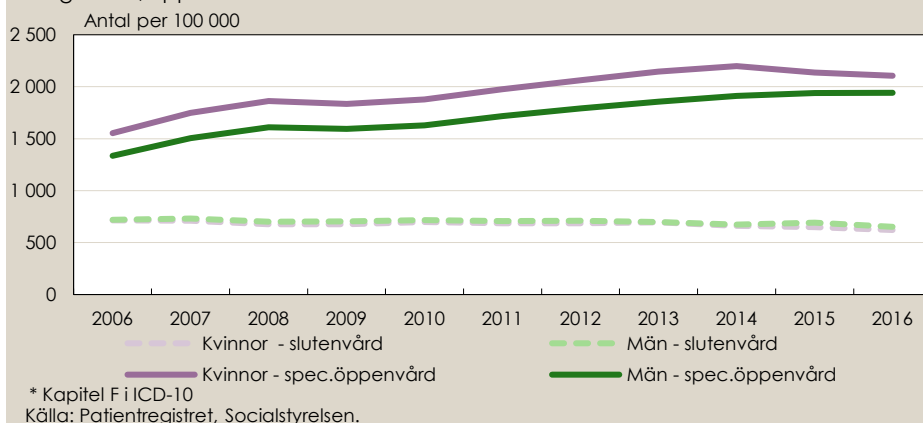
Socialstyrelsen har tidigare presenterat resultat som visar att äldre med psykisk ohälsa inte har samma tillgång till specialiserad psykiatrisk vård som den yngre befolkningen, trots att det psykiatriska vårdbehovet bedöms vara minst lika stort bland äldre. Dessutom är tillgången till psykologisk behandling låg för äldre med psykisk ohälsa [11-13].

Sammantaget framstår situationen för äldre som problematisk med hög förekomst av psykisk ohälsa, svårigheter beträffande upptäckt och diagnos, omfattande användning av läkemedel och ökad risk för biverkningar samt bristande tillgång till vård och behandling [9-11]. Detta medför en ökad risk för lidande och ytterst självmord som följd. En del av bristerna i vård och omsorg kan vara en konsekvens av dåliga kunskaper om åldrande och om psykisk ohälsa hos äldre inom primärvård, geriatrisk vård, äldreomsorg och psykiatrisk specialistvård. Det är viktigt att personal som har regelbundna kontakter med äldre personer med vårdbehov kan identifiera psykisk ohälsa hos äldre för att kunna tillförsäkra en god och säker vård och omsorg [8].

Antalet patienter 65 år och äldre som vårdas för psykiatriska diagnoser har sedan 2006 ökat inom den specialiserade öppenvården. Antalet kvinnor som haft ett läkarbesök i den specialiserade öppenvården med minst en psykiatrisk diagnos har ökat från 1 553 till 2 106 per 100 000 invånare 2016. För män har antalet patienter som besökt en läkare per 100 000 invånare ökat från 1 335 till 1941. Ökningen kan i viss mån förklaras av ökad diagnostisering. Antalet patienter inom slutenvården har under samma tidsperiod minskat något. År 2016 var antalet patienter per 100 000 kvinnor 621 och för män var antalet 652. Det är viktigt att beakta att även demenssjukdom ingår värdena i figur 1.

### Figur 1. Antal patienter 65 år och äldre som vårdas med psykiska diagnoser

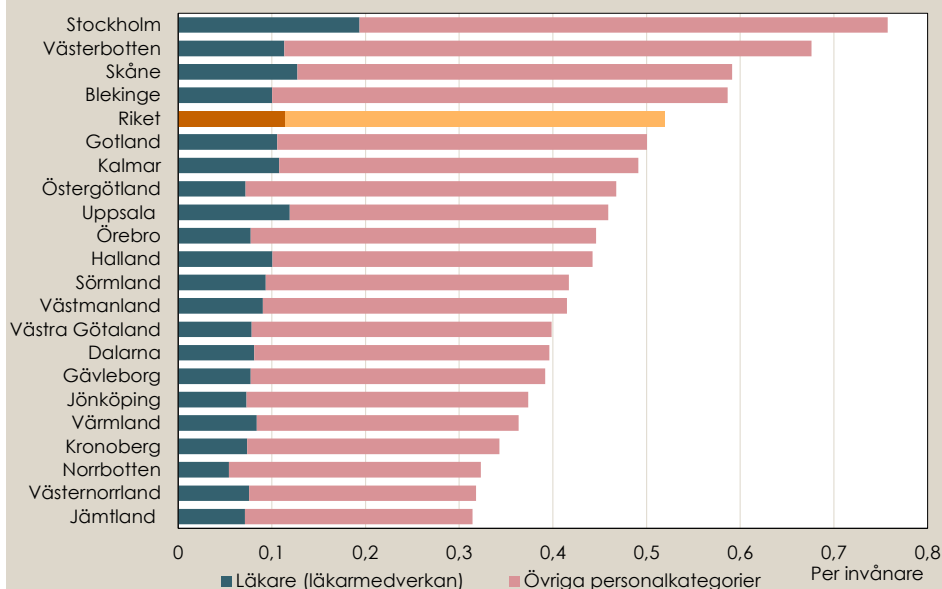
Antal patienter i specialiserad öppenvård och vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre. Besöket och vårdtillfället gäller psykiatriska diagnoser\*, uppdelat för kvinnor och män 2001-2016.



Merparten av de besök som görs inom den psykiatriska öppenvården är inte läkarbesök utan besök där patienter träffar andra personalkategorier. I figur 2 ingår även besök av personer 18 till 64 år.

### Figur 2. Riket. Besök inom psykiatri läkare och övriga personalkategorier

Öppenvårdsbesök (dagsjukvårds-, mottagnings- och hembesök) inom specialiserad psykiatrisk vård per invånare, 2016.

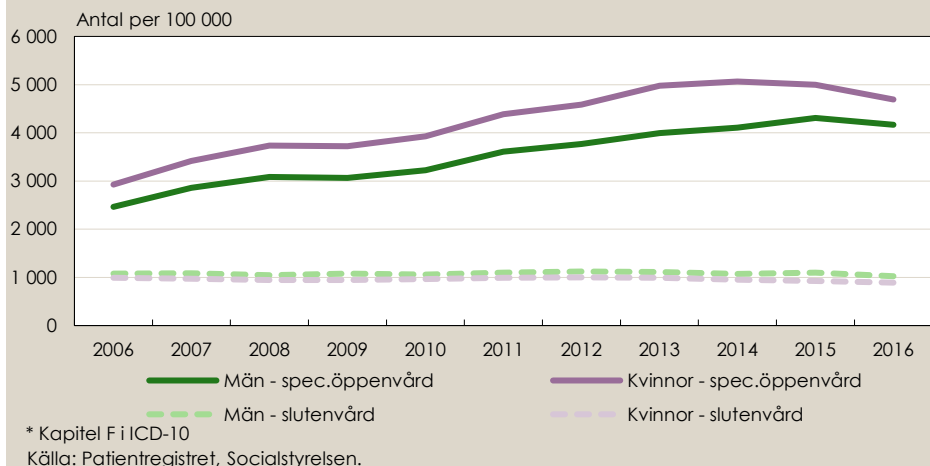


Eftersom en patient kan ha flera besök eller vårdtillfällen är antalet besök och antalet vårdtillfällen fler än antalet patienter i slutenvården och i den specialiserade öppenvården. Sedan 2006 har antalet besök i den specialiserade öppenvården ökat medan antalet slutenvårdstillfällen ligger kvar på samma nivå. Antalet besök per 100 000 invånare har för kvinnor ökat från nära 2 926

2001 till 4 964 2016. Ökningen i figur 3 kan eventuellt förklaras av ökad diagnosättning. Antalet vårdtillfällen i slutenvården har för kvinnor minskat från drygt 993 till 891 per 100 000 invånare. För män har antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare minskat från 1 085 till 1 024 under samma tidsperiod.

### Figur 3. Riket. Besök och vårdtillfällen för personer med psykiatrisk diagnos

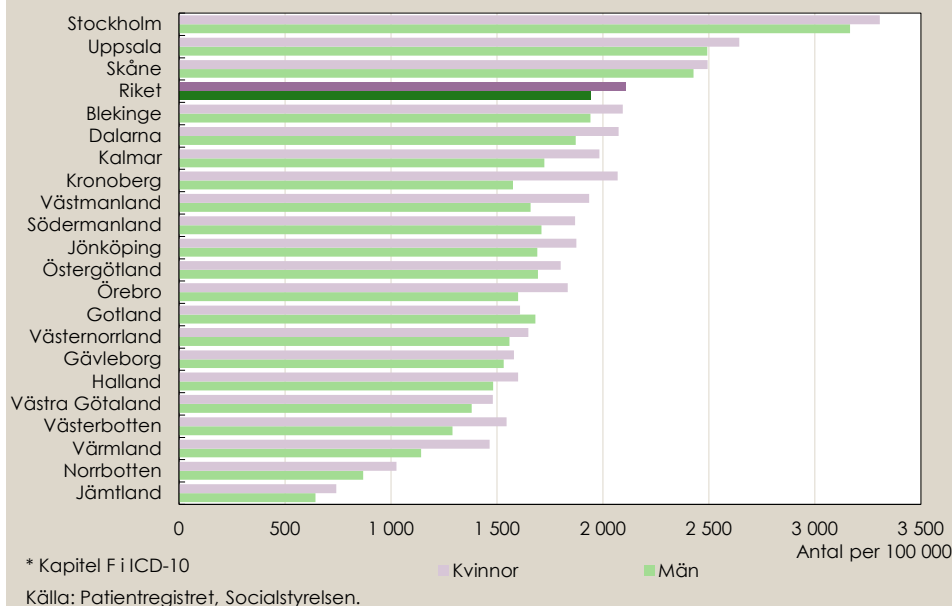
Antal besök i specialicerad öppenvård och vårdtillfällen i slutenvården per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre. Besöket och vårdtillfället gäller psykiatriska diagnoser\*, uppdelat för kvinnor och män 2001-2016.



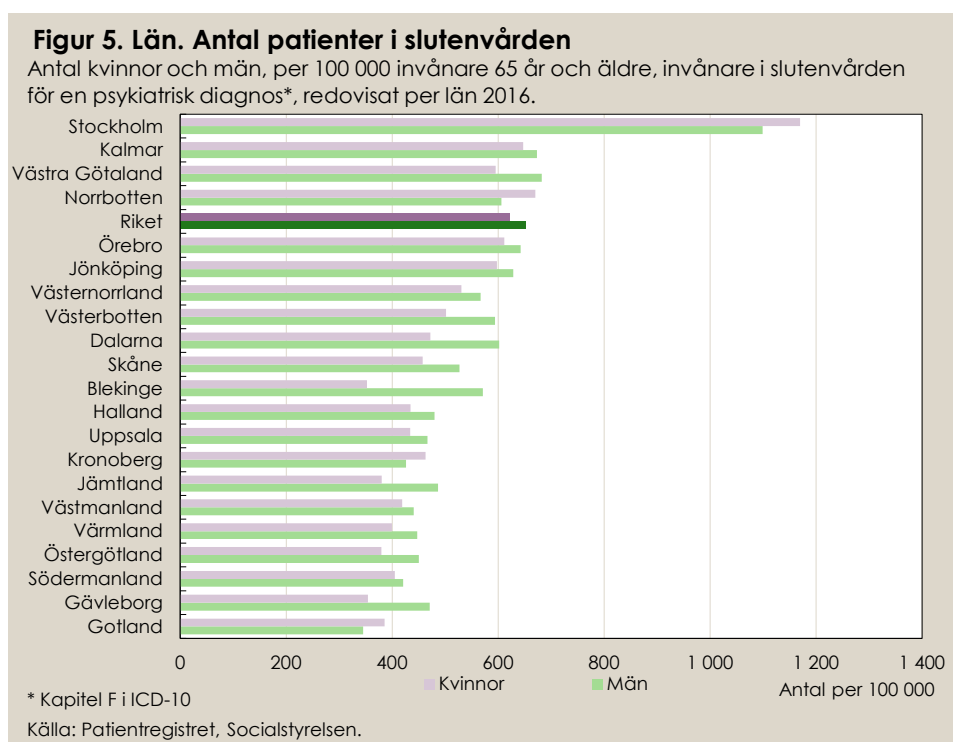
Redovisat per län så varierar antal manliga patienter 65 år och äldre per 100 000 invånare mellan länen från 644 till drygt 3 165. Antalet kvinnliga patienter varierar från 741 till 3 305 per 100 000 invånare 2016. Landstingens resultat i figur 4 kan påverkas av hur psykiatrin är organiserad och vilka personalkategorier som patienterna träffar.

### Figur 4. Län. Antal patienter i specialiserad öppenvård

Antal kvinnor och män, 65 år och äldre, per 100 000 invånare inom den specialiserade öppenvården för en psykiatrisk diagnos, 2016.



Antal besök i specialiserad öppenvård för personer 65 år och äldre varierar mellan länen. Antal besök av män per 100 000 varierar mellan länen 2016 från 944 till 8 361. För kvinnor varierar besöken mellan länen från nära 1 096 till omkring 8 958. Även i slutenvården varierade antalet patienter mellan länen, vilket framgår i figur 5. År 2016 varierade antalet manliga patienter 65 år och äldre per 100 000 invånare mellan drygt 345 till drygt 1 099 2016. För kvinnor varierade antalet från drygt 352 till 1 170.



Antalet vårdtillfällen för psykiatriska diagnoser i slutenvården varierar mellan länen för kvinnor från 419 upp till 1 721 per 100 000 invånare 2016. För män varierar antalet vårdtillfällen mellan länen från drygt 420 till drygt 1 958.

### Skador inom psykiatrisk vård

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) rapport ”Skador inom psykiatrisk vård” bygger på så kallad markörbaserad journalgranskning, där de har identifierat skador i 17 procent av journalerna inom allmänpsykiatrisk vård och av dessa bedömdes hälften vara undvikbara. Dessutom innehöll 78 procent av alla granskade journaler en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Dessa fynd indikerar att man inom allmänpsykiatrisk vård inte alltid följer nationella och lokala riktlinjer [14].

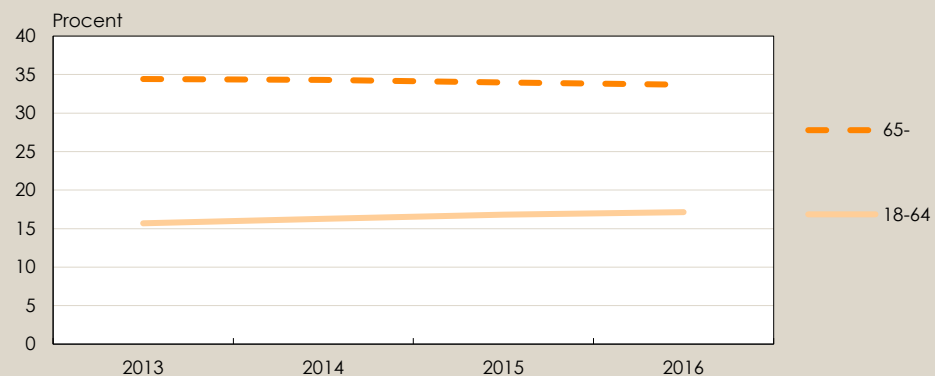
Rapporten är inte uppdelade efter ålder, men i rapporten anges att i nio procent av vårdperioderna för personer 65 år och äldre fanns skador som bedöms som ”undvikbara” [14].

## Förekomst av psykisk ohälsa exklusive demens

Den totala andelen personer som vårdats för psykisk sjukdom eller använt psykofarmaka skiljer sig åt mellan yngre (personer 18 till 64 år) och äldre (65 år och äldre). Andelen är betydligt högre hos personer 65 år och äldre för perioden 2013 till 2016, vilket framgår av figur 6. År 2016 hade nära 34 procent av personerna 65 år och äldre vårdats för psykisk sjukdom eller använt psykofarmaka, medan motsvarande andel bland personer 18 till 64 år var drygt 17 procent samma år.

**Figur 6. Riket. Förekomst av psykisk ohälsa hos personer över 18 år**

Andel 18-64 år respektive 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom\* eller använt psykofarmaka 2013 till 2016.



\* ICD10: F05.0, F05.8-F99

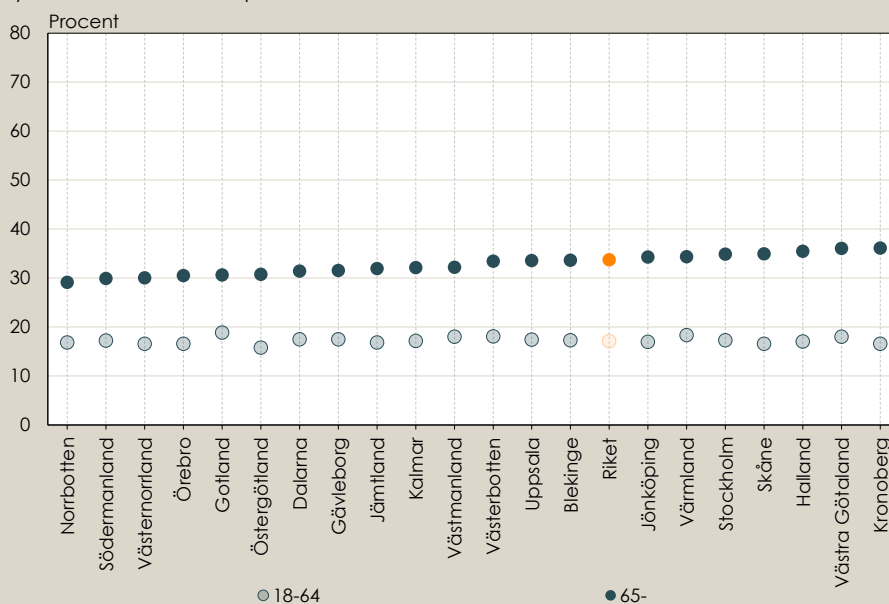
Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

På länsnivå är mönstret detsamma i samtliga län. Det är en högre andel i gruppen äldre som vårdats för psykisk sjukdom eller som använt psykofarmaka än för den yngre gruppen.



### Figur 7. Län. Förekomst av psykisk ohälsa

Andel 18-64 år respektive 65 år och äldre som vårdats för psykisk sjukdom\* eller använt psykofarmaka redovisat per län 2016.



\* ICD10: F05.0, F05.8-F99

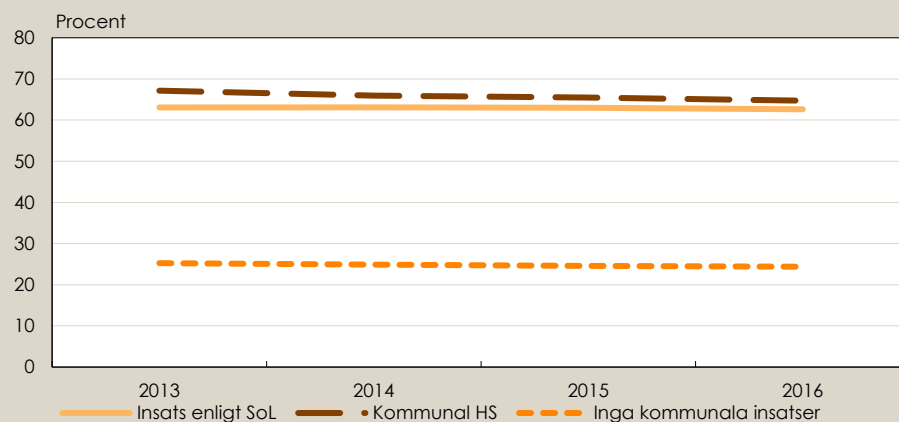
Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Förekomst av psykisk ohälsa hos personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård

Bland personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa har många även insatser från kommunen, till exempel insatser i form av äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård. Hos personer 65 år eller äldre utan sådana kommunala insatser har drygt 24 procent psykisk ohälsa, vilket är en minskning med ungefär en procent sedan 2013. Andelen bland personer som har insatser inom äldreomsorgen eller insatser inom kommunal hälso- och sjukvård är betydligt högre. Bland personer med varaktiga kommunala och hälso- och sjukvårdsinsatser hade nära 65 procent psykisk ohälsa 2016, en nedgång från drygt 67 procent 2013. Andelen hos personer med en äldreomsorgsinsats enligt socialtjänstlagen (2001:453) var 63 procent 2016, vilket är samma som 2013. Observera att många personer ingår både i gruppen med äldreomsorg och i gruppen med kommunal hälso- och sjukvård i figur 8.

**Figur 8. Riket. Psykisk ohälsa hos personer med kommunala insatser**

Andel av personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa med insats enligt socialtjänstlagen, kommunal hälso- och sjukvård samt personer utan kommunala insatser, 2013 till 2016.



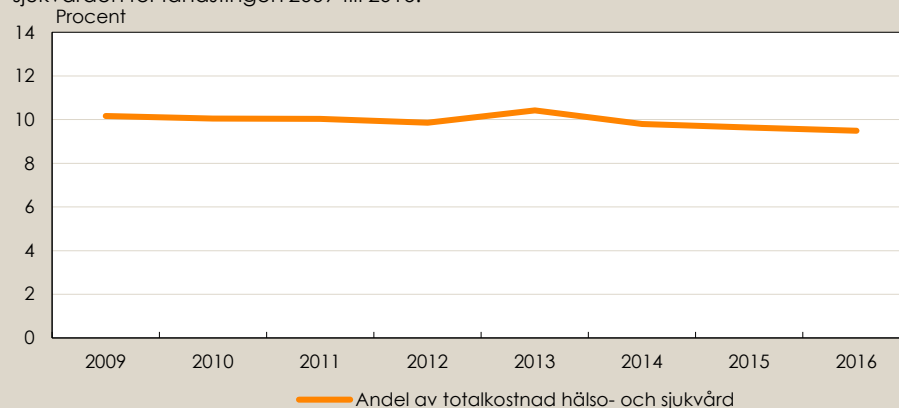
Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.

## Resurser inom området psykisk ohälsa

Detta avsnitt belyser resurser i form av den specialiserade psykiatrins andel av landstingens kostnad för hälso- och sjukvård, kostnader, personal och tillgängliga disponibla vårdplatser. Underlaget kan inte redovisas särskilt för grupper 65 år och äldre. År 2016 uppgick den specialiserade psykiatrins andel av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till 9,5 procent. Andelen har minskat från 10,1 procent sedan 2009, vilket framgår av figur 9.

**Figur 9. Riket. Den specialiserad psykiatriska vårdens andel av kostnaden för landstingens hälso- och sjukvård**

Den specialiserade psykiatriska vårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården för landstingen 2009 till 2016.

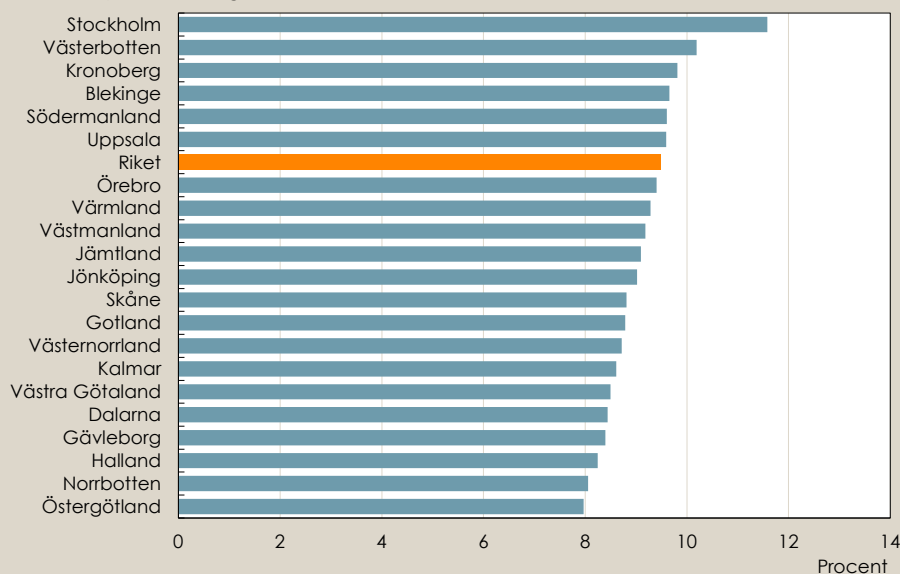


Källa: Statistiska Centralbyrån.

