

Det är inte alltid som man tror

– vägledning till att uppmärksamma äldre med
psykisk ohälsa inom primärvården

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

Förord

För att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till berörda huvudmän, verksamheter och professioner (S2010/2666/ST, S2011/11229/VS). I dag återfinns äldre personer med psykisk ohälsa framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens.

Denna vägledning har tagits fram inom ramen för regeringsuppdraget. Den vänder sig i första hand till läkare och sjuksköterskor inom primärvården som möter vårdbehövande äldre i sitt arbete, men den kan även användas av psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom primärvården. Genom vägledningen vill Socialstyrelsen ge dessa grupper ge konkret stöd för upptäckt och utredning av psykisk ohälsa hos äldre personer.

Projektledare för arbetet med vägledningen har varit utredaren Niklas Bjurström. Utredarna Lena Strandberg, Maja Stenberg, Pär Alexandersson, sakkunnig Mårten Gerle och utredare Frida Nobel samt experten Ingvar Karlsson har medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Susanna Wahlberg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa</i>	8
Om denna vägledning	8
Målgrupp och syfte	8
Innehåll och avgränsningar	8
Arbetet med vägledningen	9
Psykisk ohälsa som begrepp i vägledningen	9
<i>God vård och omsorg</i>	10
Utvecklingsområden	10
Kompetens för att uppmärksamma symtom	10
Uppföljning och läkemedelsgenomgångar	11
Samverkan och samordning	12
Värdegrund och bemötande	13
<i>Vanliga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre</i>	14
Åldrande och psykisk ohälsa	14
Psykosociala faktorer	14
Biologiska förändringar i hjärnan	15
Somatisk sjukdom	15
Läkemedelsbehandling	15
Trauman	16
Livsstilsfaktorer	16
Depressiv sjukdom	16
Symtombild vid depression hos äldre	16
Ångestsyndrom	17
Generaliserat ångesttillstånd, fobier och tvångstillstånd	17
Posttraumatiskt stressyndrom hos äldre	17
Ångest som del av depressionssjukdom	18
Ångest vid behandling med bensodiazepiner	18
Stressreaktioner	18
Akatis	18
Bipolär sjukdom hos äldre	18
Schizofreni	19
Kognitiv störning och demenssjukdom	19
Att få en demensdiagnos	19
Alzheimers sjukdom	19
Vaskulär demens	20
Frontotemporal demens	20
Beteendesymtom vid demens (BPSD)	20
Konfusion	20

Samsjuklighet	21
Somatisk sjukdom i relation till psykisk sjukdom	21
Kognitiv störning vid psykisk sjukdom	21
Kognitiv påverkan av långvarig psykisk sjukdom	21
Missbruk hos äldre	22
Själv mord och äldre	22
<i>Utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre</i>	23
Helhetsperspektiv	23
Diagnostik av äldres depression	23
Utredning av kognitiva störningar	24
Diagnostik vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD	24
Diagnostik av konfusion	24
<i>Referenser</i>	26
<i>Bilaga 1. Experter och referensgrupp</i>	30
Experter	30
Referensgrupp	30

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är vanlig bland äldre personer. Vid 75 års ålder beräknas 15–25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos. I dag finns äldre personer som lider av psykisk ohälsa inom framför allt primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatriens kompetens.

En förutsättning för god vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa är att primärvården har kompetens för att tidigt upptäcka och utreda deras symtom när de söker vård. En annan förutsättning är samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner utifrån den äldre personens behov. Äldre personer med psykisk ohälsa behöver ofta insatser från såväl primärvård som specialistpsykiatri, äldreomsorg och socialpsykiatri. Primärvården kan också behöva tillgång till specialistpsykiatriens kompetens genom exempelvis konsultation.

Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre personer som inte sällan har flera andra samtidiga sjukdomar. Sjukdomsbilden hos äldre är ofta annorlunda än hos yngre. Äldre har mer diffusa symtom, och risken är därför större att en psykiatrisk diagnos förbises. Bland äldre personer som begått självmord har åtminstone 70 procent sökt sjukvård en månad innan dödsfallet, och mer än var tredje den senaste veckan innan.

Äldre är ofta känsliga för vissa läkemedelsbiverkningar, men kan bli mer okänsliga för andra. Läkemedelsanvändningen hos äldre personer är generellt hög och det är därför nödvändigt att läkemedelsgenomgångar görs enligt gällande regler.