Den specialiserade psykiatriska vårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården varierar mellan landstingen, men i merparten av landstingen i figur 10 ligger andelen mellan 8 och 10 procent. Högst andel har Stockholm – där utgör den specialiserade psykiatriska vården 11,6 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden.

**Figur 10. Landsting. Den specialiserad psykiatriska vårdens andel av kostnaden hälso- och sjukvård**

Den specialiserade psykiatriska vårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården per landsting 2016.



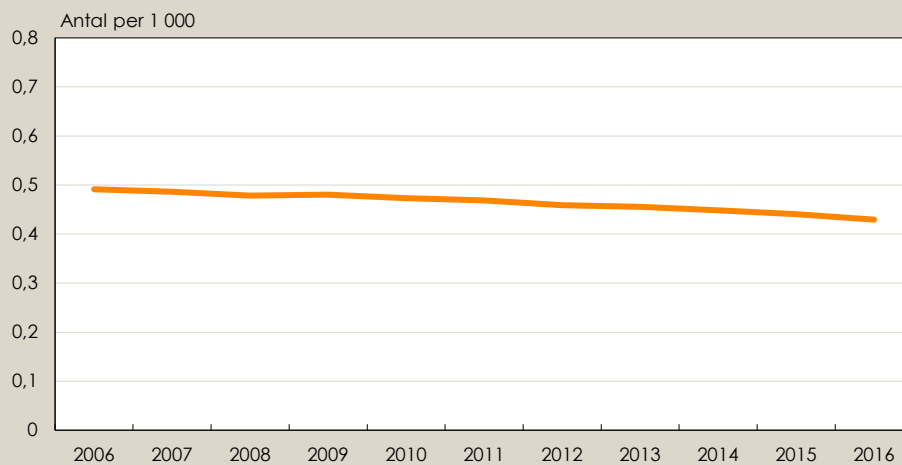
Källa: Statistiska Centralbyrån.

## Disponibla vårdplatser och personalresurser

Inom specialiserad psykiatrisk vård fanns 0,4 disponibla vårdplatser per 1 000 invånare 2016. Sedan 2006 har antalet disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård minskat från 0,5 per 1 000 invånare, vilket framgår av figur 11.

### Figur 11. Riket. Disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård

Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare 2006 till 2016.



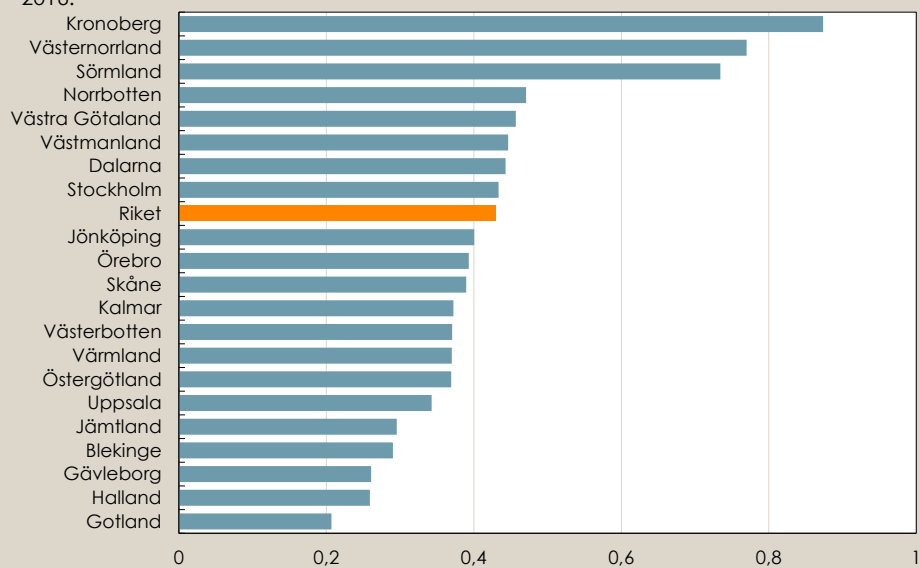
Källa: Verksamhetsstatistik, SKL.

Antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare i specialiserad psykiatrisk vård varierar mellan landstingen. Lägst antal var 0,2 per 1 000 invånare (2016) och högst antal var nära 0,9 per 1 000 invånare, vilket framgår av figur 12. De landsting som har högst antal disponibla vårdplatser har också många patienter från andra landsting. Till exempel ligger stora rättspsykiatriska kliniker i Kronoberg, Västernorrland och Sörmland.

I denna figur tas inte hänsyn till att köp och försäljning av vård förekommer mellan landsting eller till att värden för enskilda landsting inkluderar enheter som ligger inom landstinget men drivs av andra vårdgivare.

## Figur 12. Landsting. Disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård

Genomsnittligt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare för respektive landsting\* 2016.



\* Hänsyn har inte tagits till att köp och försäljning förekommer mellan landsting/regioner

\* Inklusive enheter belägna i landstinget/regionen som drivs av andra vårdgivare.

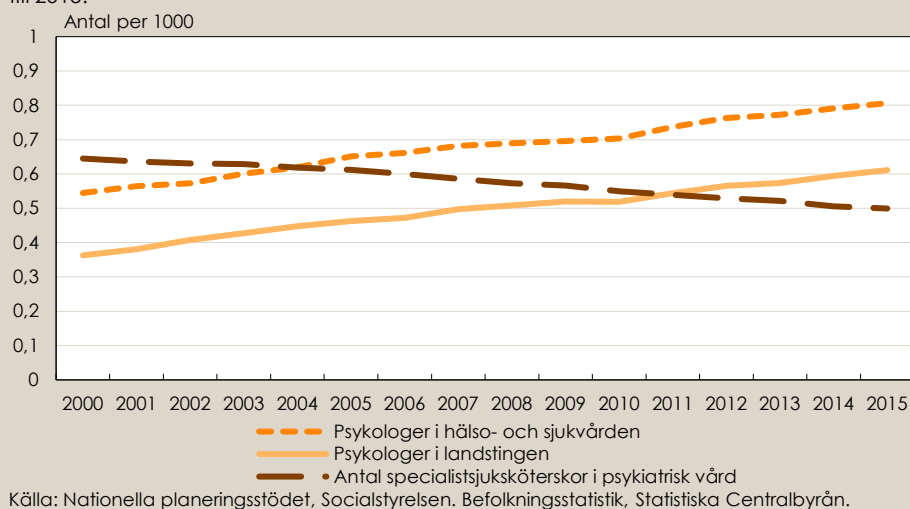
Källa: Verksamhetsstatistik, SKL.

## Psykologer och specialistsjuksköterskor

Sedan 2000 har antalet psykologer ökat inom såväl hela hälso- och sjukvården som inom landstingen, vilket framgår av figur 13. I hälso- och sjukvården har antalet psykologer per 1 000 invånare ökat från 0,54 (2000) till 0,81 (2016). Antalet anställda psykologer i landstingen har ökat per 1 000 invånare från 0,36 (2000) till 0,61 (2015). Däremot har antalet specialistsjuksköterskor i psykiatrin minskat – från 0,64 per 1 000 invånare (2000) till 0,5 (2015).

### Figur 13. Riket. Antal sysselsatta psykologer och specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård

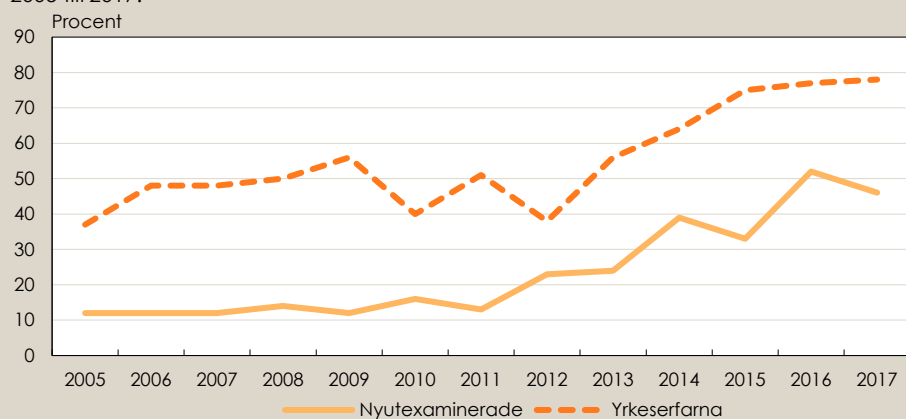
Antal sysselsatta psykologer i hälso och sjukvården och i landstingen per 1 000 invånare samt antal specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård per 1 000 invånare, 2000 till 2015.



Trots att antalet anställda psykologer inom hälso- och sjukvården ökat kan brist på tillgång till psykologer fortfarande föreligga. I Arbetskraftsbarometern får arbetsgivare uppge huruvida de upplever att det är brist på de kompetenser som finns på arbetsplatsen. Andelen arbetsgivare som uppger att det finns brist på nyutexaminerade psykologer har sedan 2005 stigit med 34 procentenheter till 46 procent 2017. Andelen arbetsgivare som svarat att det är brist på yrkeserfarna psykologer har under samma tidsperiod ökat från 37 till 78 procent.

### Figur 14. Riket. Efterfrågan på psykologer

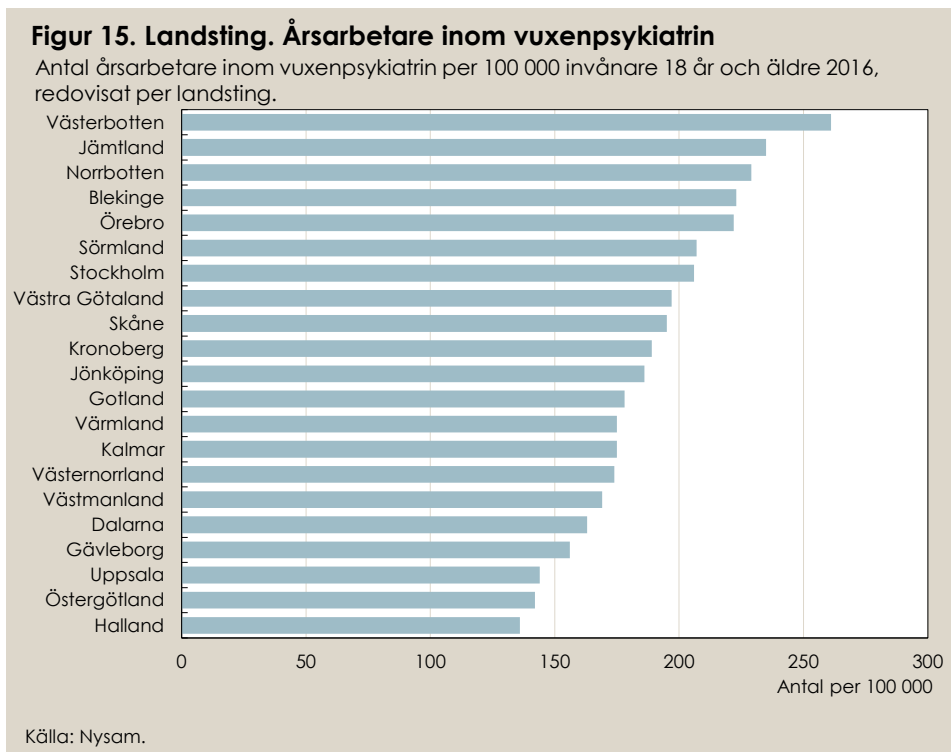
Andel arbetsgivare som svarar brist på psykologer efter yrkeserfarenhet. Redovisat för 2005 till 2017.



## Personalresurser inom vuxenpsykiatri

Inom ramen för nyckeltalssamarbetet (Nysam) redovisas ett antal personalmått. I figur 15 redovisas antal årsarbetare inom vuxenpsykiatri per 100 000

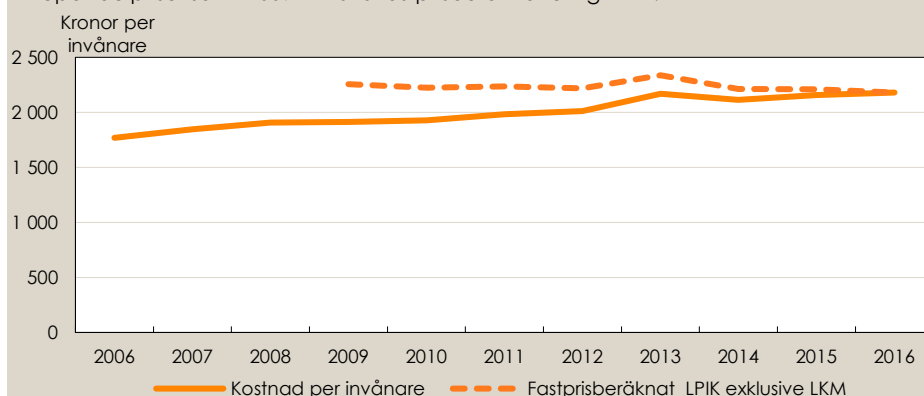
invånare 18 år och äldre (2016). Antalet varierar mellan landstingen, från 136 till 261 per 100 000 invånare. Att antalet årsarbetare varierar kan exempelvis bero på invånarnas behov eller på hälso- och sjukvårdens organisering eller prioriteringar.



**Specialiserad psykiatrisk vård – kostnad per invånare**  
 Kostnaden per invånare för specialiserad psykiatrisk vård har i löpande priser gradvis ökat sedan 2006, vilket framgår av figur 16. År 2006 var den årliga kostnaden per invånare 1 768 kronor, 2016 låg kostnaden på 2 180 kronor per invånare och år. Om kostnaden per invånare istället fastprisberäknas med prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting (LPIK) är kostnaden 2016 på ungefär samma nivå som 2009.

### Figur 16. Riket. Kostnad per invånare - specialiserad psykiatrisk vård

Den specialiserade psykiatriska vårdens kostnad i kronor per invånare\* 2006 till 2016 i löpande priser samt 2009 till 2016 fastprisberäknat enligt LPIK.



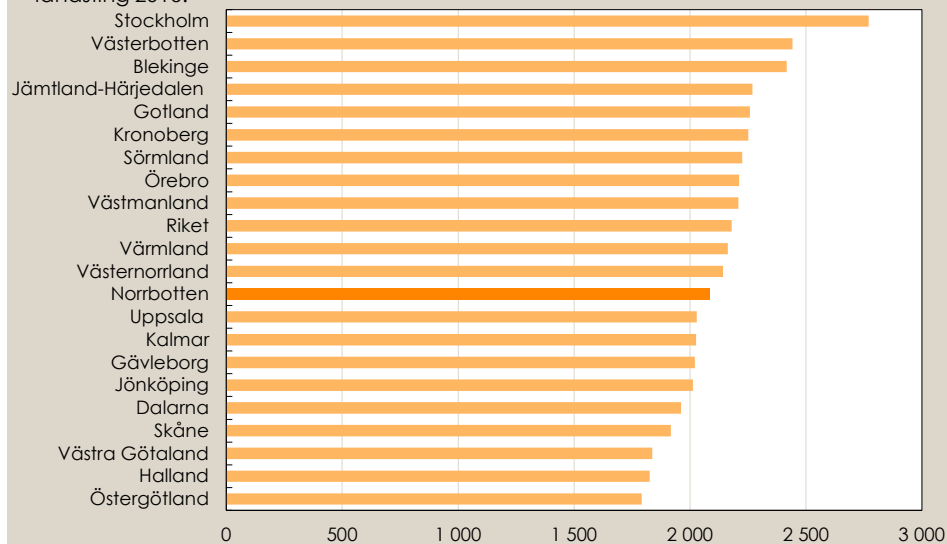
\* Exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Källa: Verksamhetsstatistik, SKL.

Kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård per invånare låg 2016 på nära 2 180 kronor. Kostnaden per invånare varierar mellan 1 792 och 2 770 kronor i landstingen. Variationerna synliggjorda i figur 17 kan exempelvis bero på skillnader i behov och på prioriteringar inom landstingets verksamhet.

### Figur 17. Landsting. Kostnad per invånare - specialiserad psykiatrisk vård

Den specialiserade psykiatriska vårdens kostnad i kronor per invånare\*, redovisat per landsting 2016.



\* Exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Källa: Verksamhetsstatistik, SKL.

## Psykiatrisk vård - Kostnad per patient

SKL administrerar en databas för landstingen med uppgifter om kostnad per patient (KPP). Uppgifterna i databasen bildar ett underlag för analyser och ersättningar inom sjukvården [15]. Merparten av patienterna inom psykiatri för de landsting som ingår i KPP är mellan 18 och 64 år. Den ålderskategori



med minst antal patienter är personer 65 år och äldre, vilka utgör 8,7 procent av det totala antalet patienter.

**Tabell 1. Antal och andel patienter inom psykiatrin**

Indelat per ålderskategori, år 2016.

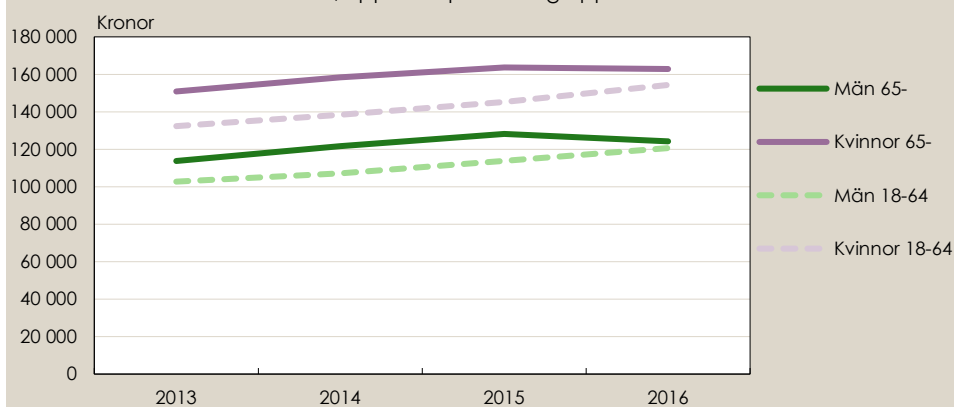
Ålderskategori	Antal patienter	Andel (%)
0-17	66 789	24,5
18-64	182 031	66,8
65+	23 824	8,7

Källa: Kostnad per patient, SKL.

Kostnaderna för psykiatrin delas upp i två kategorier: slutenvård och öppenvård. År 2016 ingick 15 landsting i KPP. Inom psykiatrins slutenvård ligger genomsnittskostnaden för en kvinnlig patient 65 år och äldre på nära 163 000 kronor (2016). Manliga patienter 65 år och äldre kostar i genomsnitt drygt 124 000 kronor (2016).

**Figur 18. Riket. Kostnad per patient i psykiatrins slutenvård**

Kostnad per patient, 18 till 64 år samt 65 år och äldre, inom psykiatrins slutenvård, redovisat för kvinnor och män, uppdelat på åldersgrupper.



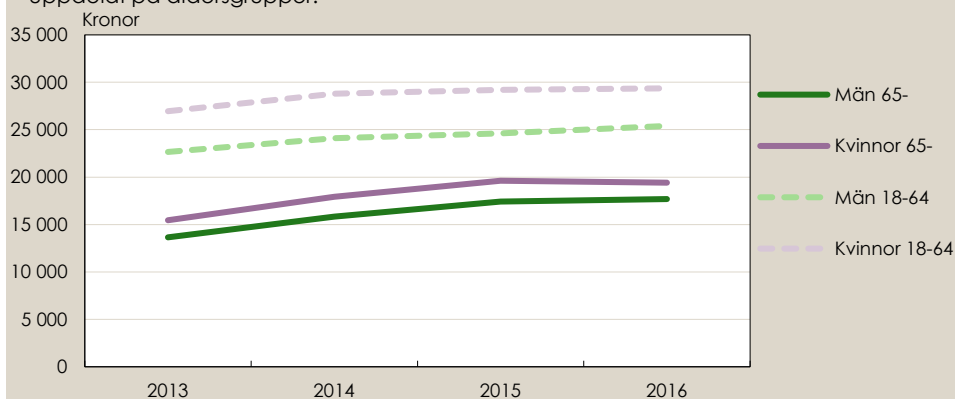
\* Antal landsting som ingår i KPP har ökat från nio 2013 till 15 2016.

Källa: Kostnad per patient, SKL.

I den öppna vården har yngre patienter i genomsnitt högre totalkostnad än äldre. Skillnaderna mellan kvinnor och män 65 år och äldre i psykiatrins öppenvård är liknande under perioden (2013 till 2016): 2016 var kostnaden per vårdkontakt för en manlig patient i genomsnitt 17 700 kronor, och kostnaden för en kvinnlig patient var 19 400 kronor.

**Figur 19. Riket. Kostnad per patient i psykiatrins öppenvård**

Kostnad per patient inom psykiatrins öppenvård, redovisat för kvinnor och män, uppdelat på åldersgrupper.



\* Antal landsting som ingår i KPP har ökat från nio 2013 till 15 2016.

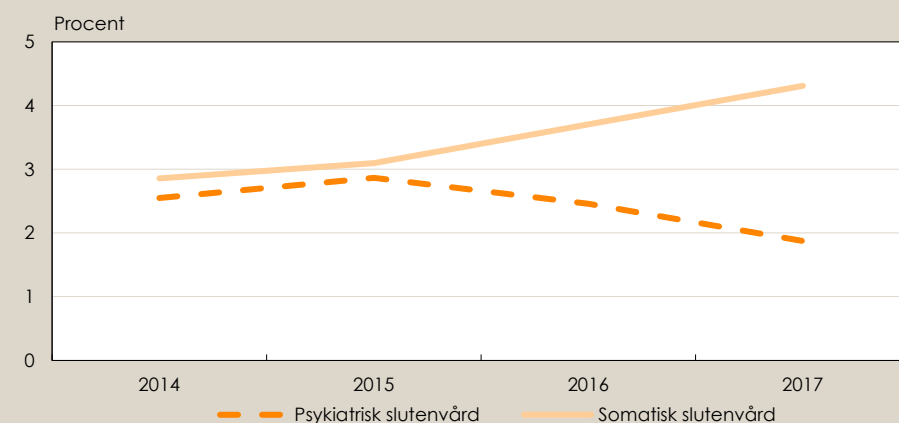
Källa: Kostnad per patient, SKL.

## Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård

Antalet disponibla psykiatriska vårdplatser är ett mått som speglar psykiatrins resurser i relation till samhällets behov. En överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på just en disponibel vårdplats [16]. Sedan 2014 har antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i psykiatrisk slutenvård minskat från drygt 2,5 till 1,9. Detta kan jämföras med den somatiska slutenvården där utvecklingen i stället gått åt motsatt håll, vilket presenteras i figur 20.

**Figur 20. Riket. Överbeläggningar i psykiatrisk och somatisk slutenvård**

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i psykiatrisk och somatisk slutenvård 2014 till 2017.

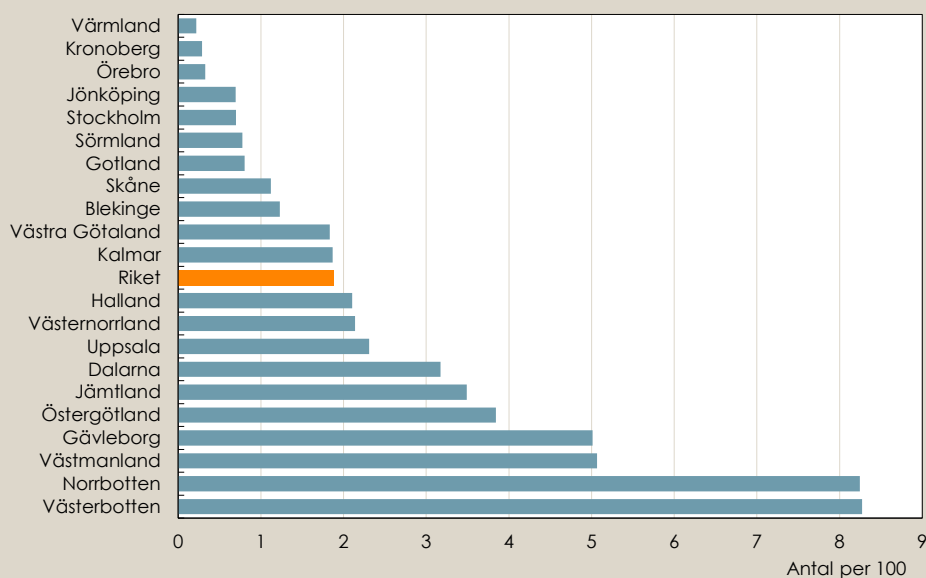


Källa: Vården i siffror, SKL.

Redovisat per län för 2017 varierar antalet överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård från drygt 0,2 till nära 8,3. Antalet överbeläggningar i figur 21 kan påverkas av hur väl psykiatrins organisering och resurser överensstämmer med behoven.

**Figur 21. Landsting. Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård**

Antal överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård redovisat per landsting 2017.



Källa: Vården i siffror, SKL.

# Redovisning av indikatorer

## Läkemedel

Läkemedelsanvändningen i befolkningen tilltar med stigande ålder, dels på grund av en ökad förekomst av sjukdomar, dels på grund av andra besvär såsom sömnstörningar, oro och smärta eller värk. Många av de läkemedel som äldre använder idag rekommenderas som behandling vid sjukdomar och tillstånd. Samtidigt medför åldrandet en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem och biverkningar av olika slag. En omfattande läkemedelsanvändning (så kallad polyfarmaci) som i dag är vanligt förekommande hos äldre är den enskilt största riskfaktorn bakom såväl läkemedelsbiverkningar som interaktioner mellan läkemedel. Vidare tillkommer en ökad känslighet för läkemedel med stigande ålder på grund av fysiologiska förändringar i kroppen och sjukdom. Denna känslighet är särskilt uttalad för vissa läkemedel – varav många är psykofarmaka. Några av dessa läkemedel (exempelvis lugnande medel, sömnmedel med lång verkan och preparat med så kallade antikolinerga effekter) medför en risk som är så pass stor i förhållande till dess nytta att man bör undvika att förskriva dessa till personer över 65 år [17].

I detta avsnitt redovisas några mått på användning av psykofarmaka och läkemedel som bör undvikas till äldre både med och utan psykisk ohälsa. Därutöver presenteras även hur användningen av olika psykofarmaka har utvecklats över tid hos äldre med och utan demenssjukdom.

## Långvarig användning av bensodiazepiner

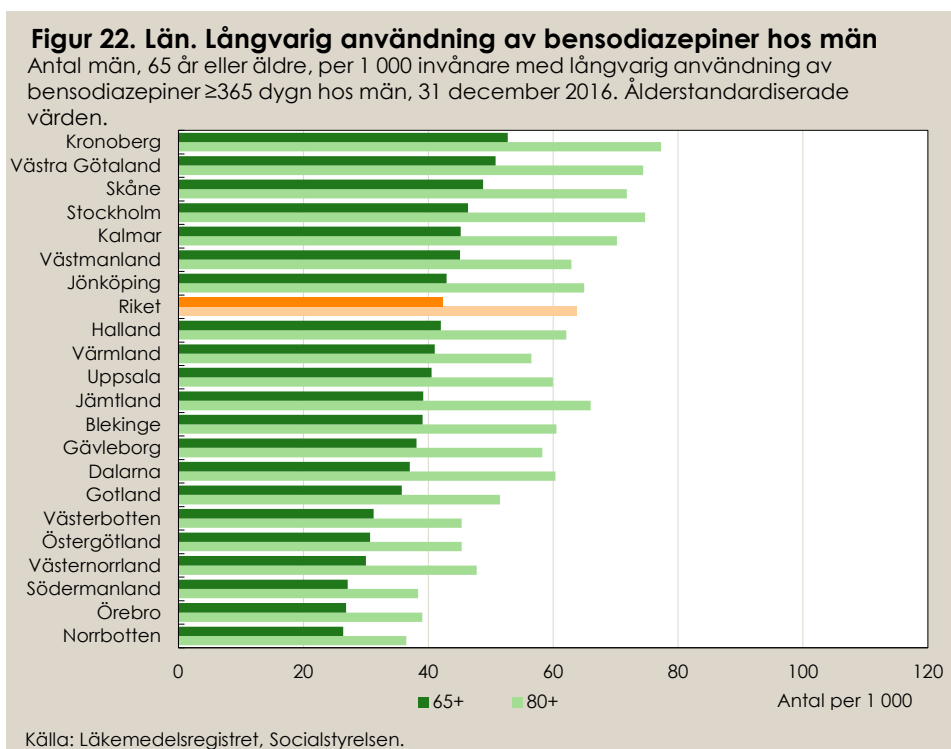
Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel är godkända för behandling av ångesttillstånd och tillfällig behandling av sömnstörningar. De används till viss del även för att behandla lindrigare former av oro.

Bensodiazepiner kan ge allvarliga biverkningar, i synnerhet vid hög konsumtion och vid långtidsbruk. Äldre löper en högre risk för biverkningar, speciellt kognitiva störningar (påverkan på funktioner såsom minne, inlärningsförmåga, uppmärksamhet och koncentration), förvirringstillstånd samt risk för att falla. Läkemedlen kan också framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att inte förskriva bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel under längre perioder utan noggrant övervägande [17].

Indikatorn som också är en av indikatorerna som redovisas i OECD:s hälsostatistik, visar förekomsten av långvarig användning av bensodiazepiner eller bensodiazepinlika läkemedel hos personer 65 år och äldre. Indikatorn redovisar andelen män och kvinnor i åldersgrupperna 65 år och äldre respektive 80 år och äldre som beräknas använda dessa läkemedel dagligen under mer än ett år. Till skillnad från tidigare mätningar som har utgått ifrån antagandet att läkemedlen hos äldre i genomsnitt används i en dygnsdos motsvarande en definierad dygnsdos, förkortat DDD (WHO), är analysen denna gång baserad på beräknade medeldygnsdoser för personer 65 år och äldre i riket 2016. Enligt OECD:s statistik över förskrivning i primärvården har förekomsten av det som förskrivs hos personer 65 år och äldre varit tämligen

oförändrad i Sverige sedan första mätningen 2006. Förskrivning för 2015, var 34 per 1 000 invånare för män och kvinnor [18]. Det aktuella värdet från 2016 för riket ligger högre (54 per 1 000), vilket kan förklaras av att analysen denna gång baseras på ett antagande om lägre dygnsdoser.

Resultaten visar också påtagligt större användning av bensodiazepiner hos så kallade ”äldre äldre” (80 år och äldre) jämfört med personer 65 år och äldre – samt en markant högre användning hos kvinnor. Det är också stora skillnader mellan landstingen. Andelen personer 65 år och äldre med en långvarig användning av bensodiazepiner varierar exempelvis mellan 42 och 77 per 1 000 invånare för kvinnor och 26 och 53 per 1 000 invånare för män.



### Figur 23. Län. Långvarig användning av bensodiazepiner hos kvinnor

Antal kvinnor, 65 år eller äldre, per 1 000 invånare med långvarig användning av bensodiazepiner  $\geq 365$  dygn hos kvinnor, 31 december 2016. Ålderstandardiserade värden.



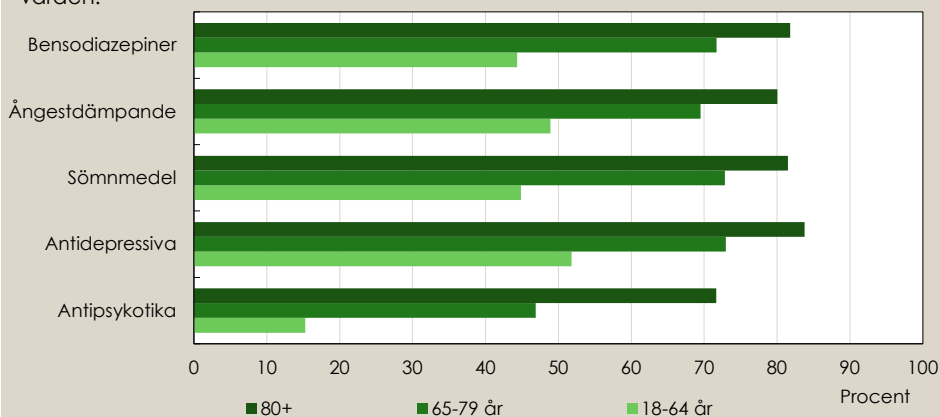
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen psykofarmaka som förskrivs i primärvården Socialstyrelsen har tidigare visat att merparten av all förskrivning av psykofarmaka till äldre, i synnerhet till de allra äldsta (80 år och äldre), sker i primärvården [10]. För personer 85 år och äldre skrevs omkring 80 procent av lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel, och drygt 75 procent för antipsykotiska läkemedel ut av primärvården. Det innebär att äldre som har psykofarmaka sällan får dem förskrivna från specialister inom exempelvis psykiatri – och detta gäller även antipsykotika.

Indikatorn redovisar för män (figur 24) respektive kvinnor (figur 25) i åldersgrupperna 18 till 64 år, 65 till 79 år respektive 80 år och äldre, andelen expedieringar av olika typer av psykofarmaka under 2016 som har förskrivits i primärvården. Av staplarna framgår tydligt att andelen ökar kraftigt med stigande ålder, vilket visar att äldre som använder psykofarmaka, betydligt mer sällan än yngre får dem förskrivna av specialister. Denna skillnad är särskilt påtaglig för antipsykotiska läkemedel.

**Figur 24. Riket. Psykofarmaka som förskrivits till män i primärvård**

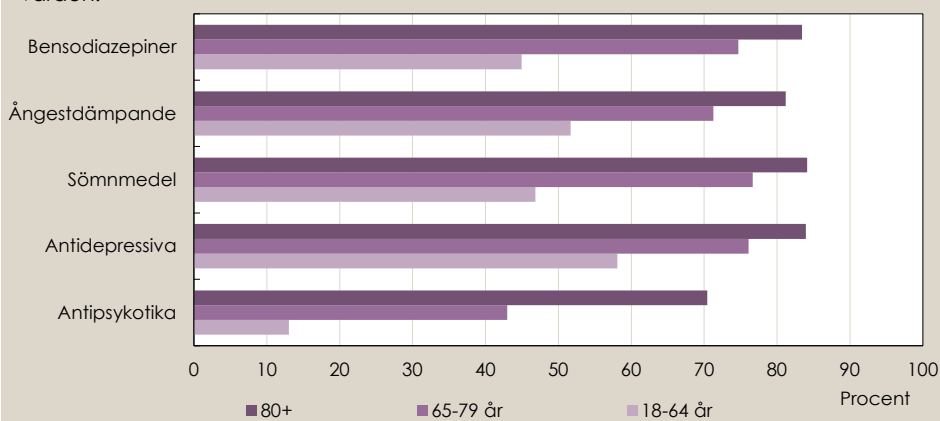
Andel expedieringar av psykofarmaka som förskrivits i primärvård av totalt expedierade läkemedel, redovisat för män 2016, fördelat på åldersgrupper. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 25. Riket. Psykofarmaka som förskrivits till kvinnor i primärvård**

Andel expedieringar av psykofarmaka som förskrivits i primärvård av totalt expedierade läkemedel, redovisat för kvinnor 2016, fördelat på åldersgrupper. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Resultat redovisas även uppdelat på utbildning (nioårig grundskola eller mindre, gymnasieutbildning samt eftergymnasial utbildning), hos kvinnor (figur 26) respektive män (figur 27). För samtliga psykofarmakagrupper framgår att en högre andel förskrivs av primärvården till personer med låg utbildning. Skillnaderna är särskilt påtagliga för antipsykotiska läkemedel.

### Figur 26. Riket. Psykofarmaka som förskrivits i primärvård till kvinnor redovisat på utbildningsnivå

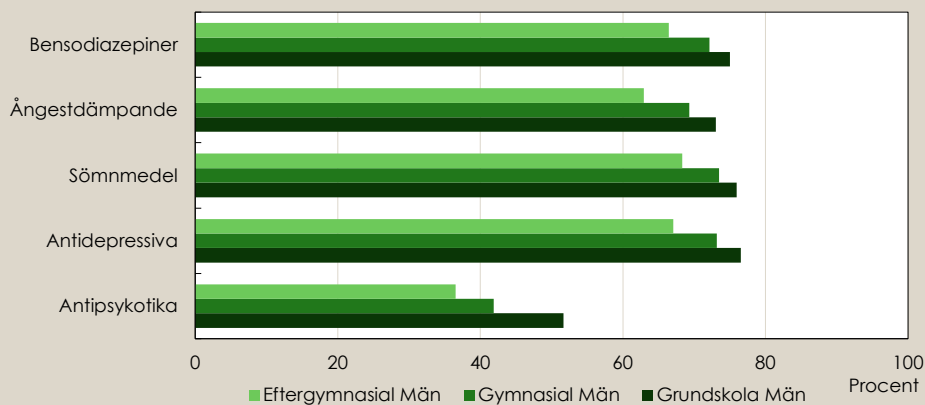
Andel expedieringar av psykofarmaka som förskrivits i primärvård av totalt expedierade läkemedel till kvinnor 65 år och äldre 2016. Redovisat på utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Figur 27. Riket. Psykofarmaka som förskrivits i primärvård till män redovisat på utbildningsnivå

Andel expedieringar av psykofarmaka som förskrivits i primärvård av totalt expedierade läkemedel till män 65 år och äldre 2016. Redovisat på utbildningsnivå. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning

De senaste årtiondena har såväl nya läkemedel som nya behandlingsprinciper gjort att vården kan behandla allt fler sjukdomar och tillstånd hos äldre. Samtidigt har detta inneburit att läkemedelsanvändningen hos äldre har blivit allt mer omfattande och komplex – vilket i sin tur medför en ökad risk för olika typer av läkemedelsrelaterade problem.

Som tidigare nämnts är en omfattande läkemedelsanvändning där en person använder många olika läkemedel samtidigt – så kallad polyfarmaci – den enskilt största riskfaktorn för såväl läkemedelsbiverkningar som läkemedelsinteraktioner.



I detta avsnitt redovisas några mått på omfattning och kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Resultaten bygger på en analys som är baserad på den aktuella läkemedelslistan vid en given tidpunkt [19].

## Samtidig användning av tio eller fler läkemedel

Polyfarmaci brukar i den vetenskapliga litteraturen ofta definieras som ”användning av fem eller fler läkemedel”. I vissa studier av äldre personer har användning av tio eller fler läkemedel tillämpats som mått på ”excessive polypharmacy”, vilket kan översättas med ”avsevärd polyfarmaci” eller ”extrem polyfarmaci”. Myndigheten har i denna rapport valt att använda begreppet ”avsevärd polyfarmaci” för användning av tio eller fler läkemedel.

Studier har visat att polyfarmaci är förknippat med bland annat:

- ökad risk för biverkningar
- ökad risk för skadliga läkemedelsinteraktioner
- lägre följsamhet till ordination
- läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus [20].

Med andra ord bör man betrakta samtidig användning av tio eller fler preparat hos en och samma patient som en signal om att det kan finnas läkemedel som används utan – eller med oklar – indikation. Det kan också indikera att det finns risker med läkemedelsbehandlingen. Antalet läkemedel kan även vara en riskmarkör att använda i förebyggande insatser, till exempel vid läkemedelsgenomgångar, riktad patientinformation eller uppföljning av behandlingseffekter. Ett stort antal läkemedel behöver dock inte alltid betyda att en patient har en dålig eller felaktig behandling. Det saknas dock en generell målnivå gällande detta på grund av individuella olikheter. Olikheterna gäller bland annat sjukdomsörda, där det finns stora regionala variationer i hur många läkemedel som krävs för att uppnå en adekvat läkemedelsbehandling.

Indikatorn omfattar samtliga läkemedel som har förskrivits och hämtats ut från apotek, det vill säga läkemedel för:

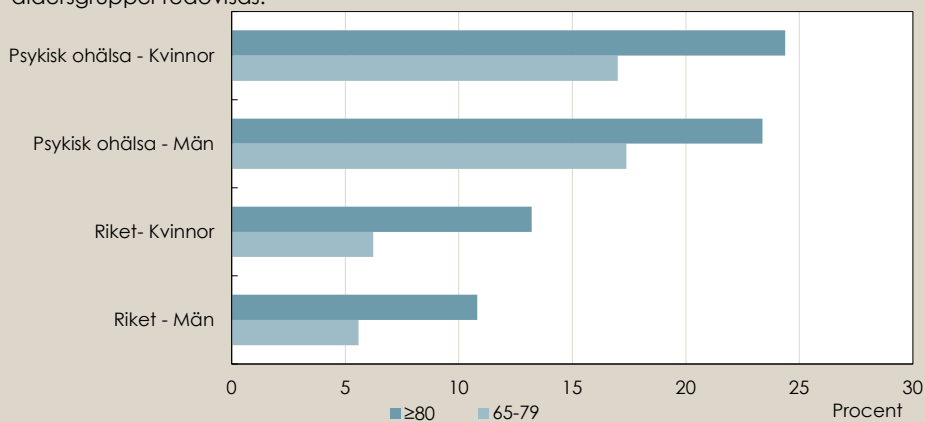
- regelbundet bruk
- bruk vid behov
- invärtes bruk
- utvärtes bruk.

Indikatorn redovisar andelen män och kvinnor både med och utan psykisk ohälsa, i de två åldersgrupperna 65 till 79 samt 80 år och äldre, som bedöms ha använt tio eller fler läkemedel samtidigt den 31 december 2015 (hos äldre personer totalt respektive hos äldre med psykisk ohälsa).

Figur 28 visar att det är betydligt vanligare med avsevärd polyfarmaci hos personer med psykisk ohälsa – oavsett kön och ålder. Avsevärd polyfarmaci är också vanligare hos personer som är 80 år och äldre, jämfört med något yngre personer mellan 65 till 79 år.

**Figur 28. Riket. Tio eller fler samtida läkemedel**

Andel av personer med psykisk ohälsa 65 till 79 år och 80 år eller äldre med tio eller fler samtida läkemedel 31 december 2015. Även värden för befolkningen i samma åldersgrupper redovisas.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka

En av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi är samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka från en eller flera av följande ATC-grupper, oavsett om bruket är regelbundet eller vid behov [17]:

- N05A – Neuroleptika
- N05B – Lugnande medel, ataraktika
- N05C – Sömnmedel och lugnande medel
- N06A – Antidepressiva medel.

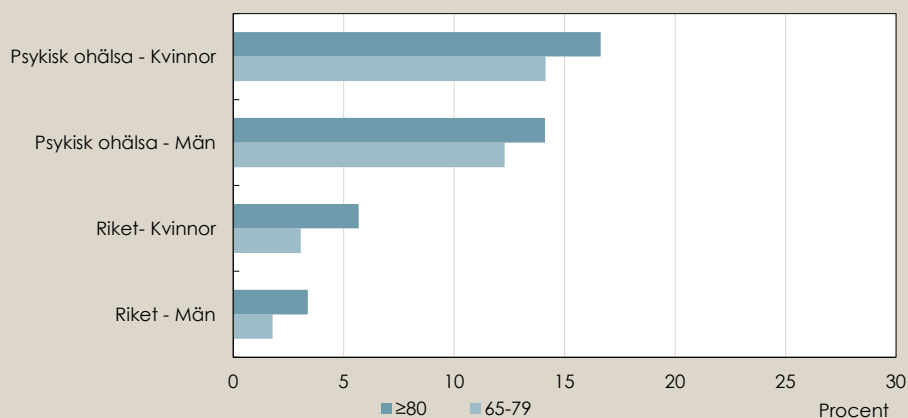
Behandling med tre eller fler psykofarmaka medför en ökad risk för såväl biverkningar som läkemedelsinteraktioner, och kan dessutom vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

Dock omfattar denna indikator olika slags kombinationer – med olika grad av klinisk relevans och risk – ett utfall vid mätning bör snarare leda till en djupare undersökning av vilka preparat som ingår.

Figur 29 redovisar andelen män och kvinnor i de två åldersgrupperna 65 till 79 samt 80 år och äldre som använde tre eller fler psykofarmaka samtidigt den 31 december 2015 (hos äldre personer totalt respektive hos äldre med psykisk ohälsa). Figur 29 visar att användningen av tre eller fler psykofarmaka samtidigt var, inte oväntat, mångdubbelt högre – tre till sju gånger högre – hos äldre med psykisk ohälsa, där mer än var tionde person hade tre eller fler psykofarmaka. Generellt såg man även en något högre användning hos kvinnor än hos män. Likaså såg man en något högre användning hos personer 80 år och äldre än hos med personer 65 till 79 år.

### Figur 29. Riket. Tre eller fler psykofarmaka

Andel kvinnor och män med psykisk ohälsa, 65 till 79 år och 80 år eller äldre med samtida förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, 31 december 2015. Även värden för befolkningen i samma åldersgrupper redovisas.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Läkemedel som bör undvikas till äldre

Det finns vissa läkemedel som medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och som därför bör undvikas att förskrivas till patienter i denna åldersgrupp. Dessa läkemedel omfattas av indikatorn ”preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger” – en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [17]. Denna analys bygger på föregående version av indikatorerna, där denna indikator innefattade följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

- bensodiazepiner med lång halveringstid
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- det smärtstillande medlet tramadol
- sömnmedlet propiomazin [21].

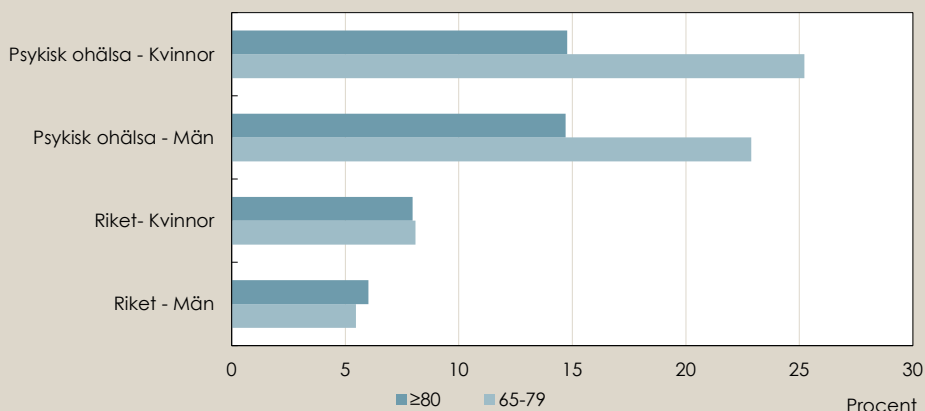
Dessa läkemedel bör läkare endast förskriva ifall:

- det finns en välgrundad och aktuell indikation för behandling
- förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna med behandlingen.