Vid upptäckt, utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre personer behövs ett helhetsperspektiv. En rad olika faktorer kan påverka, till exempel biologiska förändringar i hjärnan, psykogena faktorer, somatisk sjukdom, psykosociala faktorer och biverkan av läkemedelsbehandling. Det är också viktigt att beakta de olika symtomen hos tidigare friska äldre med nydebuterad psykisk ohälsa och personer som haft psykisk ohälsa under en stor del av livet och fortsätter att ha det i hög ålder.

I denna vägledning ges en översikt över kunskapen om upptäckt och utredning av symtom på psykisk ohälsa hos äldre personer. Åldrandets effekter på den psykiska hälsan uppmärksammas, liksom vanliga psykiska och kognitiva sjukdomar hos äldre samt några viktiga delar av arbetet med utredning och diagnostik.

Behov av stärkt vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa

För att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, ger Socialstyrelsen ut tre målgruppsanpassade vägledningar, som riktas till följande tre målgrupper:

- Verksamhetsansvariga inom socialtjänsten (inklusive socialpsykiatri), den kommunala hälso- och sjukvården samt primärvården, med fokus på samverkan och samordning i arbetet med psykisk ohälsa hos äldre.
- Personal inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, med fokus på upptäckt av tecken på psykisk ohälsa bland äldre och ett gott dagligt stöd till dessa personer.
- Personal inom primärvården, med fokus på upptäckt av tecken på psykisk ohälsa hos äldre samt utredning och diagnostik.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att kommunerna och landstingen inte alltid prioriterar äldre personer som lider av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa, och att dessa personer inte alltid får den vård och omsorg som de behöver [1]. I dag finns äldre personer som lider av psykisk ohälsa framför allt inom primärvården och äldreomsorgen, ofta utan tillgång till specialistpsykiatrins kompetens. Därmed ökar risken för att en psykisk sjukdom inte upptäcks eller behandlas, vilket kan skapa onödigt lidande [2].

Om denna vägledning

Målgrupp och syfte

Målgrupp för denna vägledning är i första hand läkare och sjuksköterskor inom primärvården som möter vårdbehövande äldre i sitt arbete, men den kan även användas av annan hälso- och sjukvårdspersonal som möter äldre i vården. Syftet med vägledningen är dels att ge en översikt av vanliga och viktiga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre individer, dels att ge viss vägledning kring symtom och diagnostik för att bättre kunna uppmärksamma äldre individer med psykisk ohälsa.

Innehåll och avgränsningar

Vägledningen tar upp psykisk ohälsa efter 65 års ålder, hos personer som först då visar tecken på psykisk ohälsa, och hos personer som redan tidigare gjort det och som har levt en längre tid med psykiska funktionsnedsättningar. Den tar upp några viktiga områden som behöver beaktas i arbetet med personer med psykisk ohälsa. Förebyggande arbete samt olika sorters behandlingar berörs endast i begränsad utsträckning.

I vägledningen beskrivs åldrandets effekter på området psykisk ohälsa, vanliga och viktiga psykiska och kognitiva sjukdomar hos äldre samt några viktiga utgångspunkter för arbetet med utredning och diagnostik. Två grupper av äldre med psykisk ohälsa berörs:

- tidigare friska äldre med nydebuterad psykisk ohälsa
- personer som haft psykisk ohälsa under en stor del av livet och fortsätter att ha det i hög ålder.

Arbetet med vägledningen

Arbetet med vägledningen har genomförts med stöd av externa experter inom området.

Experter, sammansättning av referensgrupper samt remissinstanser framgår av bilaga 1.

Psykisk ohälsa som begrepp i vägledningen

Utgångspunkten i denna vägledning är de primärvårdspatienter som är äldre än 65 år och som har psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp. I den här vägledningen inkluderar det både psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning när inte något annat begrepp passar bättre.

När begreppet psykisk funktionsnedsättning används i vägledningen avses i första hand väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som funnits eller kan antas bestå under en längre tid [3]. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur [4].

I delar av vägledningen inkluderar psykisk ohälsa även risk för att få en psykisk funktionsnedsättning.

God vård och omsorg

Utvecklingsområden

För en god vård och omsorg om äldre personer med psykisk ohälsa behövs både utvecklingsarbete på ledningsnivå och förbättrad kompetens inom primärvården för att upptäcka och utreda psykisk ohälsa hos äldre patienter.