Dessutom bör förskrivande läkare följa upp och regelbundet ompröva eventuell behandling med dessa läkemedel. Indikatorn i figur 30 redovisar andelen män respektive kvinnor i åldersgrupperna 65 till 79 respektive 80 år och äldre som den 31 december 2015 använde minst ett läkemedel som man bör undvika att förskriva till äldre (hos äldre personer totalt respektive hos äldre med psykisk ohälsa). Figur 30 visar att användningen av sådana läkemedel som äldre bör undvika var två till fyra gånger högre hos äldre med psykisk ohälsa. Framför allt var användningen högre hos personer 65 till 79 år som här, i motsats till övriga indikatorer, uppvisade betydligt högre andelar än personer över 80 år.

**Figur 30. Riket. Läkemedel som bör undvikas**

Andel kvinnor och män med psykisk ohälsa, 65 till 79 år och 80 år eller äldre som förskrivits läkemedel som bör undvikas, 31 december 2015. Även värden för befolkningen i samma åldersgrupper redovisas.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

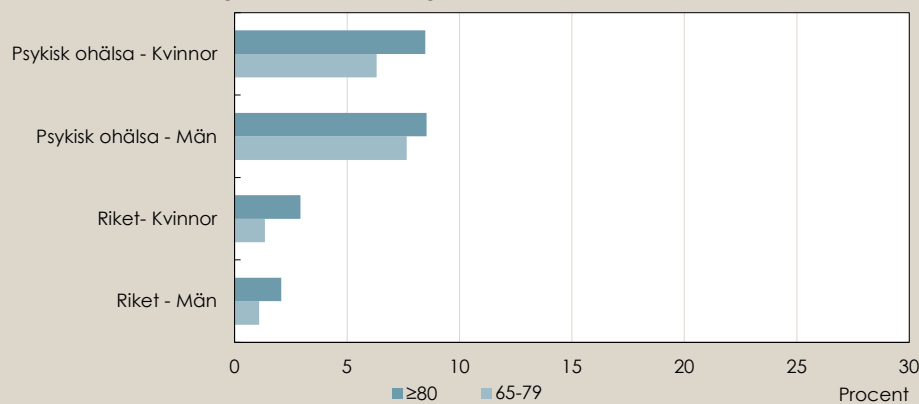
Antipsykotiska läkemedel kan vara en del i behandlingen av äldre vid exempelvis psykotiska tillstånd eller aggressivitet vid demenssjukdom. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa vissa beteendesymtom vid demens – till exempel motorisk oro samt rop och vandring – trots att det oftast har liten eller ingen effekt [17].

Antipsykotiska läkemedel är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, till exempel passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. Preparaten har negativa effekter på såväl känsloliv som sociala funktioner hos äldre och medför dessutom en ökad risk för både stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom.

Figur 31 redovisar andelen män respektive kvinnor i åldersgrupperna 65 till 79 samt 80 år och äldre som använde antipsykotiska läkemedel den 31 december 2015 (hos äldre totalt respektive hos äldre med psykisk ohälsa). Användningen av antipsykotiska läkemedel var tre till sju gånger högre hos äldre med psykisk ohälsa, och generellt högre hos personer 80 år och äldre.

**Figur 31. Riket. Antipsykotiska läkemedel hos äldre**

Andel kvinnor och män, 65 till 79 år och 80 år eller äldre som beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (N05A exklusive N05AN01 litium), 31 december 2015. Även värden för befolkningen i samma åldersgrupper redovisas.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Användning av psykofarmaka hos äldre med demens

Behandling med psykofarmaka är vanligt förekommande hos personer med demens, i synnerhet bland personer 65 år eller äldre. Psykofarmaka används bland annat mot:

- sömnstörningar
- oro och ångest
- olika slags beteendesyntom
- depression
- ibland även psykotiska symtom.

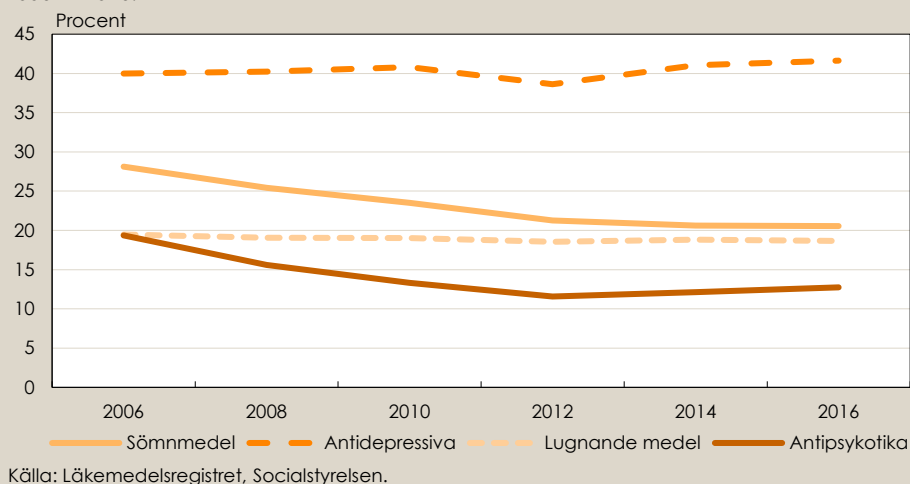
Demenssjukdomar medför ofta en ökad känslighet för sådana läkemedel (psykofarmaka). Sömnmedel och lugnande medel kan orsaka biverkningar som exempelvis dagtrötthet, kognitiva störningar, balansstörning, muskelsvaghet och risk för fall. Antipsykotiska medel kan bland annat orsaka störningar i rörelseapparaten (så kallade extrapyramidala symtom som till exempel Parkinsonism), kognitiva störningar, trötthet och blodtrycksfall – och har dessutom negativa effekter på känsloliv och sociala funktioner.

Figur 32 och 33 visar förskrivningen av de fyra grupperna av psykofarmaka hos personer 65 år och äldre (med respektive utan demens) samt hur förskrivningen har förändrats över tid. Resultaten bygger på årliga analyser av data från läkemedelsregistret under tioårsperioden 2006 till 2016. Demensdiagnosen baseras dels på förekomsten av en demensdiagnos i patientregistret, dels på förskrivning av demensläkemedel, någon gång under en tioårsperiod före mättidpunkten.

Figur 32 visar att förskrivningen av antipsykotiska läkemedel hos äldre med demens minskade från 19,4 procent (2006) till 12,7 procent (2016). Samma sak gäller förskrivningen av sömnmedel, som minskade från 28,1 procent (2006) till 20,5 procent (2016). Däremot förändrades inte förskrivningen av lugnande och antidepressiva medel nämnvärt.

### Figur 32. Riket. Förskrivning av psykofarmaka till personer med demens

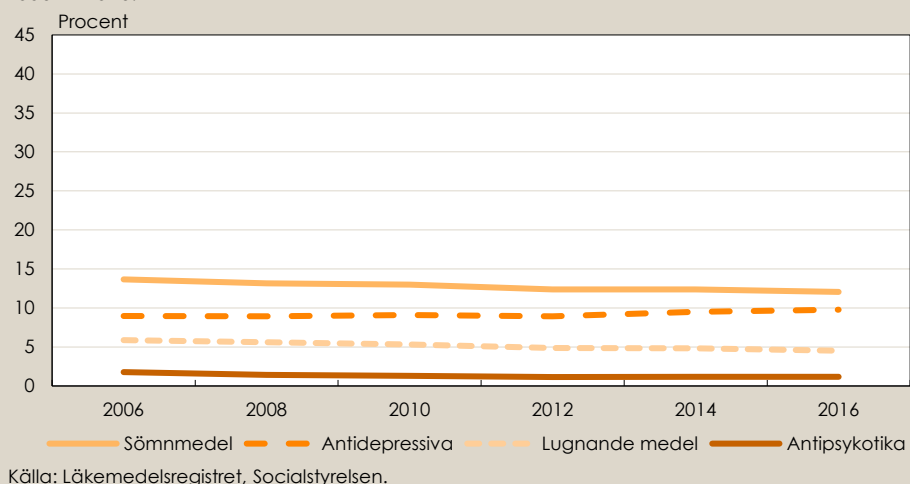
Andel personer 65 år eller äldre med demenssjukdom som förskrivits psykofarmaka 2006 till 2016.



Figur 33 visar att äldre utan demens över lag har en betydligt lägre förskrivning av psykofarmaka än äldre med demens, men minskningen av antipsykotiska läkemedel är lika omfattande hos båda grupperna. Förskrivningen av lugnade medel har minskat ännu mer, medan minskningen av sömnmedel är något mindre. Inte heller här ses någon påtaglig förändring för antidepressiva medel.

### Figur 33. Riket. Förskrivning av psykofarmaka till personer utan demens

Andel personer 65 år eller äldre utan demenssjukdom som förskrivits psykofarmaka 2006 till 2016.



Det är en påfallande skillnad i användning av psykofarmaka mellan äldre med och utan demens. Användning av minst ett psykofarmaka är 2,9 gånger vanligare hos äldre med demens, där:

- lugnande medel är 4,1 gånger vanligare
- sömnmedel är 1,7 gånger vanligare

- antidepressiva är 4,3 gånger vanligare
- antipsykotiska läkemedel är 10,7 gånger vanligare.

## Sammanfattning av äldres läkemedelsanvändning

Resultaten av ovan redovisade analyser visar en generellt omfattande användning av psykofarmaka hos äldre, i synnerhet hos personer 65 år eller äldre och hos kvinnor. Det är också påtagliga skillnader mellan de olika landstingen.

Äldre patienter som behandlas med psykofarmaka får i större utsträckning än yngre dessa läkemedel förskrivna i primärvården, vilket betyder att färre behandlas i specialistvården. För antipsykotiska läkemedel ses dock, under de senaste 10 åren, en sjunkande förskrivning i primärvården, framför allt hos personer 65 till 79 år. Denna trend talar för att dessa läkemedel, som bör ordinerats endast på strikta indikationer och med försiktighet till äldre, idag inte bara används i mindre omfattning hos äldre utan att de även i större utsträckning förskrivs i den specialiserade vården [22]. Inte bara ålder har betydelse för var läkemedel förskrivs, utan också patientens utbildningsnivå. Äldre med låg utbildning (högst nioårig grundskola) fick i större omfattning än övriga grupper sina psykofarmaka förskrivna i primärvården.

Samtliga studerade mått på äldres läkemedelsanvändning uppvisade betydligt högre förekomst hos äldre med psykisk ohälsa. Äldre med demens förskrivs psykofarmaka i betydligt större omfattning – användning av sådana läkemedel är tre gånger vanligare än hos dem utan demens, och för antipsykotiska läkemedel är skillnaden mer än tiofaldig. Dessa fynd kan förklaras av förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Samtidigt bör man emellertid beakta att demenssjukdom medför en ökad känslighet för sådana läkemedel och därmed risk för biverkningar av olika slag [17].

Förskrivningen av antipsykotiska läkemedel till äldre har minskat påtagligt under de senaste tio åren, lika mycket hos dem med och utan demens [22]. Hos äldre med demens ses också en tydlig minskning av användningen av sömnmedel. Dessa förändringar kan vara resultat av ett aktivt arbete för att minska användningen av psykofarmaka hos äldre i allmänhet och personer med demens i synnerhet, med stöd av bland annat Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre samt Läkemedelsverkets rekommendationer för behandling av BPSD [21, 23, 24]. Däremot visar analysen att förskrivningen av antidepressiva till äldre med demens har legat på samma höga nivå – kring 40 procent – under hela denna tid.

## Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) har tillsammans med antidepressiva läkemedel högst prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid svår egentlig depression [25]. ECT ges under narkos, vanligen tre gånger per vecka i en begränsad period, men antal behandlingar och dess intervall justeras individuellt efter behandlingssvaret.

Syftet med ECT är att snabbt minska symtomen vid depression och att häva eller vända ett allvarligt tillstånd. Målet är symptomfrihet, vilket oftast uppnås efter fyra till tolv behandlingar [26]. ECT har god effekt, särskilt vid depressioner med psykotiska inslag. Återfallsrisken är dock hög och, precis som efter akutbehandling med läkemedel, krävs fortsatt behandling [27].

De vanligaste biverkningarna vid ECT är huvudvärk, illamående och muskelvärk [26]. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga men i regel övergående efter en behandlingsserie. Det står klart att en svår depression kan påverka en individs minne och andra kognitiva funktioner negativt under lång tid. Det är dock inte klarlagt huruvida långvariga minnesstörningar efter ECT i vissa fall kan orsakas av behandlingen. Det är därför viktigt att följa upp depressionssymptom, minnesproblem och biverkningar vid ECT – både under behandlingsperioden och sex månader efter avslutad behandling [27].

Det är vanligare att kvinnor får ECT än män: totalt 62 procent av alla som har behandlats med ECT var kvinnor och 38 procent var män. Detta förklaras främst av att depression, som är den dominerande indikationen för ECT, är vanligare bland kvinnor än bland män. Effekten av ECT är dock lika god hos kvinnor som för män.

ECT förekommer som behandling från och med tonåren och uppåt, i alla åldrar. ECT är en säker behandling även för äldre patienter med samtidiga fysiska sjukdomar. Äldre har till och med en något säkrare effekt, men även majoriteten av de yngre som behandlas upplever symtomlindring [28].

## ECT vid slutenvårdad svår depression

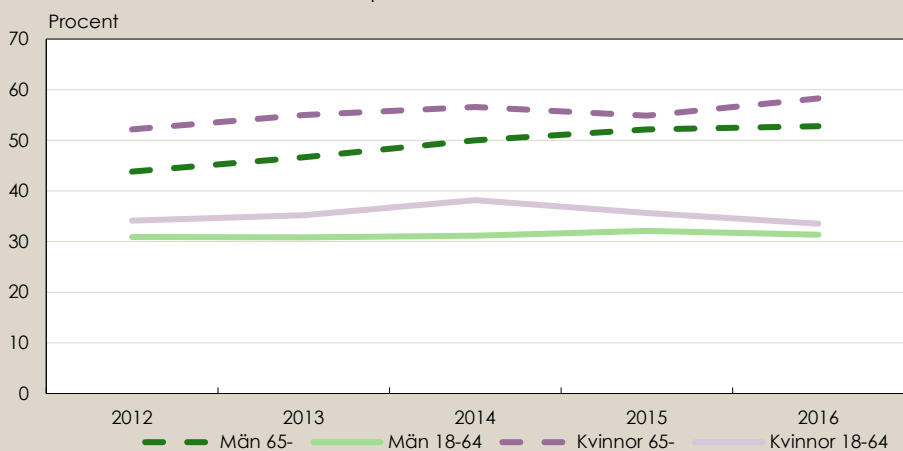
Indikatorn mäter andelen patienter i två ålderskategorier (65 år och äldre respektive 18 till 64 år) som har vårdats inneliggande för svår till mycket svår depression och behandlats med ECT. Äldre män med svår depression behandlades nära 53 procent med ECT år 2016, vilket är en ökning sedan 2012 då motsvarande siffra var 44 procent. För äldre kvinnor har andelen ökat från 52 procent (2012) till 58 procent (2016). För yngre patienter (18 till 64 år) hade nära 34 procent av kvinnorna och drygt 31 procent av männen fått ECT 2016.

Kvalitetsregistret ECT har satt som mål att minst 40 procent av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression bör få ECT [29]. Mellan åren 2012 till 2016 uppnåddes detta mål på riksnivå för både kvinnor och män 65 år och äldre.



**Figur 34. Riket. ECT vid slutenvårdad svår depression**

Andel kvinnor och män, 18 till 64 eller 65 år och äldre som fått ECT-behandling samma år som de slutenvårdats för svår depression\*.



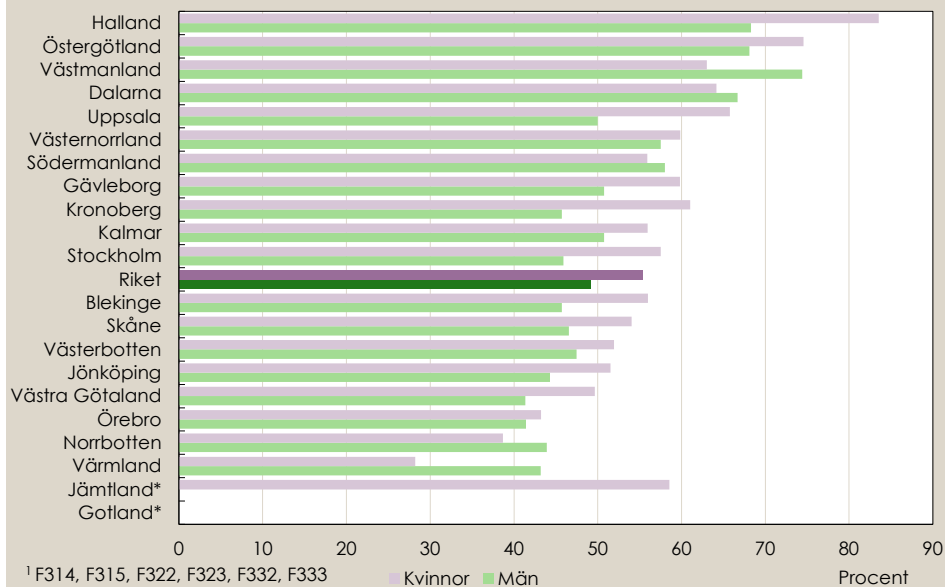
\* F314, F315, F322, F323, F332, F333

Källa: Kvalitetsregistret ECT och patientregistret, Socialstyrelsen.

För patienterna i gruppen redovisat per län har data baserats på perioden 2012 till 2016 på grund av få patienter. För män 65 år och äldre varierade andelen som fått ECT mellan 41 och 74 procent. Motsvarande variation mellan länen för äldre kvinnor är 28 och 84 procent.

**Figur 35. Län. ECT vid slutenvårdad svår depression**

Andel kvinnor och män 65 år och äldre som fått ECT-behandling samma år som de slutenvårdats för svår depression<sup>1</sup>, redovisat sammanslaget för åren 2012 till 2016 uppdelat på län, sorterat på den totala andelen ECT-behandlade.



<sup>1</sup> F314, F315, F322, F323, F332, F333

\* Småtal

Källa: Kvalitetsregistret ECT och patientregistret, Socialstyrelsen.

## Depressionsskattning efter ECT

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symptomfri och återfå sin funktionsförmåga. Kvarvarande symptom är en riskfaktor för snabbt återfall. Att undersöka och dokumentera eventuella kvarvarande symptom är därför väsentligt. För detta ändamål finns ett flertal symptomskattningsskalor, till exempel Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) som är den mest använda symptomsskattningsskalan för depression i Sverige. MADRS-skalan har tio frågor, men finns även i en variant för självskattning (MADRS-S) med nio frågor.

Figur 36 visar i hur stor andel av behandlingsserierna med ECT för depression som patienternas symptom utvärderats med MADRS eller MADRS-S inom en vecka efter ECT. Skattningsskalor kan underlätta upptäckt och dokumentation av kvarvarande symptom och fungera som underlag för en individuell anpassning av behandlingen. Om användningen ökade skulle skattningsskalorna även kunna användas för säkrare jämförelser av behandlingsresultat mellan olika sjukhus och landsting.

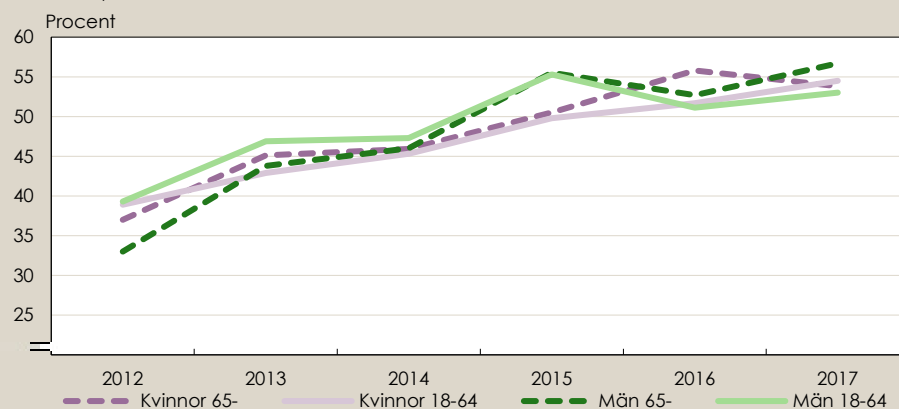
Kvalitetsregister ECT har inom arbetet med professionen satt målet att minst 60 procent av patienterna med depression ska bedömas med skattningsskalorna MADRS eller MADRS-S. Andelen av ECT-serierna där patienternas symptom utvärderats med dessa skalor har ökat från 38 procent (2012) till 54 procent (2017) [30].

Indikatorn i figur 36 mäter andelen av ECT-serierna där patienternas symptom utvärderats med MADRS eller MADRS-S inom en vecka efter ECT. Uppgifterna är hämtade ifrån Kvalitetsregister ECT och omfattar initiala, täta ECT-serier (så kallade index-ECT) – men omfattar inte gles ECT (så kallad fortsättnings- eller underhålls-ECT).

Andelen kvinnor 18 till 64 år som depressionsskattats inom en vecka efter ECT har ökat från nära 39 procent 2012 till nära 55 procent 2017. Även för kvinnor 65 år eller äldre har andelen ökat under tidsperioden, från 37 procent till nära 54 procent. Värdena är likartade för män. Andelen män 18 till 64 år har ökat från drygt 39 procent 2012 till 53 procent 2017. För män 65 år eller äldre har andelen ökat under tidsperioden från 33 procent till nära 57 procent.

**Figur 36. Riket. Depressionskattning inom en vecka efter ECT**

Andel kvinnor och män, 18-64 eller 65 år och äldre som depressionskattats en vecka efter ECT, 2012 till 2017.

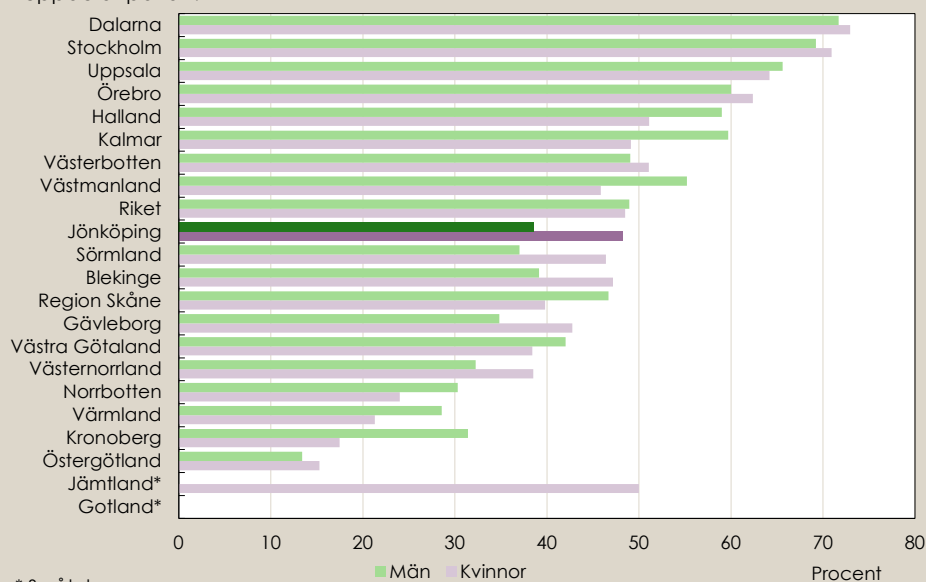


Källa: Kvalitetsregistret ECT.

På grund av få patienter baseras resultatet för länen för perioden 2012 till 2017. Andelen depressionskattade varierar mellan länen för både män och kvinnor. För män 65 år och äldre varierade andelen som depressionskattats mellan 13 och nära 72 procent. För kvinnor 65 år och äldre varierade andelen för länen mellan 15 till 73 procent.

**Figur 37. Län. Depressionskattning efter ECT**

Andel kvinnor och män, 65 år och äldre som utvärderats med MADRS/MADRS-S inom en vecka efter ECT vid depression, redovisat sammanlagt för åren 2012 till 2017 uppdelat på län.



\* Småtal

Källa: Kvalitetsregistret ECT.

## Klinisk förbättring efter ECT

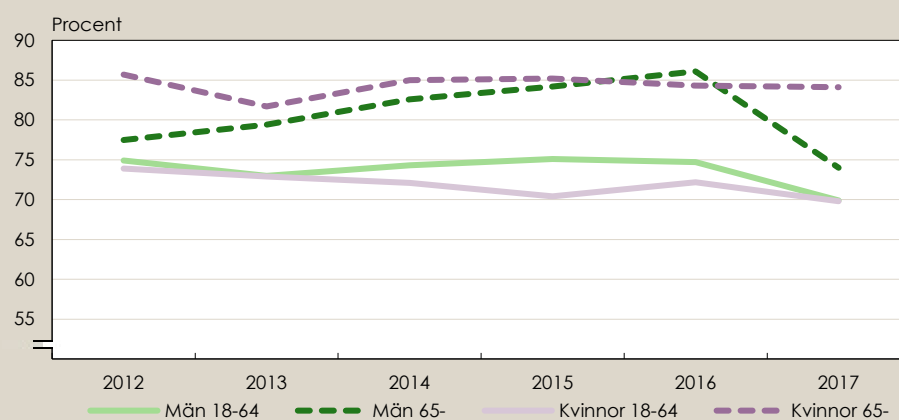
Även om målet vid behandling med ECT är symtomfrihet, är symtomlindring ett viktigt första steg. Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I är en

skala där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan. Indikatorn mäter andelen som uppvisat klinisk förbättring efter index-ECT enligt CGI-I.

För kvinnor 18 till 64 år har andelen som upplever klinisk förbättring efter ECT minskat något från 74 procent 2012 till 70 procent 2017. För kvinnor 65 år eller äldre har andelen under samma tidsperiod minskat från 86 procent till 84 procent. Andelen har även minskat något för män 18 till 64 år, från 75 procent till 70 procent. Andelen för män 65 år eller äldre har minskat från 78 procent 2012 till 74 procent 2017. Den grupp där störst andel upplever klinisk förbättring är kvinnor 65 år eller äldre, vilket framgår av figur 38.

**Figur 38. Riket. Klinisk förbättring enligt CGI-I efter ECT**

Andel kvinnor och män med klinisk förbättring enligt CGI- efter ECT, redovisat för 18 till 64 samt 65 år eller äldre 2012 till 2017.

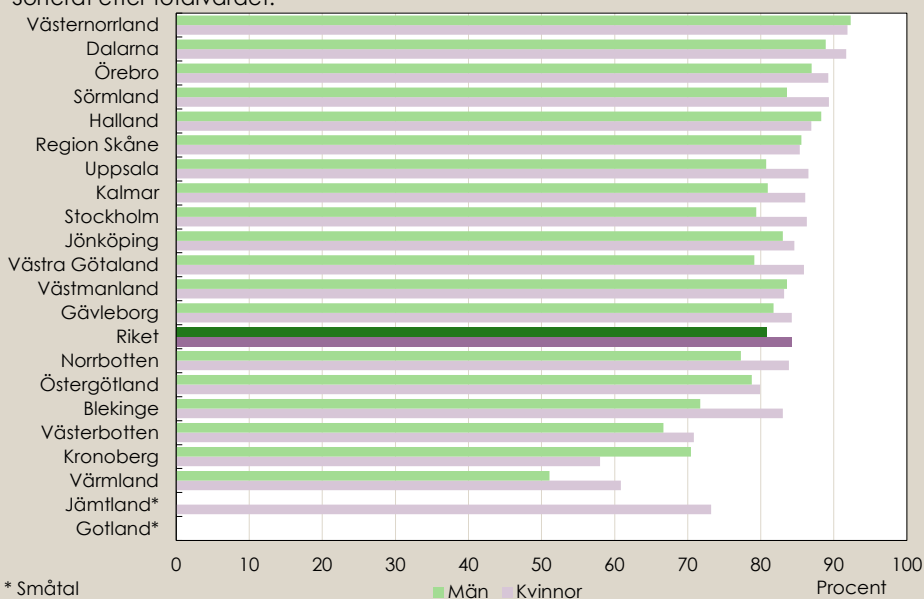


Källa: Kvalitetsregistret ECT.

Resultat som redovisas för patienter på länsnivå baserats på perioden 2012 till 2017 på grund av få patienter i gruppen. För män 65 år och äldre varierar andelen som visat klinisk förbättring efter ECT mellan 51 och 92 procent. För kvinnor 65 år och äldre är varierar resultaten från 58 procent till nära 92 procent. De flesta landsting bedömer förbättringar efter ECT systematiskt men alla använder inte CGI-I i lika hög utsträckning. Faktorer som patientsammansättning, samtidig läkemedelsbehandling, behandlingsteknik och behandlingstid kan ha betydelse för indikatorns resultat [28].

**Figur 39. Län. Klinisk förbättring enligt CGI-I efter ECT**

Andel kvinnor och män med klinisk förbättring enligt CGI-I efter ECT, redovisat personer 65 år och äldre sammanslaget för åren 2012 till 2017, uppdelat per län. Sorterat efter totalvärdet.



\* Småtal

Källa: Kvalitetsregistret ECT.

## Självskattad psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten gör tillsammans med landstingen årligen en nationell studie om befolkningens hälsa [31]. Studien genomförs dels för att visa hur befolkningen mår, dels för att följa förändringar i befolkningens hälsa över tid. Frågorna i den nationella folkhälsoenkäten omfattar bland annat fysisk och psykisk hälsa, läkemedelskonsumtion, vårdkontakter, och levnadsvanor [32]. Vidare genomför Socialstyrelsen årligen undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” för att få veta hur äldre upplever äldreomsorgen [33, 34]. Undersökningen ger grundläggande information om äldreomsorgens tillstånd och är ett verktyg för att följa upp hur väl äldre personer får sina behov och önskemål tillfredsställda [33]. Ett självrapporterat allmänt hälsotillstånd har visats kunna förutsäga förtida dödlighet. Frågan är dessutom viktig för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid [32].

## Ängslan, oro eller ångest

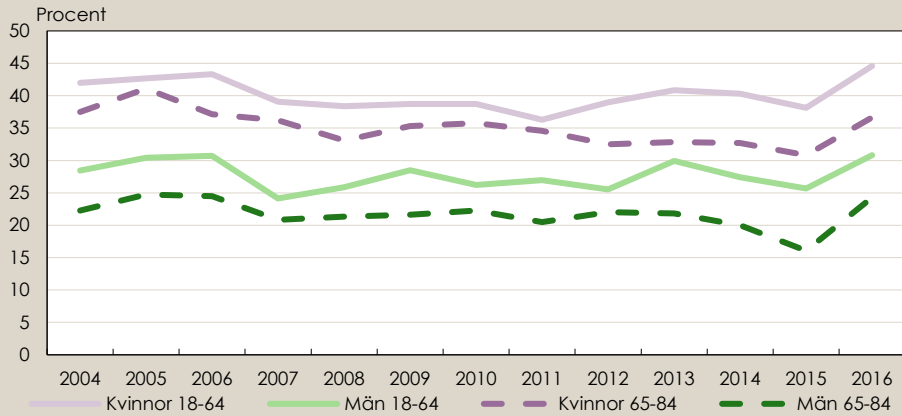
Bilden av folkhälsans utveckling är i flera avseenden positiv, med undantaget att flera tecken pekar på att psykisk ohälsa ökar [35]. Besvär av ängslan, oro eller ångest påverkar välbefinnandet negativt [34]. Att ta hand om känslor som ängslan, oro och ångest tar mycket tid och kraft för den äldre personen, och stödet behöver därför utformas så att man minimerar dessa besvär [34].

Figur 40 redovisar andelen män och kvinnor i de två åldersgrupperna 18 till 64 samt 65 till 84 år som uppgett att de besväras av ängslan, oro eller ångest i den nationella folkhälsoenkäten. För samtliga grupper har andelen med dessa besvär ökat mellan 2015 och 2016. Andelen män 65 till 84 år som

uppgett att de besväras av ängslan, oro eller ångest var 24 procent 2016, jämfört med 37 procent av kvinnorna i samma åldersgrupp.

**Figur 40. Riket. Ängslan, oro och ångest**

Andel kvinnor och män 18 till 64 år och 65 till 84 år som uppgett att de har besvär av ängsla, oro eller ångest.

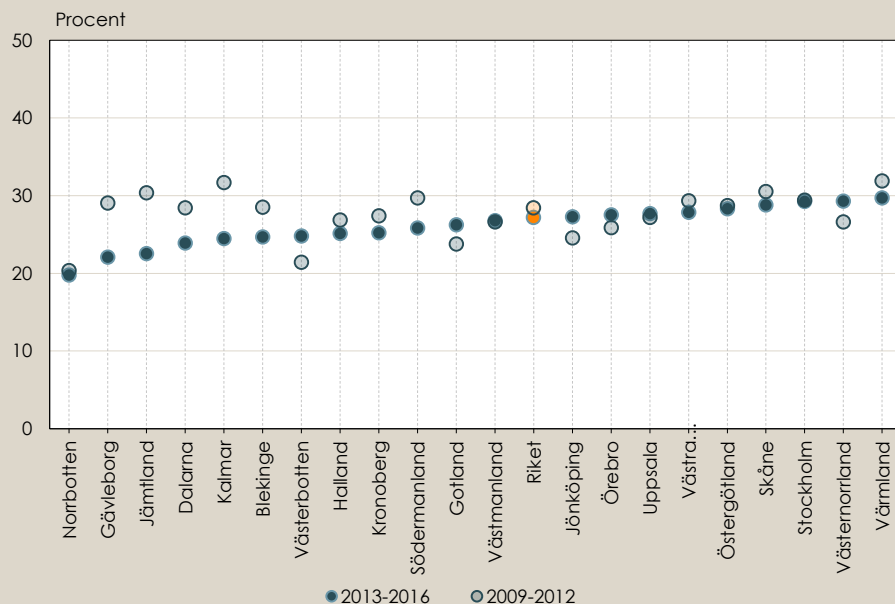


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Andelen bland personer 65 till 84 år som upplever sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest varierar mellan länen från 20 till 30 procent, vilket framgår av figur 41. I en majoritet av länen har andelen med dessa besvär minskat under perioden 2013 till 2016 jämfört med perioden 2009 till 2012.

**Figur 41. Län. Ängslan, oro och ångest**

Andel av personer 65 till 84 år som upplever sig ha besvär av ängsla, oro eller ångest, redovisat per län, 2013-2016 och 2009-2012.



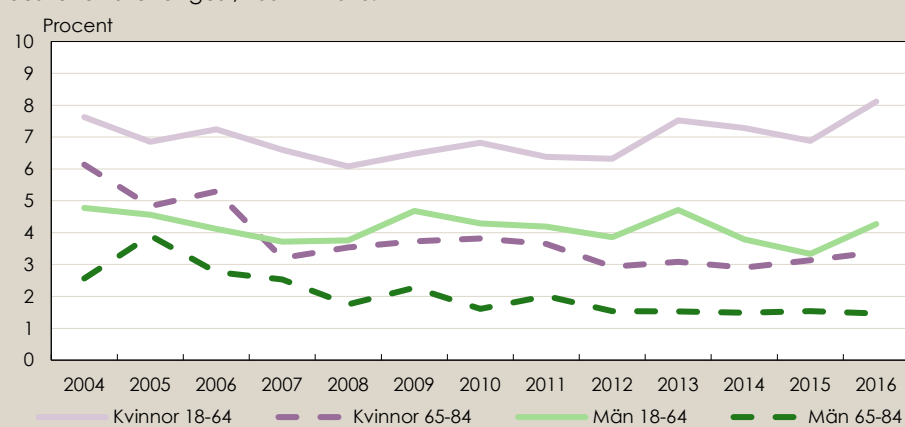
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

## Svår ängslan, oro eller ångest

Figur 42 redovisar andelen män och kvinnor i de två åldersgrupperna 18 till 64 samt 65 till 84 år som uppgett att de har besvär av svår ängslan, oro eller ångest i den nationella folkhälsoenkäten. Kvinnor 18 till 64 år rapporterar i högst utsträckning att de har besvär av svår ängslan, oro eller ångest, medan män 65 år och äldre rapporterar i lägst utsträckning att de har dessa besvär. Andelen kvinnor 65 till 84 år med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har minskat från 6,1 procent (2004) till 3,4 procent (2016). Andelen män i samma åldersgrupp har minskat från 2,6 till 1,5 procent.

**Figur 42. Riket. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest**

Andel av kvinnor och män i befolkningen 18-64 och 65-84 år som uppger att de har besvär av svår ångest, 2004 till 2016.

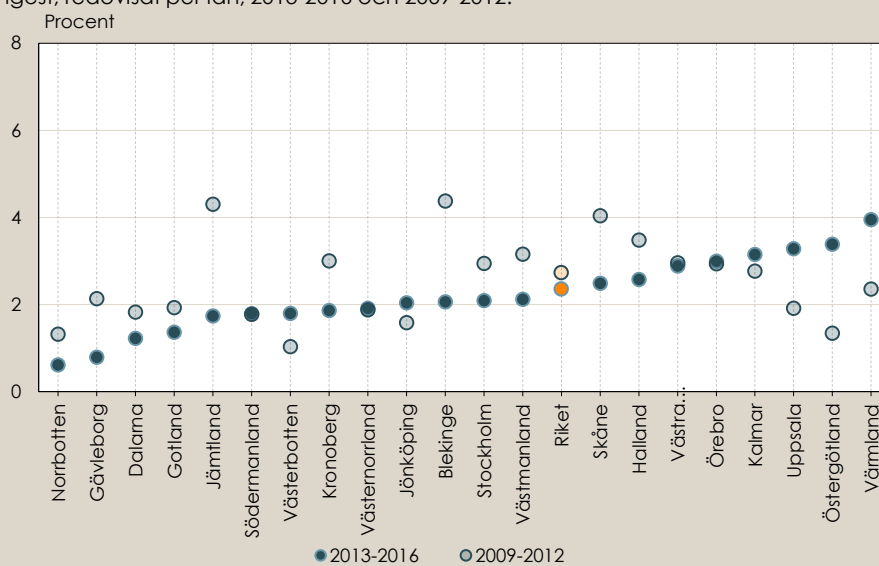


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I en majoritet av länen har andelen med svåra besvär av ängsla, oro eller ångest minskat jämfört med perioden 2009 till 2012. Variationen mellan länen under perioden var från 0,6 till 4 procent, vilket framgår av figur 43.

**Figur 43. Län. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest**

Andel av personer 65 till 84 år som upplever sig ha svåra besvär av ängsla, oro eller ångest, redovisat per län, 2013-2016 och 2009-2012.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

## Svår ängslan, oro eller ångest i äldreomsorgen

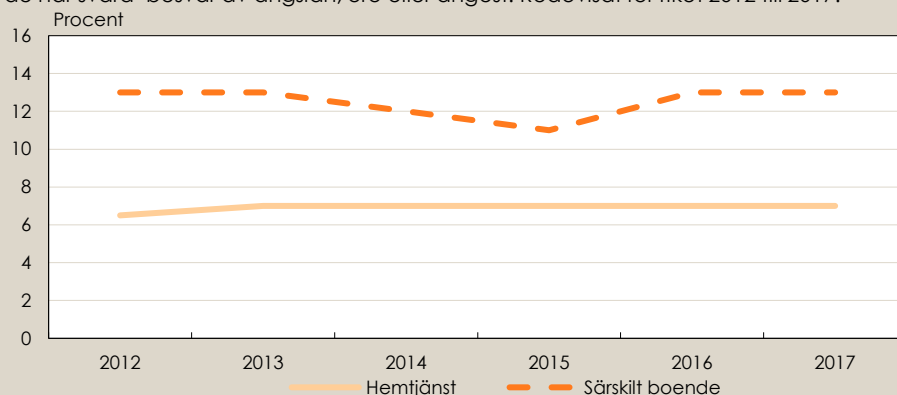
Kvinnor och män 65 år och äldre som har hemtjänst eller insatsen särskilt boende har oftare svåra besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med personer utan insatser från kommunen. Frågan som de äldre besvarar är inte exakt likadan som frågan om ängslan, oro eller ångest i Folkhälsomyndighetens enkät "Hälsa på lika villkor".

En större andel av personerna i särskilt boende, jämfört personer som har hemtjänst, har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (figur 44). Bland personer i särskilt boende uppgav 13 procent att de hade svåra besvär 2017, vilket är lika stor andel som 2012. Även inom hemtjänsten har andelen legat relativt konstant över tid, där sju procent upplevde svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2017.



### Figur 44. Riket. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i äldreomsorgen

Andel personer 65 år eller äldre med hemtjänst eller särskilt boende som uppgivit att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Redovisat för riket 2012 till 2017.

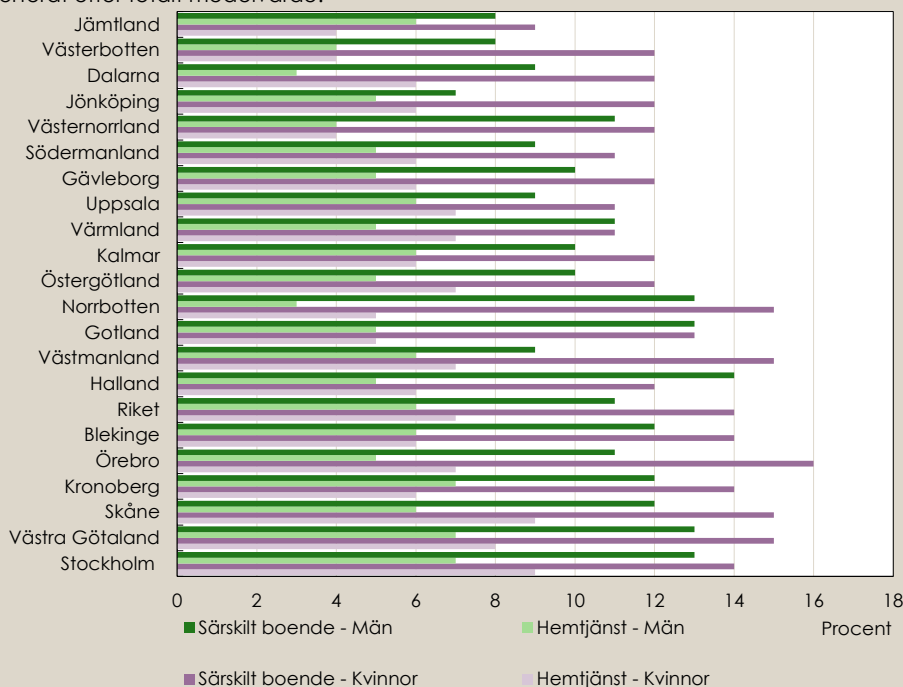


Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Redovisat per län för 2017 varierar andelen kvinnor i hemtjänsten som uppgivit att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest mellan 4 och 9 procent (figur 45). För män varierar andelen mellan 3 och 7 procent. I särskilt boende hade de län med lägst andel kvinnor med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ett värde på 9 procent, jämfört med 16 procent i länen med högst andel. För män varierar andelen på länsnivå mellan 7 och 14 procent.

### Figur 45. Län. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i äldreomsorgen

Andel kvinnor eller män 65 år eller äldre med hemtjänst eller särskilt boende som uppgivit att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2017, redovisat per län. Sorterat efter totalt medelvärde.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

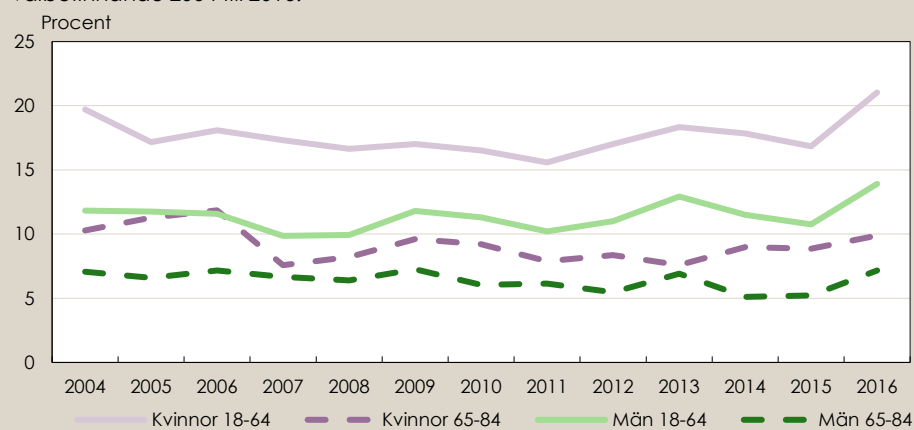
## Nedsatt psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande är i detta fall ett summaindex utifrån fem frågor om avbrott i den ”normala” funktionen [32]. Frågorna handlar exempelvis om koncentrationssvårigheter, självuppskattning och självförtroende [32]. Trots den övergripande positiva bilden av hälsans utveckling bland kvinnor och män finns tecken på att nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i omfattning [35].

Figur 46 redovisar andelen män och kvinnor i de två åldersgrupperna yngre (18 till 64) samt äldre (65 till 84 år) som i den nationella folkhälsoenkäten har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Yngre kvinnor och män uppger i högre grad att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande än äldre kvinnor och män. I båda åldersgrupperna har en högre andel kvinnor nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män. För äldre män och kvinnor ligger andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande på ungefär samma nivå 2016 som 2004. År 2016 uppgav 10 procent av alla äldre kvinnor att de upplevde sitt psykiska välbefinnande som nedsatt. För äldre män var motsvarande andel 7 procent (2016).

**Figur 46. Riket. Nedsatt psykiskt välbefinnande**

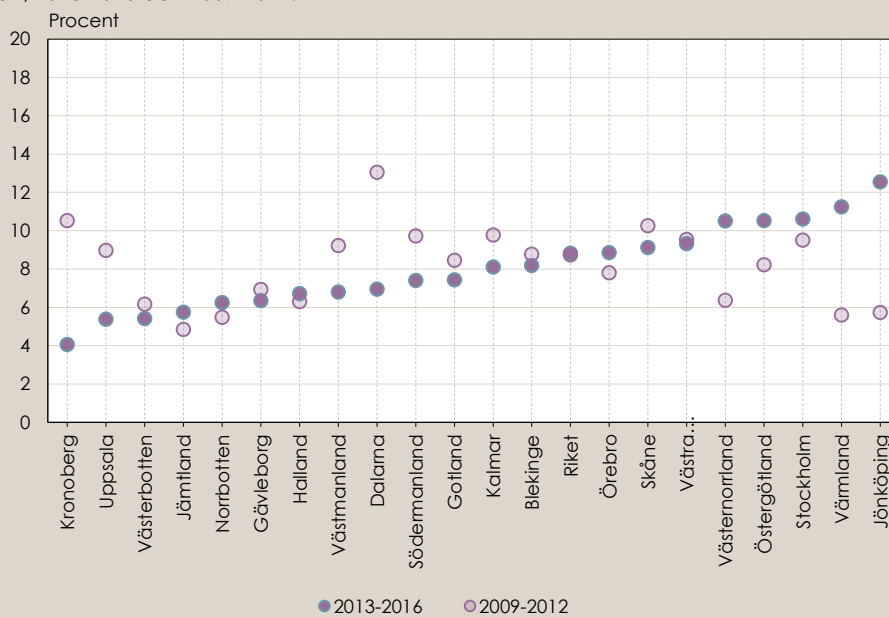
Andel kvinnor och män 18-64 år och 65-84 år som enligt GHQ5 har nedsatt psykiskt välbefinnande 2004 till 2016.



På länsnivå varierar andelen kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande under perioden 2013 till 2016 mellan 4 och 13 procent. I en majoritet av länen har andelen kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande minskat sedan perioden 2009 till 2012.

### Figur 47. Län. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor

Andel kvinnor 65 till 84 år med nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ5, redovisat per län, 2013-2016 och 2009-2012.

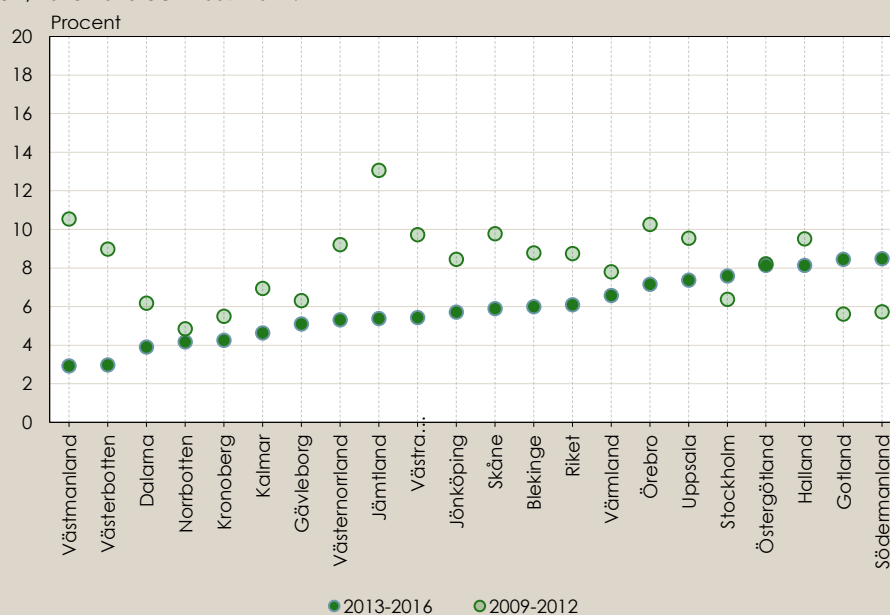


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

På länsnivå varierar andelen män med nedsatt psykiskt välbefinnande under perioden 2013 till 2016 mellan 3 och 8 procent. I majoriteten av länen har andelen män med minskat psykiskt välbefinnande minskat sedan föregående period, 2009 till 2012.

**Figur 48. Län. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos män**

Andel män 65 till 84 år med nedsatt psykiskt välbefinnande enligt GHQ5, redovisat per län, 2013-2016 och 2009-2012.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

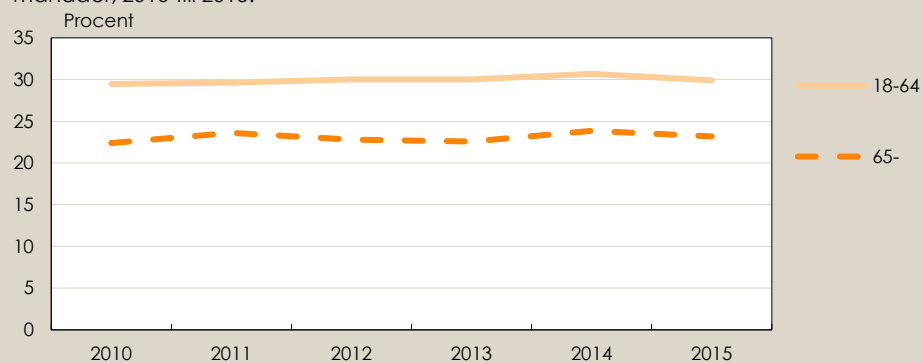
## Vård vid psykisk ohälsa

### Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom tre månader

Att mäta återinskrivning inom tre respektive sex månader ska indikera på att det finns återinskrivningar som berodde på att uppföljningen och det fortsatt omhändertagande inte räckte till efter utskrivningen. Genom att mäta återinskrivningar inom sex månader går det att få en bild av kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samverkan dem emellan [3]. I indikatorn ingår inte demenssjukdomar. Andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom tre månader är lägre bland äldre personer (över 65 år) jämfört med yngre personer (18 till 64 år). För båda grupperna har andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård legat på samma nivå sedan 2010. Cirka 23 procent av de äldre vårdade inom psykiatrisk vård återinskrivs inom 30 dagar 2015, motsvarande andelen bland yngre personer var 30 procent.

### Figur 49. Riket. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom tre månader

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som återinskrivits i slutna psykiatrisk vård inom tre månader, 2010 till 2015.



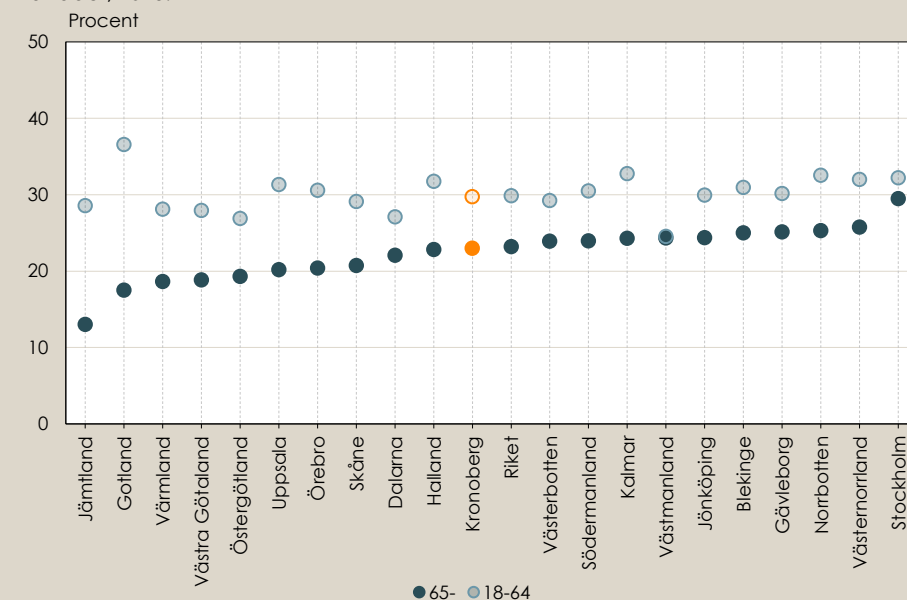
\* ICD10: F05.0, F05.8-F99

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

På länsnivå varierar andelen återinskrivningar i slutna psykiatrisk vård för personer 65 år och äldre mellan 30 och 13 procent (figur 50). Äldre återinskrivs i lägre utsträckning än yngre i samtliga län. Exempel på orsaker till variationerna mellan länen kan vara skillnader i organisering eller enskilda patienters behov. Socialstyrelsen har dock tidigare påpekat att landsting med hög andel återinskrivningar inom psykiatrisk slutenvård bör analysera vilka faktorer som skulle kunna orsaka detta [3].

### Figur 50. Län. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom tre månader

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som återinskrivits i slutna psykiatrisk vård inom tre månader, 2015.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

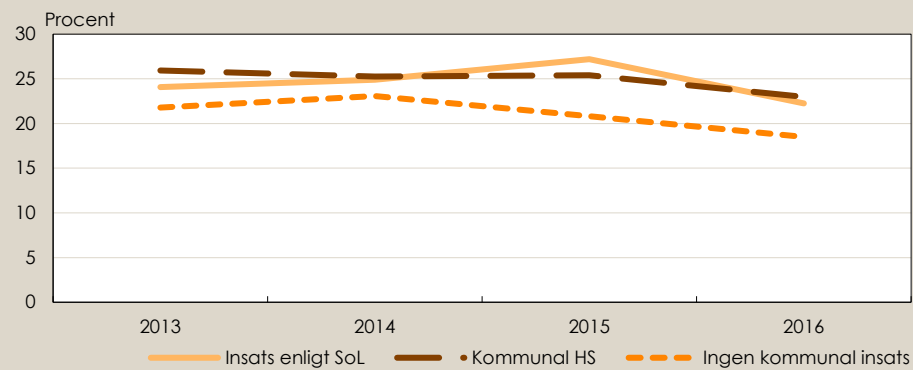
## Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom tre månader för äldre inom äldreomsorgen och kommunal hälso- och sjukvård

Äldre personer (över 65 år) utan insatser från äldreomsorgen eller varaktiga insatser från kommunal hälso- och sjukvård har lägre andel återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom tre månader än personer med insats. Återinskrivningar för gruppen utan dessa insatser har även minskat över tid: från 22 procent (2013) till 18 procent (2016).

För äldre personer (över 65 år) med äldreomsorg har andelen som återinskrivs också minskat något: från 24 procent (2013) till 22 procent (2016). Andelen återinskrivningar har även minskat för gruppen med kommunal hälso- och sjukvård, där närmare 26 procent återinskrevs under 2013 jämfört med 23 procent 2016, vilket framgår av figur 51.

**Figur 51. Riket. Återinskrivning inom tre månader för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård**

Andel 65 år eller äldre som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom tre månader, redovisat för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård, 2013 till 2016.



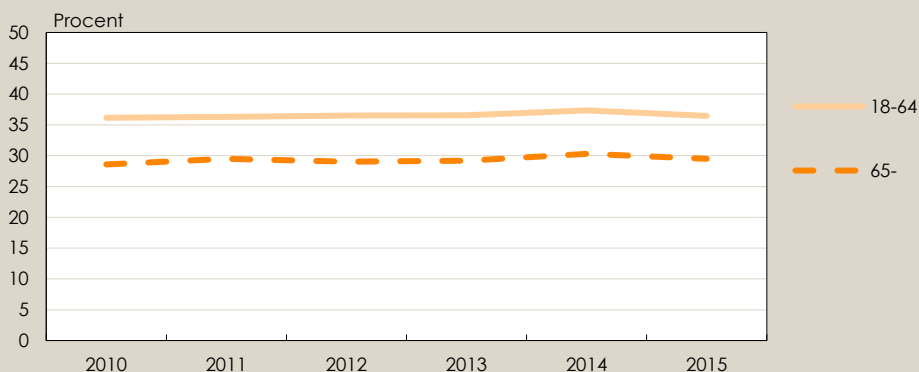
Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.

## Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom sex månader

Att mäta återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom sex månader ska visa på kvaliteten i öppenvård och i socialtjänstens insatser [3]. En låg andel återinskrivningar ska tolkas som ett bra resultat. Andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård är lägre för personer över 65 år än för yngre grupper. I den äldre gruppen återinskrevs nära 30 procent 2015, jämfört med drygt 36 procent i gruppen 18 till 64 år. Skillnaden mellan grupperna är mindre än indikatorn för återinskrivningar inom tre månader. För båda grupperna har andelen legat på ungefär samma nivå sedan år 2010, vilket framgår av figur 52.

### Figur 52. Riket. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom sex månader

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som återinskrivits i slutna psykiatrisk vård inom sex månader, 2010 till 2015.

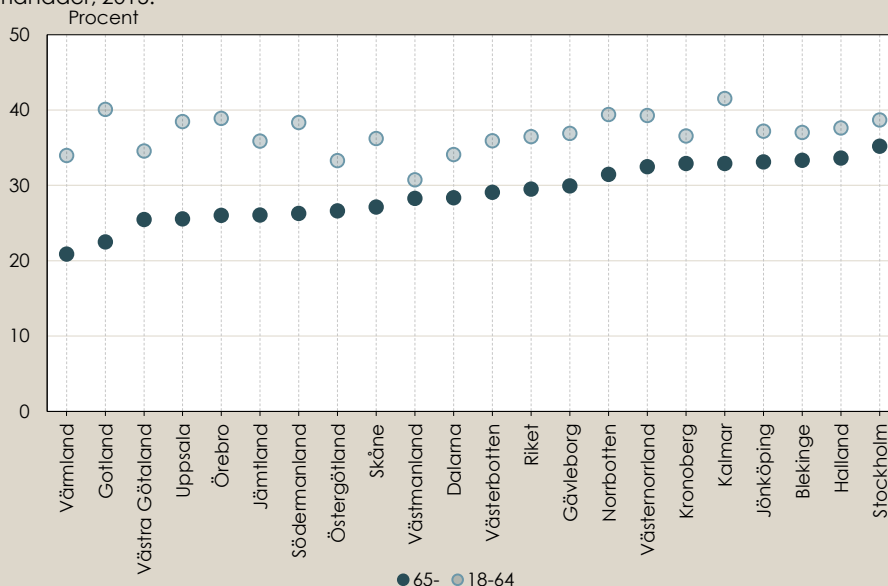


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

På länsnivå (figur 53) varierar andelen återinskrivningar i slutna psykiatrisk vård inom sex månader 2015 mellan 21 och 35 procent. Andelen återinskrivningar är lägre för gruppen 65 år och äldre i samtliga län. I länen med störst skillnad ligger andelen återinskrivningar för äldre personer på 23 procent, jämfört med 40 procent för yngre personer. I länen med minst skillnad varierar andelen mellan 23 och 31 procent.

### Figur 53. Län. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom sex månader

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som återinskrivits i slutna psykiatrisk vård inom sex månader, 2015.



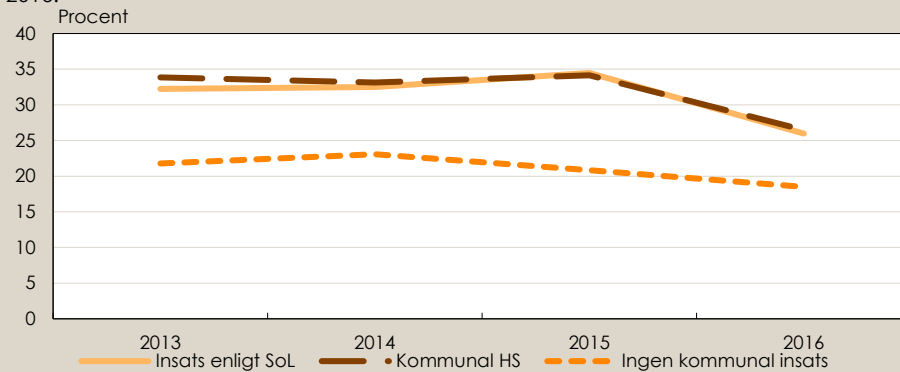
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom sex månader för äldre inom äldreomsorgen och kommunal hälso- och sjukvård

Andelen återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom sex månader är lägre för personer 65 år och äldre utan insatser från äldreomsorgen eller varaktiga insatser från kommunal hälso- och sjukvård (figur 54). I gruppen utan sådana insatser har andelen återinskrivningar minskat från 22 procent (2013) till 18 procent 2016. För personer 65 år och äldre med en insats från äldreomsorgen återinskrevs 26 procent 2016 – en minskning från drygt 32 procent 2013. I den äldre gruppen (personer över 65 år) med kommunal hälso- och sjukvård återinskrevs 26 procent 2016, jämfört med 34 procent 2013.

**Figur 54. Riket. Återinskrivning inom sex månader för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård**

Andel 65 år eller äldre som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom sex månader, redovisat för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård, 2013 till 2016.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.

## Kontinuitet och samverkan

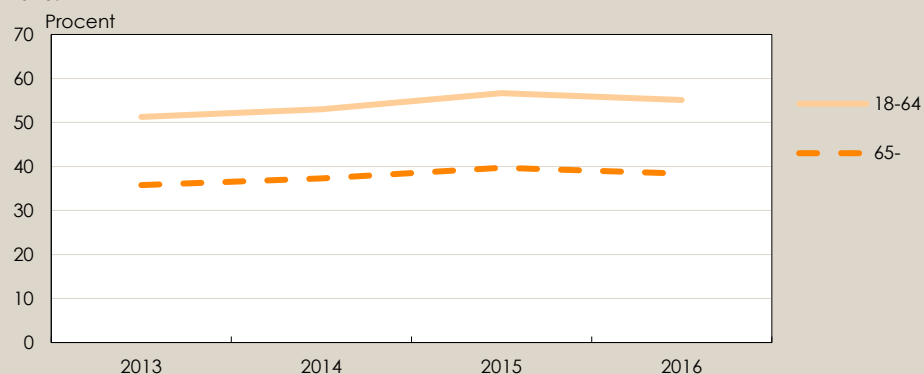
Kontinuitet i vårdförloppet är en förutsättning för en god vård. Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från sluten vård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk sluten och öppen vård. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av sluten vård [36].

Sedan 2013 har andelen som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk vård ökat för båda grupperna (dels 18 till 64, dels 65 år och äldre). För personer 65 år och äldre har andelen ökat från 36 procent 2013 till 38 procent 2016. För personer 18 till 64 år har andelen ökat mer, från 51 till 55 procent. Under samtliga år (2013 till 2016) har andelen personer med läkarkontinuitet varit större för yngre personer (18 till 64 år) än för äldre personer 65 år och äldre.



### Figur 55. Riket. Kontinuitet och samverkan

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård, 2013 till 2016.

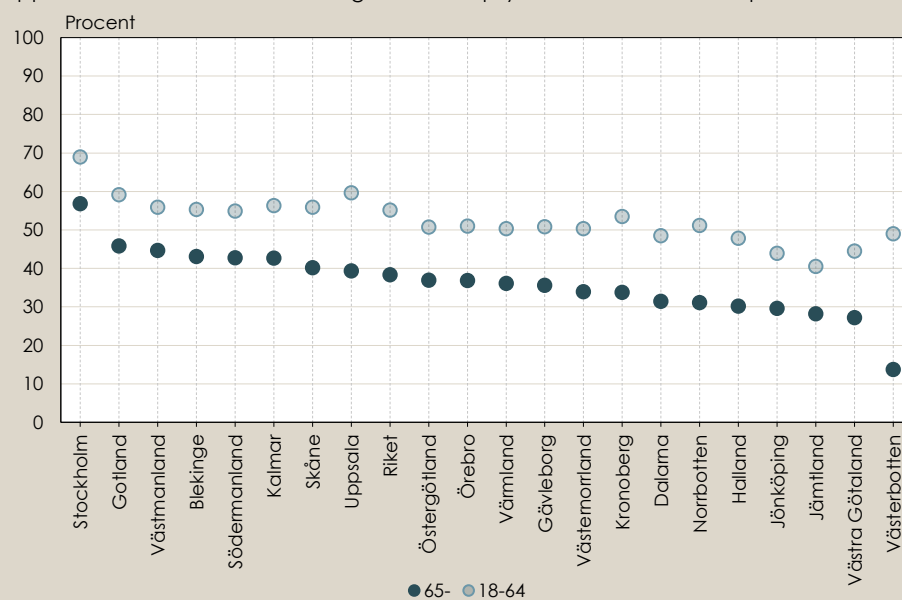


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I länen med störst skillnad är andelen yngre personer (18 till 64 år) med läkarkontinuitet 49 procent jämfört med 14 procent för äldre personer. I länen med minst skillnad mellan grupperna ligger andelen för äldre på 45 procent, jämfört med 56 procent för yngre. För äldre är andelen lägre i samtliga län.

### Figur 56. Län. Kontinuitet och samverkan

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård, redovisat per län 2016.



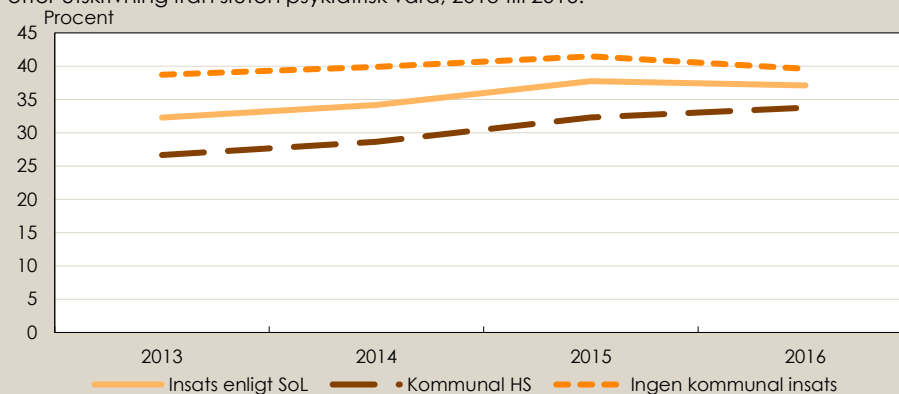
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Kontinuitet och samverkan för personer inom äldreomsorgen eller kommunal hälso- och sjukvård

Andelen patienter som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård har ökat för samtliga grupper sedan 2013. Högst andel har personer över 65 år utan äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård, vilket framgår av figur 57. För den gruppen har andelen ökat från 39 procent (2013) till 40 procent (2016). För personer med äldreomsorg har andelen ökat från 32 procent (2013) till 37 procent (2016). För gruppen med kommunal hälso- och sjukvård har lägst andel läkarkontakter med insatser inom åtta veckor – men den har ökat från 27 procent (2013) till 34 procent (2016).

**Figur 57. Riket. Kontinuitet och samverkan för personer inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård**

Andel 65 år eller äldre med insats från äldreomsorgen eller kommunal hälso- och sjukvård som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård, 2013 till 2016.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.

En vårdplan kan vara en utgångspunkt för kontinuitet och samverkan. Resultat av markörbaserad journalgranskning inom psykiatri visar att den vanligaste kvalitetsbristmarkören var avsaknad av vårdplan. Den näst vanligaste kvalitetsbristmarkören var avsaknad av dokumentation om somatisk status i samband med slutenvård [14].

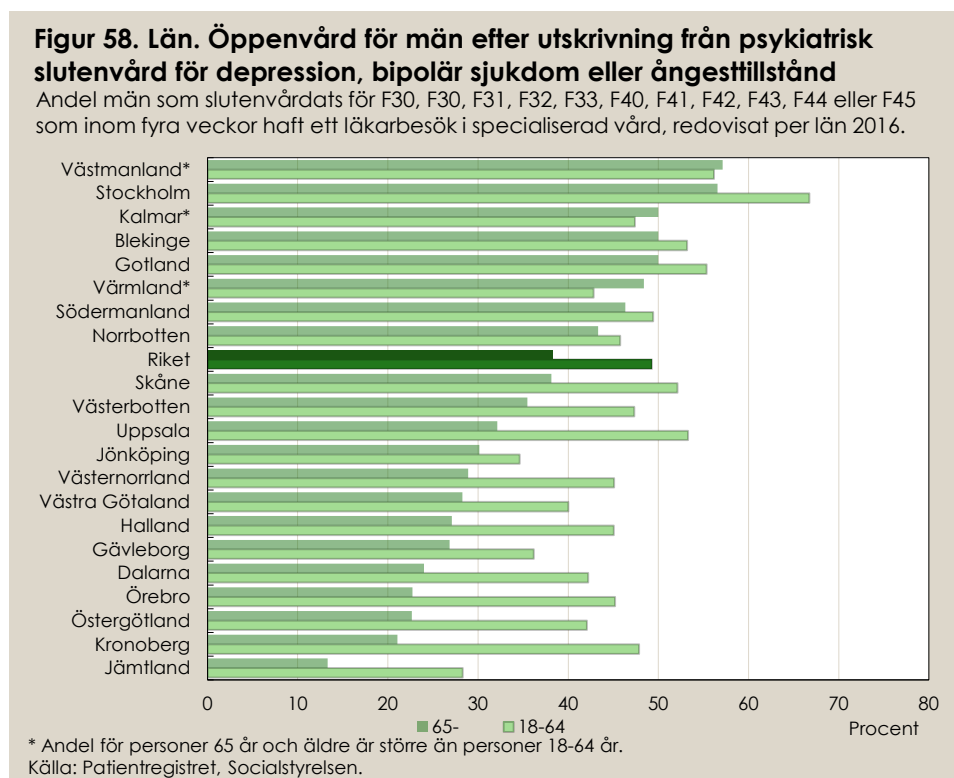
## Uppföljande vård efter utskrivning

Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt till personer med depression eller ångestsyndrom [37]. Indikatorn i figur 58 mäter andel av personer som slutenvårdats för depression, bipolär sjukdom eller ångestillstånd och som inom fyra veckor efter utskrivning haft ett öppenvårdsbesök i specialiserad psykiatri. I alla län förutom två är denna andel lägre bland äldre män (över 65 år) än bland yngre män (18 till 64 år). Möjliga orsaker kan vara:

- att äldre i lägre utsträckning erbjuds öppenvårdsbesök efter slutenvård

- skillnader i behov mellan äldre och yngre
- att äldre personer oftare får andra kompletterande insatser, exempelvis genom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård.

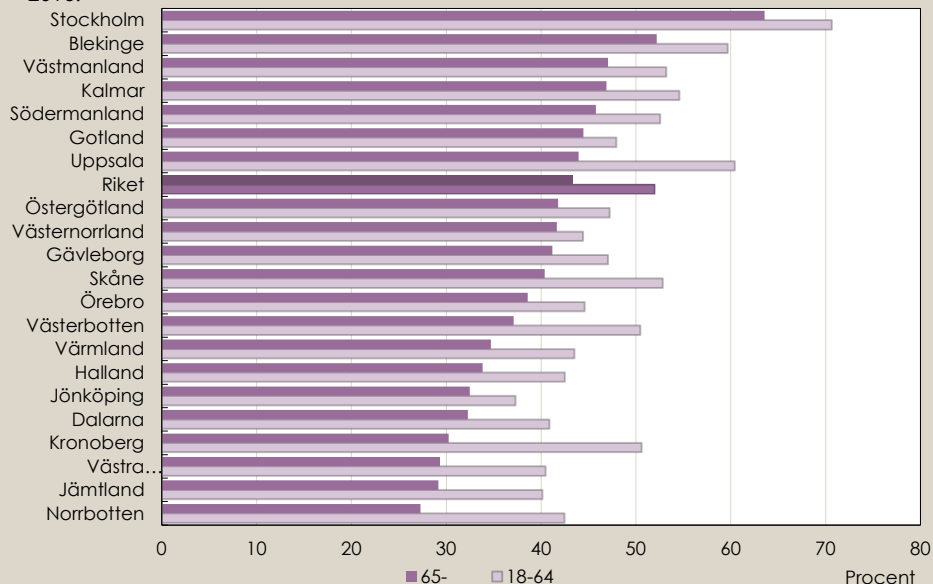
För äldre män (över 65 år) varierar andelen som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvård haft ett öppenvårdsbesök mellan 13 och 57 procent (2016). I riket var andelen äldre män som haft ett öppenvårdsbesök i specialiserad psykiatri inom fyra veckor drygt 38 procent 2016, jämfört med 49 procent för yngre män (18 till 64 år). För yngre män varierar andelen för länen mellan 28 och 67 procent (2016).



I samtliga län är andelen äldre kvinnor (65 år och äldre) som inom fyra veckor efter utskrivning från slutenvården haft ett öppenvårdsbesök lägre än för yngre kvinnor (18 till 64 år), vilket framgår av figur 59. Andelen kvinnor med ett öppenvårdsbesök inom fyra veckor var för den äldre gruppen drygt 43 procent 2016. För den yngre gruppen kvinnor var andelen nära 52 procent 2016. För äldre kvinnor varierar andelen mellan 27 och 64 procent bland länen. För yngre kvinnor varierar andelen mellan 37 och 71 procent bland länen (2016).

### Figur 59. Län. Öppenvård för kvinnor efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression, bipolär sjukdom eller ångesttillstånd.

Andel kvinnor som slutenvårdats för F30, F31, F32, F33, F40, F41, F42, F43, F44 eller F45 som inom fyra veckor haft ett läkarbesök i specialiserad vård, redovisat per län 2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård regleras genom två lagar:

- Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård – förkortad LPT.
- Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård – förkortad LRV.

Dessa två lagar ger hälso- och sjukvården i vissa fall rätt att vårda en patient mot hens vilja. Tvångsvård får enligt § 3 i LPT ges:

- Om en patient lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett ofrånkomligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård – så kallad sluten psykiatrisk tvångsvård.
- Om man behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård – så kallad öppen psykiatrisk tvångsvård.

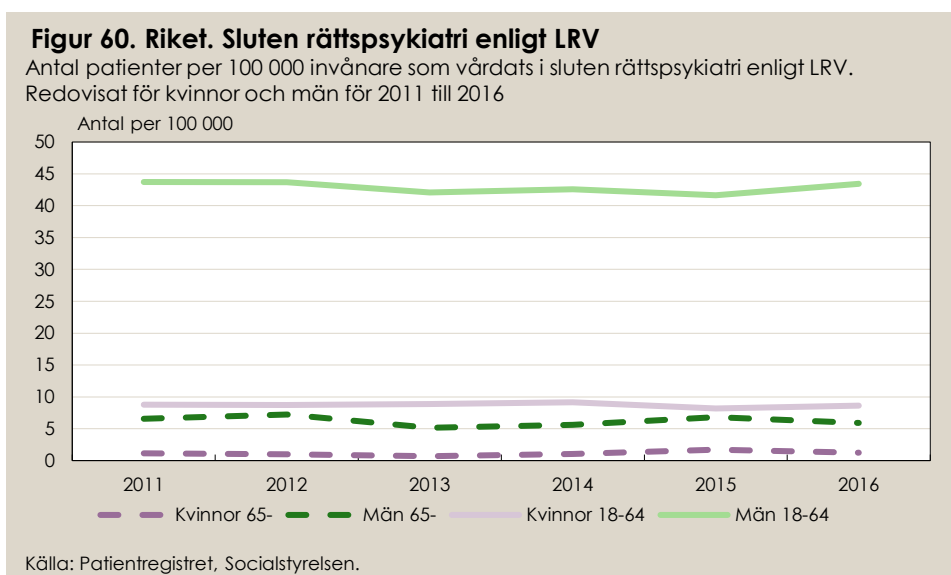
Socialstyrelsen arbetar med att förbättra statistiken gällande psykiatrisk tvångsvård, bland annat genom att:

- ta bort variabeln psykiatrisk vårdform vid öppenvårdsbesök
- koppla variabeln psykiatrisk vårdform till personnummer istället för till personens vårdtillfälles-id i slutenvården
- ta fram nya KVA-koder [38].

Socialstyrelsens arbete kan på kort sikt påverka kvaliteten på statistiken, men ska på längre sikt leda till:

- en förbättrad kvalitet på inrapporteringen av tidpunkter för vårdtillfällen och psykiatrisk tvångsvård
- en ökad täckningsgrad av inrapporteringen av öppen psykiatrisk tvångsvård
- kvalitetssäkrad data om tvångsåtgärder.
- enklare rapportering för den personal som registrerar uppgifter om vården [38].

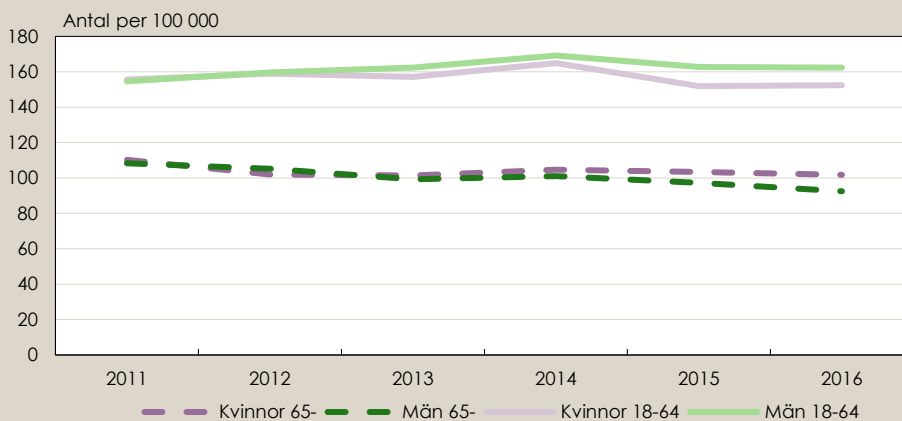
Det är betydligt färre äldre personer (över 65 år) som vårdas i sluten rättspsykiatri enligt LRV jämfört med yngre personer (18 till 64 år), vilket framgår av figur 60. Oavsett åldersgrupp så är det vanligare att män vårdas i sluten rättspsykiatri enligt LRV. Drygt 5,9 män per 100 000 invånare över 65 år vårdades i sluten rättspsykiatri enligt LRV 2016. Antalet har legat på samma nivå sedan 2011. För kvinnor har antalet per 100 000 invånare också legat på samma nivå sedan 2011 – och 2016 var antalet drygt 1,2.



Antalet patienter per 100 000 invånare som tvångsvårdas i sluten psykiatrisk vård enligt LPT är större hos yngre personer (18 till 64 år) jämfört med äldre personer (över 65 år). Det är inga större skillnader mellan kvinnor och män i respektive åldersgrupp. Antalet har minskat sedan 2011 för såväl äldre kvinnor som äldre män, vilket framgår av figur 61. Bland äldre män har antalet minskat från drygt 108 till nära 93 per 100 000 invånare 2016. Bland kvinnor har antalet minskat från drygt 110 till nära 102 under samma tidsperiod.

**Figur 61. Riket. Sluten psykiatrisk tvångsvård genom LPT**

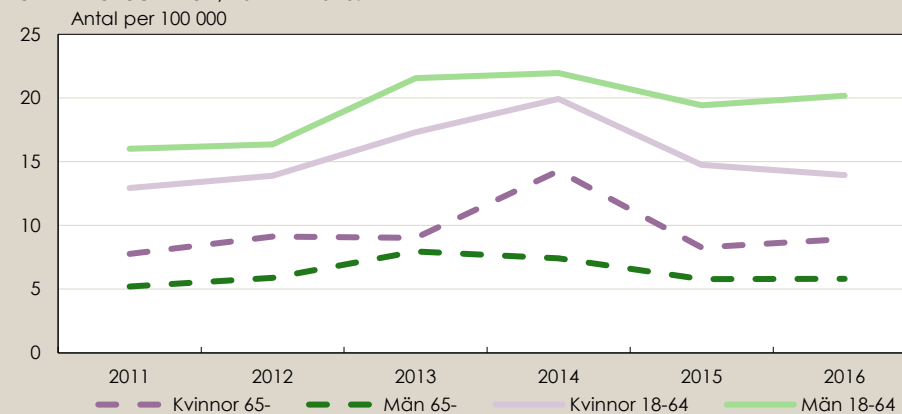
Antal patienter per 100 000 invånare som tvångsvårdats i sluten psykiatrisk vård genom LPT. Redovisat för kvinnor och män, 2011 till 2016.



Figur 62 visar att det är fler kvinnor än män över 65 år som fått öppen tvångsvård enligt LPT. För kvinnor över 65 år har antalet per 100 000 invånare ökat från 8 personer (2011) till 9 personer (2016). För äldre män har antalet ökat från 5 personer (2011) till 6 personer per 100 000 invånare (2016). Bland yngre personer (18 till 64 år) är det vanligare att män får öppen tvångsvård enligt LPT och insatsen är över lag vanligare hos yngre personer (under 65 år).

**Figur 62. Riket. Öppen tvångsvård enligt LPT**

Antal patienter per 100 000 invånare som fått öppen tvångsvård enligt LPT. Redovisat för kvinnor och män, 2011 till 2016.



## Suicid och suicidtankar

Depression och ångestsyndrom ökar risken för suicidtankar, suicidförsök och suicid [39, 40]. Suicidtankar och suicidförsök är vanligare bland yngre än bland äldre personer, medan äldre personer oftare har en större beslutsamhet med sina suicidförsök än yngre [9, 41]. Därmed har äldre vuxna (över 65 år) högst antal suicid – både i Sverige och internationellt [42, 43].

Vidare är suicid vanligare bland män än bland kvinnor – vilket gäller i ännu högre grad för äldre personer. Depression och social isolering har visat sig ha starkast samband med suicidbeteende hos äldre [44]. Detta understryker vikten av att identifiera och behandla depression hos äldre, liksom att aktivt utvärdera effekterna av insatt behandling, för att förebygga suicid.

Alkoholmissbruk och ångesttillstånd medför också en ökad risk för suicid. Man har även sett en ökad risk för suicid vid cancersjukdomar, neurologiska sjukdomar, smärttillstånd, kronisk obstruktiv lungsjukdom, leversjukdom, sjukdomar i de manliga könsorganen och vissa ledsjukdomar [40, 45].

Äldre personer berättar mer sällan om sina suicidtankar än yngre och söker inte psykiatrisk vård lika ofta som yngre. Däremot har flertalet äldre än yngre grupper som senare begår suicid, besökt primärvården i nära anslutning till suicid. De har då sökt på grund av kroppsliga besvär [45].

Suicidförsök leder oftare till fullbordade suicid hos äldre än hos yngre [40]. Detta kan bero på att en självtillfogad skada oftare leder till döden hos äldre, att de mer sällan räddas till livet på grund av sin sociala isolering, liksom att de genomför mer planerade suicidförsök än yngre [46].

Det nationella handlingsprogrammet för att förebygga suicid utgår från följande åtgärdsområden:

- Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.
- Insatser som minskar alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid.
- Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid.
- Suicidprevention som hantering av psykologiska misstag.
- Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.
- Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska antalet suicid.
- Kompetenshöjning hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik.
- Händelseanalyser av lex Maria-anmälningar (lex Maria är anmälningsskyldighet av allvarlig vårdskada).
- Stöd till frivilligorganisationer [47].

## Suicidtankar

Suicidtankar och suicidförsök är ovanliga hos psykiskt friska äldre [40]. Suicidtankar är vanligare hos unga, framför allt unga kvinnor, och personer utanför arbetsmarknaden [48]. Suicidtankar är också vanligare bland personer som har svårt att klara löpande utgifter såsom mat, hyra och andra räkningar [48]. Det är även mer förekommande bland personer som är sjukskrivna, arbetslösa och studerande jämfört med personer som är yrkesverksamma [48].

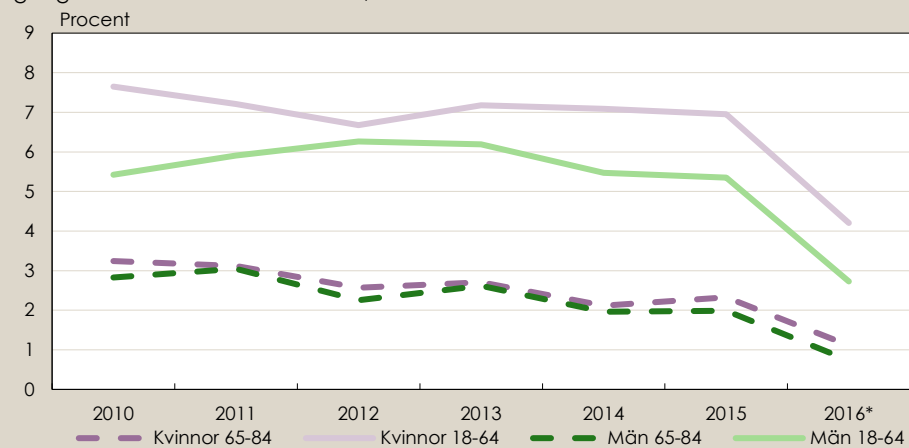
I figur 63 redovisas andelen män respektive kvinnor 18 till 64 år respektive 65 till 84 år som i den nationella folkhälsoenkäten uppgett att de haft suicidtankar de senaste 12 månaderna under perioden 2010 till 2016. Frågan ändrades 2016 till att gälla suicidtankar oavsett tidperiod. Detta gör det svårt att jämföra 2016 med tidigare år.

Figur 63 visar att yngre män och kvinnor (18 till 64 år) i högre utsträckning rapporterar att de haft suicidtankar än äldre kvinnor och män (65 till 84

år). År 2016 uppgav drygt 0,7 procent av alla äldre män och drygt 1,1 procent av alla äldre kvinnor att de haft tankar på suicid.

**Figur 63. Riket. Suicidtankar**

Andel av kvinnor och män 18-64 eller 65 till 84 år som övervägt att ta sitt liv någon gång de senaste tolv månaderna, 2010 till 2016\*.



\* Frågan i enkätundersökningen förändrades 2016

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

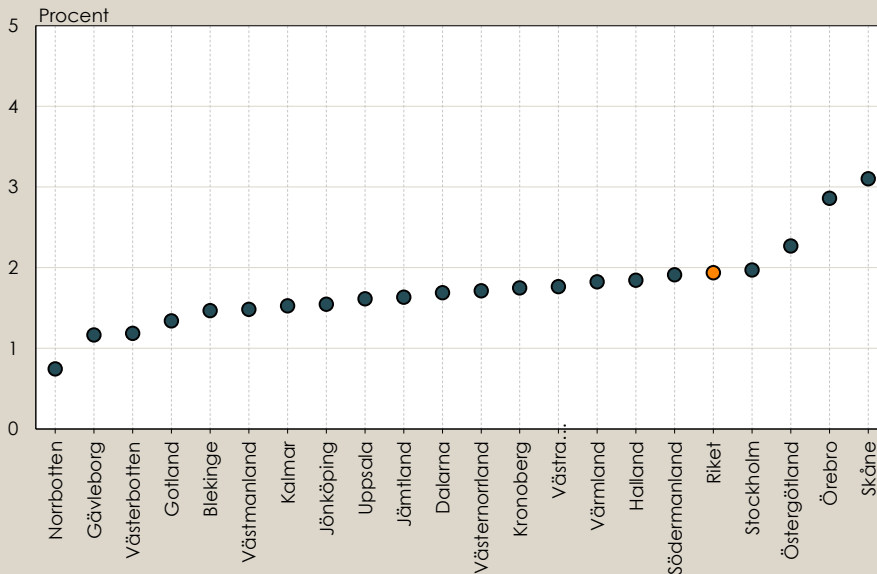
Att yngre personer i högre utsträckning uppger att de har suicidtankar än äldre personer i den nationella folkhälsoenkäten – trots att äldre i högre utsträckning begår suicid – kan beror på flera saker. Bland annat är det vanligare med suicidtankar hos yngre [41], och dessutom deltar personer med psykisk ohälsa samt psykisk sjukdom i lägre utsträckning i denna typ av undersökningar [49, 50].

På länsnivå (figur 64) varierar andelen äldre som övervägt att ta sitt liv mellan 0,7 procent och 3,1 procent. Andelen för riket är drygt 1,9 procent. Ingen jämförelseperiod redovisas, eftersom frågan i enkätundersökningen förändrades 2016.



### Figur 64. Län. Suicidtankar

Andel av befolkningen 65 till 84 år som har övervägt att ta sitt liv någon gång under de senaste 12 månaderna. Redovisat per län för perioden 2013 till 2016\*.



\* Frågan ändrades 2016

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

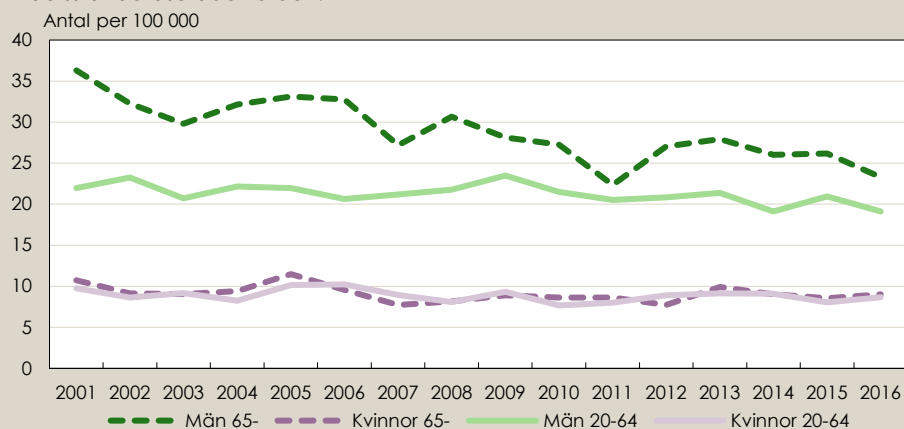
## Fler suicid bland äldre män

När det gäller suicid gör statistiken skillnad på avsiktlig självdestruktiv handling och skadehändelse med oklar avsikt vid registrering av diagnos samt dödsorsak. Ofta redovisas de två tillsammans och då utgör de oklara suiciden cirka 25 procent av totalt antal suicid [51]. Alla resultat i denna rapport som gäller suicid baseras på dödsfall i avsiktlig självdestruktiv handling.

Resultaten för indikatorn (figur 65) över tid visar att antalet säkra suicid per 100 000 invånare för kvinnor har legat på en relativt konstant nivå sedan 2001. Antalet säkra suicid per 100 000 kvinnor 65 år och äldre var 2016 drygt 9 jämfört med nära 9 för kvinnor 20 till 64 år. Män har fler säkra suicid och det är vanligast bland äldre män. Dock har antalet säkra suicid per 100 000 invånare för män 65 år och äldre minskat från 36 (2001) till 23 (2016). Antalet för män 20 till 64 år låg på drygt 19 per 100 000 invånare 2016.

**Figur 65. Riket. Antal säkra suicid**

Antal säkra suicid (X60-X84) per 100 000 invånare. Redovisat för kvinnor och män och uppdelat i åldersgrupperna 20 till 64 år samt 65 år eller äldre, 2001 till 2016. Åldersstandardiserade värden.

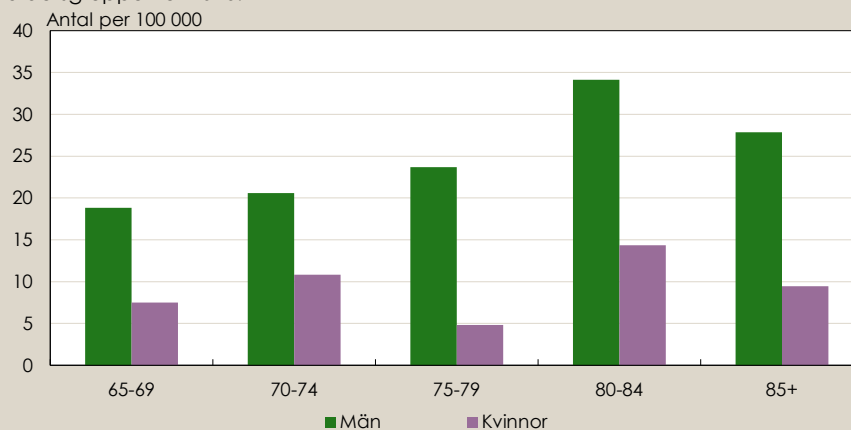


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Redovisat uppdelat i åldersgrupper (figur 66) för kvinnor och män 65 år och äldre visar att det bland män är vanligast med suicid i åldersgruppen 80 till 84 år. I åldersgruppen var antalet säkra suicid per 100 000 invånare drygt 34. Skillnaden mellan kvinnor i olika åldersgrupper är mindre. Även bland kvinnor är suicid vanligast i åldersgruppen 80 till 84 år och antalet var drygt 14 per 100 000 invånare 2016. Vidare är suicid vanligare hos personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning [52].

**Figur 66. Riket. Suicid bland personer 65 år eller äldre**

Antal suicid per 100 000 invånare för personer 65 år och äldre redovisat uppdelat i åldersgrupper för 2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

## Vårdad av hälso- och sjukvården inom 28 dagar innan suicid

Personalen inom hälso- och sjukvården är skyldiga att bidra till en god och säker vård och har därför anmälningskyldighet om det sker en allvarlig

vårdskada, en så kallad lex Maria-anmälan. I en lex Maria-anmälan ska vårdgivaren redovisa vilka åtgärder man redan vidtagit, men också vilka åtgärder man planerar att vidta för att minska patientsäkerhetsriskerna. Syftet med lex Maria är framför allt att sjukvården ska dra lärdom av misstag som sker för att minska risken att samma misstag upprepas i framtiden.

Tidigare fanns det lagstiftat att en anmälan enligt lex Maria ska göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en patient begått suicid i anslutning till eller inom fyra veckor efter undersökning, vård eller behandling och detta kommit till vårdgivarens kännedom<sup>1</sup>. Från och med den 1 september 2017 ändrades denna lagstiftning och kravet på den tidigare obligatoriska anmälningsplikten för hälso- och sjukvården som gäller just suicid förändrades<sup>2</sup>. Enligt den nya föreskriften om utredningar av vårdskador ska personal nu endast göra en anmälan om det man misstänker om att suicid eller suicidförsök beror på att vården gjort fel. Föreskriftningsvis ska personal därmed enbart utreda och anmäla suicid eller suicidförsök som hade kunnat undvikas om man hade vidtagit adekvata åtgärder vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården till IVO<sup>3</sup>.

Det relaterade måttet ”psykiatrisk vård 28 dagar innan suicid” visar andelen personer som inom 28 dagar innan suicid antingen vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. Indikatorn ”somatisk vård 28 dagar innan suicid” visar motsvarande för den somatiska vården. Observera att dessa mått inte tar någon hänsyn till själva anledningen bakom personernas kontakt med hälso- och sjukvård, det vill säga vilken diagnos som personerna vårdades för 28 dagar före suicid.

Konfidensintervallen är relativt breda i dessa fall. Det är dock tydligt att personer över 80 år som begått suicid i mycket lägre utsträckning än yngre har vårdats inom psykiatrisk slutenvård eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. Jämfört med yngre personer har äldre som begått suicid i stället vårdats inom den somatiska vården i högre utsträckning: under 2012–2015 hade 38 procent av kvinnorna över 80 år och 40 procent av männen över 80 år antingen vårdats inom somatisk slutenvård eller träffat en läkare inom den öppna specialiserade somatiska vården 28 dagar innan de begick suicid. Motsvarande siffror bland yngre kvinnor och män (18 till 64 år) är 22 respektive 32 procent, vilket framgår i figur 67 och 68.

---

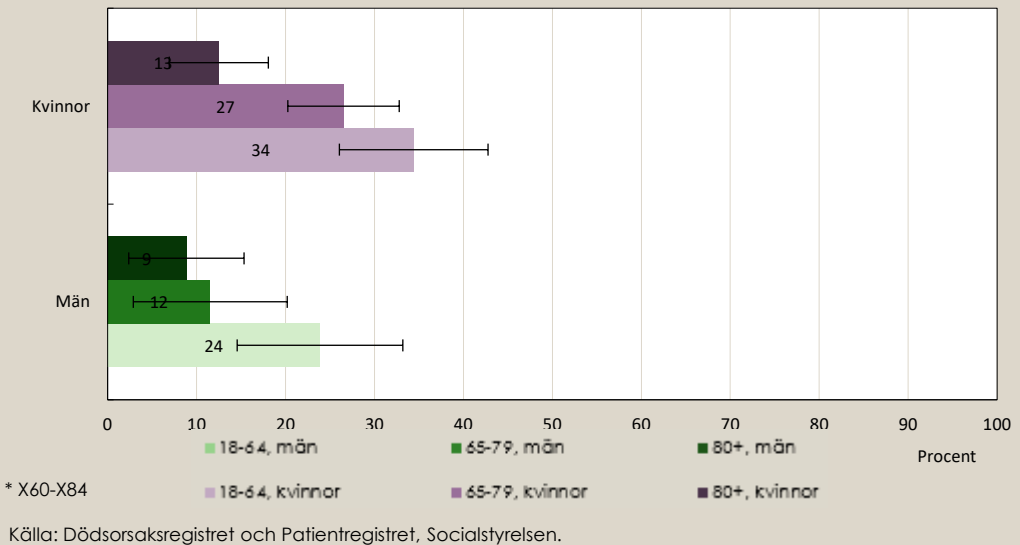
<sup>1</sup> 4 kap. 2 § SOSFS 2005:28. Föreskriften gällde tidsperioden 1 februari 2006 till 1 september 2017.

<sup>2</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS-2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete samt IVO:s föreskrifter (HSLF-FS-2017:41) om anmälningskyldighet av allvarlig vårdskada (lex Maria). Föreskrifterna träder i kraft 1 september 2017.

<sup>3</sup> I enlighet med bestämmelserna i 3 kapitlet, paragraf 3 och 5 i patientsäkerhetslagen (PSL) och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS-2017:41) om anmälningskyldighet av allvarlig vårdskada (lex Maria).

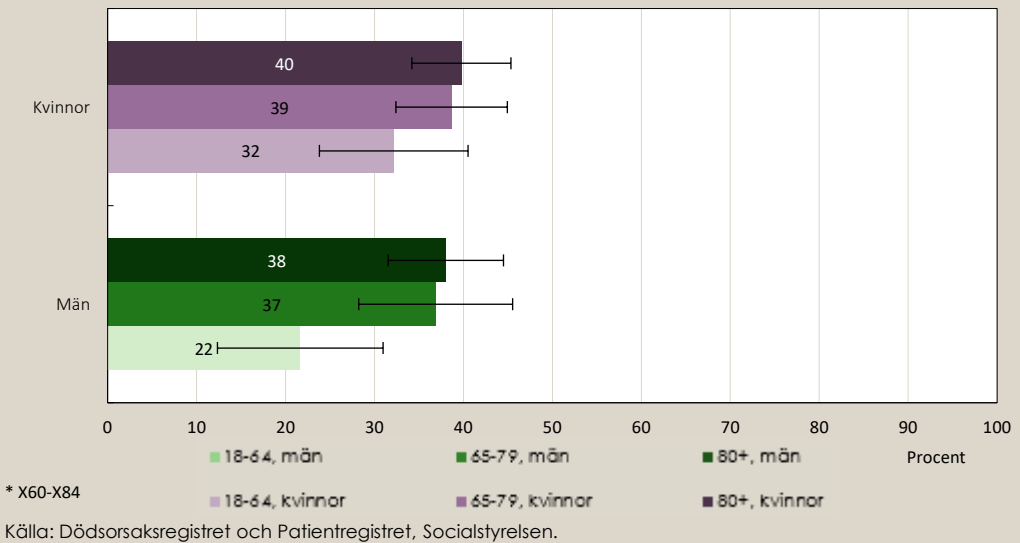
**Figur 67. Riket. Psykiatrisk vård 28 dagar innan suicid**

Andel kvinnor och män, 18 till 64 år, 65 till 79 år och 80 år eller äldre som har vårdats inom psykiatrisk sluten- eller öppenvård 28 dagar före suicid, 2012 till 2015.



**Figur 68. Riket. Somatisk vård 28 dagar innan suicid**

Andel kvinnor och män, 18 till 64 år, 65 till 79 år och 80 år eller äldre som har vårdats inom somatisk sluten- eller öppenvård 28 dagar före suicid, 2012 till 2015.



Det är tydligt att äldre som begått suicid i högre utsträckning hade vårdats inom somatisk vård. Därmed är det viktigt att den somatiska vården uppmärksammar äldre som samtidigt har psykiska besvär eftersom det för äldre finns en ökad risk för suicid vid ett flertal somatiska tillstånd [40, 45].

### Suicid bland äldre som haft kontakt med hälso- och sjukvårdens psykiatri

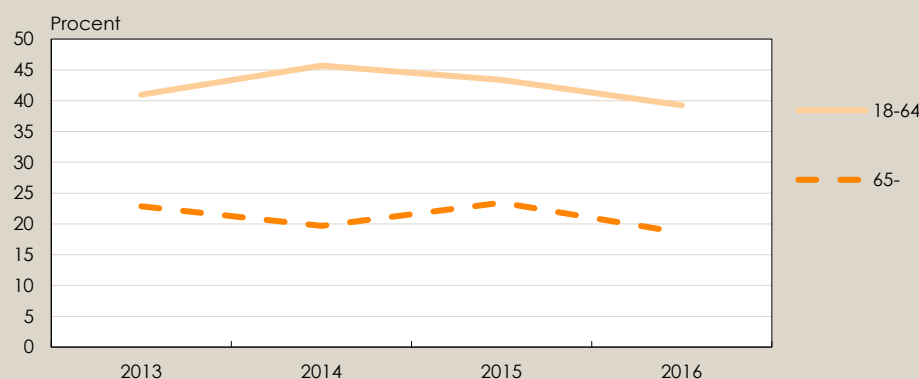
En riskfaktor för suicid är psykisk sjukdom. Suicidförsök bland äldre personer leder oftare till suicid än bland yngre personer. Depression är den vanlig-

ast underliggande diagnosen vid suicid [53]. Enligt markörbaserad journalgranskning är 25 procent av de skador som uppmärksammats inom vuxenpsykiatri avsiktlig självdestruktiv handling [14]. Vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsomsorg kan ett möjligt sätt av överbrygga övergången mellan heldygns-, mellan- och öppenvård vara att inlagda individer antingen börjar eller fortsätter att delta i planerade behandlingar inom de öppnare vårdformerna under pågående inläggning. Detta kan göras i form av brukarstyrd inläggning, vilket är vanligt i Nederländerna. I Sverige pågår en randomiserad kontrollerad studie och en studie med epidemiologiskt perspektiv [54].

Andelen 65 år och äldre som haft kontakt med hälso- och sjukvården (psykiatrisk vård) sex månader före självmord eller dödsfall med oklart uppsåt har minskat sedan 2013. År 2013 var andelen 23 procent och 2016 19 procent, vilket framgår av figur 68. Andelen bland äldre är betydligt lägre än bland yngre personer (18 till 64 år). År 2016, när andelen bland äldre personer var nära 19 procent, låg andelen bland yngre personer på drygt 39 procent.

**Figur 69. Riket. Suicid bland personer som haft kontakt med hälso- och sjukvården**

Andel 18-64 och 65 år eller äldre som haft kontakt med hälso- och sjukvården (psykiatrisk vård) 6 månader före självmord eller dödsfall med oklart uppsåt.



Källa: Patientregistret, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Mot bakgrund av resultat inom ramen för två tidigare regeringsuppdrag om psykisk ohälsa bland äldre [55, 56] genomförde Socialstyrelsen en närmare studie för att undersöka om det fanns regionala skillnader i tillgängligheten till specialiserad psykiatrisk vård för personer 65 år och äldre.

I detta fall har myndigheten analyserat vård och behandling före suicid. I linje med tidigare resultat visade analysen att det var vanligare att äldre (över 65 år) inte haft någon kontakt med specialiserad psykiatrisk vård jämfört med yngre (under 65 år) sex månader före suicid. Även uttag av psykofarmaka skedde i lägre utsträckning bland äldre sex månader före suicid (de studerade läkemedlen var antipsykotika, antidepressiva, ångestdämpande samt sömnmedel och lugnande). Justerade analyser (ålder, kön, utbildning) påvisade inga regionala skillnader för ovanstående resultat. Detta indikerar att förhållandena mellan äldre och yngre, med tanke på tillgången till psykiatrisk vård och behandling, är relativt lika i hela landet.

## Diskussion

De uppgifter som presenteras i denna rapport ger inte en heltäckande beskrivning av äldres psykiska ohälsa och den tillhörande vården. En stor del av vård i samband med psykiatrisk sjukdom utförs i primärvården. I primärvården saknas det dock nationella heltäckande register. Dessutom behövs information om insatser och åtgärder som genomförs av andra yrkeskategorier än läkare, vilket Socialstyrelsen på sikt kommer att ha tillgång till genom patientregistret. Därutöver behöver de insatser som kommunerna genomför för gruppen äldre med psykisk ohälsa synliggöras ytterligare.

Äldre får behov tillgodosedda genom insatser från kommunens äldreomsorg eller i form av kommunal hälso- och sjukvård. Rapporten visar också att personer 65 år eller äldre med psykisk ohälsa oftare får sin vård i primärvården och den somatiska vården. Ett exempel på det är att 82 procent av män 80 år eller äldre och 83 procent av kvinnor i samma ålderskategori får sina bensodiazepiner utskrivna av primärvården. För män och kvinnor 18 till 64 år är andelen i stället 45 respektive 44 procent. En större andel av de äldre än de yngre vårdas i somatisk vård 28 dagar innan suicid, medan en större andel av kvinnor och män 18 till 64 år vårdats i psykiatrisk vård innan suicid. Förekomsten av psykisk ohälsa är stor i gruppen personer 65 eller äldre med äldreomsorg och i gruppen med kommunal hälso- och sjukvård

Sammantaget indikerar resultaten i rapporten att personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist. I viss mån kan det förklaras av att äldre i lägre utsträckning än yngre uttrycker att de mår psykiskt dåligt och att äldre i högre utsträckning besöker primärvård och specialiserad somatisk öppenvård. Det framgår genom att drygt 8 procent av kvinnor i gruppen 18 till 64 år uppger att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, jämfört med drygt 3 procent bland äldre kvinnor. Även bland män uppger en större andel av personerna under 65 år att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest än den äldre gruppen. Drygt 1 procent av de äldre kvinnorna och nära 1 procent av de äldre männen har uppgett att de har tankar på suicid, jämfört med drygt 4 procent bland de yngre kvinnorna och nära 3 procent av de yngre männen.

Trots att äldre mer sällan uppger sig må psykiskt dåligt och mer sällan uppger att de har tankar på suicid är det fler äldre än yngre som väljer att avsluta sina liv genom suicid. En möjlig orsak till detta kan vara att äldres psykiska ohälsa inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning och att det förebyggande arbetet behöver stärkas för gruppen äldre. En annan möjlig orsak kan vara att metoderna för att upptäcka psykisk ohälsa inte är anpassade för personer över 65 år. Dessutom tyder resultaten i rapporten på att äldre inte alltid i tillräcklig utsträckning får del av andra insatser utöver läkemedel. Eftersom många äldre både har insatser från kommuner och landsting krävs en tydlig samverkan kring personer med psykisk ohälsa för att tidigt upptäcka och minska antalet suicid bland äldre. Dessutom är det viktigt att Rådet för styrning med kunskap fortsätter att stödja huvudmännen i detta arbete och samtidigt fortsätter att följa och kartlägga äldres psykiska ohälsa.

# Referenser

1. Även äldre har ont i själen. Goda exempel på hur kommuner och landsting kan möta behoven hos äldre med psykisk ohälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
2. Det är inte alltid som man tror – vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvårdenvägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
4. Insatser, CfEP. Utvärdering av Första hjälpen till psykisk hälsa med inriktningen äldre personer. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser; 2014.
5. Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. 2018:
6. Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
7. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm; 2017.
8. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
9. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
10. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
11. Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2015.
12. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
13. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
14. Skador inom Psykiatrisk vård. Markörbaserad journalgranskning. Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
15. Kostnad per patient, KPP. 2019. Hämtad 2018 09-11 från: <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatient-kpp.1076.html>
16. Överbeläggningar. 2018. Hämtad 2018 08-16 Socialstyrelsens definition av begreppet överbeläggning]. från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=507&SrcLang=sv>
17. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
18. Health Care Quality Indicators: Prescribing in primary care. 2017. Hämtad 2017 från: <http://stats.oecd.org/>
19. Öppna jämförelser 2014 - Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

20. Fried TR, OLJ, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. New York: Journal of the American Geriatrics Society; 2014.
21. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
22. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
23. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
24. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. Uppsala: Läkemedelsverket; 2008.
25. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
26. ECT – Kliniska riktlinjer för elektrokonvulsiv behandling. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen; 2014.
27. Minnesstörningar hos patienter som behandlats med ECT. Om information och delaktighet för patienter och närstående. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
28. Årsrapport 2016 Kvalitetsregister ECT. Örebro: Kvalitetsregister ECT; 2017.
29. Årsrapport 2015. Kvalitetsregister ECT. Örebro: Kvalitetsregister ECT; 2016.
30. Kvalitetsregister ECT. Årsrapport 2017. Örebro: Kvalitetsregistret ECT; 2018.
31. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor? Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.
32. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten; 2016.
33. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
34. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2016.
35. Folkhälsans utveckling - årsrapport 2017 [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten; 2017.
36. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd. Indikatorer. Bilaga. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
37. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2017.
38. Förbättrad uppföljning av psykiatrisk tvångsvård. Insatser i den nuvarande insamlingsmetoden. Socialstyrelsen; 2017.
39. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
40. Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre [Elektronisk resurs]. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.



41. Suicidprevention 2016 : en lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
42. Fassberg, MM, van Orden, KA, Duberstein, P, Erlangsen, A, Lapierre, S, Bodner, E, et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):722-45.
43. Draper, B, Kolves, K, De Leo, D, Snowden, J. A controlled study of suicide in middle-aged and older people: personality traits, age, and psychiatric disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44(2):130-8.
44. Draper, BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014; 79(2):179-83.
45. Fassberg, MM, Cheung, G, Canetto, SS, Erlangsen, A, Lapierre, S, Lindner, R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016; 20(2):166-94.
46. Conwell, Y, Duberstein, PR, Cox, C, Herrmann, J, Forbes, N, Caine, ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998; 6(2):122-6.
47. Ett nationellt handlingsprogram för att förebygga suicid. 2018. Hämtad 2018 07-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/ett-nationellt-handlingsprogram-for-att-forebygga-suicid/>
48. Suicidprevention 2016 : en lägesrapport om det nationella arbetet med att förebygga självmord. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
49. Forsell, Y. Metoder för att mäta och analysera psykisk sjuklighet i befolkningen: *Socialmedicinsk tidskrift*; 2009.
50. Psykiatri förstudie: Undersökningsmetoder för att mäta patientupplevelser inom psykiatrisk vård i Sverige. Stockholm: IC Quality; 2016.
51. Statistik om dödsorsaker år 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
52. En god vård. Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2018.
53. Suicid. 2018. Hämtad 2018 05-31 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid>
54. Självskaideprojektet. 2018. Hämtad 2018 05-31 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid>
55. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
56. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.



# Register och andra datakällor

Figur	Datakälla
Figur 1. Antal patienter 65 år och äldre som vårdas med psykiska diagnoser	Patientregistret, Socialstyrelsen
Figur 2. Riket. Besök inom psykiatri läkare och övriga personalkategorier	Verksamhetsstatistik för landsting, Sveriges kommuner och landsting.
Figur 3. Riket. Besök och vårdtillfällen för personer med psykiatrisk diagnos	Patientregistret, Socialstyrelsen
Figur 4. Län. Antal patienter i specialiserad öppenvård	Patientregistret, Socialstyrelsen
Figur 5. Län. Antal patienter i slutenvården	Patientregistret, Socialstyrelsen
Figur 6. Riket. Förekomst av psykisk ohälsa hos personer över 18 år	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Figur 7. Län. Förekomst av psykisk ohälsa	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Figur 8. Riket. Psykisk ohälsa hos personer med kommunala insatser	Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 9. Riket. Den specialiserad psykiatriska vårdens andel av kostnaden för landstingens hälso- och sjukvård	Statistiska Centralbyrån
Figur 10. Landsting. Den specialiserad psykiatriska vårdens andel av kostnaden hälso- och sjukvård	Statistiska Centralbyrån
Figur 11. Riket. Disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård	Verksamhetsstatistik, SKL
Figur 12. Landsting. Disponibla vårdplatser i specialiserad psykiatrisk vård	Verksamhetsstatistik, SKL
Figur 13. Riket. Antal sysselsatta psykologer och specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård	Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen. Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån
Figur 14. Riket. Efterfrågan på psykologer	Arbetskraftsbarometern, Statistiska Centralbyrån
Figur 15. Landsting. Årsarbetare inom vuxenpsykiatrin	Nysam
Figur 16. Riket. Kostnad per invånare - specialiserad psykiatrisk vård	Verksamhetsstatistik, SKL
Figur 17. Landsting. Kostnad per invånare - specialiserad psykiatrisk vård	Verksamhetsstatistik, SKL
Figur 18. Riket. Kostnad per patient i psykiatris slutenvård	Kostnad per patient, SKL
Figur 19. Riket. Kostnad per patient i psykiatris öppenvård	Kostnad per patient, SKL
Figur 20. Riket. Överbeläggningar i psykiatrisk och somatisk slutenvård	Vården i siffror, SKL
Figur 21. Landsting. Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård	Vården i siffror, SKL
Figur 22. Län. Långvarig användning av bensodiazepiner hos män	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 23. Län. Långvarig användning av bensodiazepiner hos kvinnor	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 24. Riket. Psykofarmaka som förskrivits till män i primärvård	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur	Datakälla
Figur 25. Riket. Psykofarmaka som förskrivits till kvinnor i primärvård	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 26. Riket. Psykofarmaka som förskrivits i primärvård till kvinnor redovisat på utbildningsnivå	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 27. Riket. Psykofarmaka som förskrivits i primärvård till män redovisat på utbildningsnivå	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 28. Riket. Tio eller fler samtida läkemedel	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 29. Riket. Tre eller fler psykofarmaka	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 30. Riket. Läkemedel som bör undvikas	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 31. Riket. Antipsykotiska läkemedel hos äldre	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 32. Riket. Förskrivning av psykofarmaka till personer med demens	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 33. Riket. Förskrivning av psykofarmaka till personer utan demens	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Figur 34. Riket. ECT vid slutenvårdad svår depression	Kvalitetsregistret ECT och patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 35. Län. ECT vid slutenvårdad svår depression	Kvalitetsregistret ECT och patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 36. Riket. Depressionsskattning inom en vecka efter ECT	Kvalitetsregistret ECT.
Figur 37. Län. Depressionsskattning efter ECT	Kvalitetsregistret ECT.
Figur 38. Riket. Klinisk förbättring enligt CGI-I efter ECT	Kvalitetsregistret ECT.
Figur 39. Län. Klinisk förbättring enligt CGI-I efter ECT	Kvalitetsregistret ECT.
Figur 40. Riket. Ängslan, oro och ångest	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 41. Län. Ängslan, oro och ångest	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 42. Riket. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 43. Län. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 44. Riket. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i äldreomsorgen	Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.
Figur 45. Län. Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i äldreomsorgen	Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.
Figur 46. Riket. Nedsatt psykiskt välbefinnande	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 47. Län. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos kvinnor	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 48. Län. Nedsatt psykiskt välbefinnande hos män	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 49. Riket. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom tre månader	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 50. Län. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom tre månader	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 51. Riket. Återinskrivning inom tre månader för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård	Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 52. Riket. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom sex månader	Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur	Datakälla
Figur 53. Län. Återinskrivning i slutna psykiatrisk vård inom sex månader	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 54. Riket. Återinskrivning inom sex månader för personer med äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård	Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 55. Riket. Kontinuitet och samverkan	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 56. Län. Kontinuitet och samverkan	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 57. Riket. Kontinuitet och samverkan för personer inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård	Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 58. Län. Öppenvård för män efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression, bipolär sjukdom eller ångestillstånd	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 59. Län. Öppenvård för kvinnor efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård för depression, bipolär sjukdom eller ångestillstånd	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 60. Riket. Slutna rättspsykiatri enligt LRV	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 61. Riket. Slutna psykiatrisk tvångsvård genom LPT	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 62. Riket. Öppen tvångsvård enligt LPT	Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 63. Riket. Suicidtankar	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 64. Län. Suicidtankar	Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.
Figur 65. Riket. Antal säkra suicid	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
Figur 66. Riket. Suicid bland personer 65 år eller äldre	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
Figur 67. Riket. Psykiatrisk vård 28 dagar innan suicid	Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 68. Riket. Somatisk vård 28 dagar innan suicid	Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.
Figur 69. Riket. Suicid bland personer som haft kontakt med hälso- och sjukvården	Patientregistret, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.