Socialstyrelsen har urskilt fyra centrala utvecklingsområden inom vården och omsorgen för äldre med psykisk ohälsa:

- ett utvecklat och strukturerat samarbete mellan huvudmännen och ett gemensamt ansvarstagande
- spridning av kunskap genom forskning, utbildning och praktiskt utövande av vård och omsorg
- förstärkt kompetens bland personal inom specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst
- ett utvecklat och förbättrat utbud vad gäller boendeformer och stöd för äldre personer med psykisk ohälsa [5].

I nationella riktlinjer om vård vid depression och ångesttillstånd ges generella rekommendationer om omhändertagandet i första linjens vård, till exempel primärvården. Enligt riktlinjerna bör den första linjen tillhandahålla

- en första bedömning med hög tillgänglighet
- god kontinuitet under hela vårdförloppet, inklusive samverkan
- samverkan mellan primärvården och specialistpsykiatri
- interventioner med sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov och utformade enligt principerna för stegvis vård [6].

För att vårdåtgärderna ska ge avsedd effekt rekommenderas enligt samma riktlinjer:

- tillgång till personal med adekvat kompetens
- en vårdstruktur som främjar ett effektivt omhändertagande
- tillgång till konsultationsinsatser från specialistpsykiatri och möjlighet till uppföljning och utvärdering av behandling [6].

Kompetens för att uppmärksamma symtom

En nyckelfråga i utvecklingsarbetet är primärvårdens kompetens för att uppmärksamma, utreda och diagnostisera psykisk ohälsa hos äldre. Sådan kompetens är en förutsättning för att primärvården ska kunna fungera som en första linjens vård för dessa patienter.

Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som inte sällan har flera andra samtidigt sjukdomar. Sjuk-

domsbilden hos äldre är ofta annorlunda än hos yngre. Symtom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa och det finns större risk att en psykiatrisk diagnos förbises. Bland äldre personer som begått självmord har åtminstone 70 procent sökt sjukvård en månad innan dödsfallet, och mer än var tredje den senaste veckan innan [7]. Mindre tydliga depressiva tillstånd som mild depression, ibland kallad ”minor depression”, har en mer än fördubblad risk för suicid. Samtidigt som det bland unga människor kan gå 30–40 självmordsförsök på varje självmord är motsvarande siffra 2–4 för äldre [8, 9].

Vid hög ålder har psykisk sjukdom, betydligt oftare än hos yngre, en eller flera bakomliggande faktorer. Inom diagnostik och behandling är det viktigt att förstå bakgrunden eftersom nyckeln till framgångsrik behandling ofta är att behandla bakomliggande specifika orsaker.

Äldre är ofta känsliga för vissa läkemedelsbiverkningar men kan också vara mer okänsliga för andra biverkningar. Läkemedelsanvändningen hos äldre är generellt hög och det är därför nödvändigt att regelbundet se över pågående läkemedelsbehandling. Behandling av äldre patienter fordrar därför ett särskilt farmakologiskt kunnande vad gäller förmåga att bedöma indikationer, interaktioner och biverkningar [10].

Socialstyrelsen har beslutat att äldrepsykiatri ska bli en egen specialistkompetens för läkare. Införandet av specialiteten beräknas ske den 1 januari 2015. En målbeskrivning för specialistkompetens inom äldrepsykiatri kommer därmed att fastställas, vilket medför en tydlig beskrivning och avgränsning av kompetensområdet. Denna kompetens kommer därmed framöver att kunna vara mer tillgänglig för konsultation vid patientärenden där en fördjupad kunskap inom äldrepsykiatri är nödvändig.

Uppföljning och läkemedelsgenomgångar

Genom att regelbundet följa upp och utvärdera behandlingar kan hälso- och sjukvården ta ställning till eventuella byten eller tillägg av behandlingar samt vid behov ompröva diagnoser. Detta ger bättre förutsättningar för att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle och att såväl över- som underbehandling undviks. Uppföljning och utvärdering kan även ge vinster i form av förbättrad effekt av såväl farmakologisk som icke-farmakologisk behandling, vilket ökar kvaliteten i vården [11].

Sedan den 1 september 2012 ska vårdgivare erbjuda vissa patienter läkemedelsgenomgångar. Nedan redogörs för vissa krav som gäller för läkemedelsgenomgångar. Patienter som är 75 år eller äldre, och som är ordinerade fem eller fler läkemedel, ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i sådan boendeform som omfattas av 18 § HSL. Det framgår av 3 a kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har anställda läkare eller läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund. Enligt 3 a kap. 4 § SOSFS 2000:1 ska vårdgivaren även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem, eller patienter som misstänks ha sådana problem, en enkel läkemedelsgenomgång.

Att göra regelbundna genomgångar av läkemedelsbehandlingar för äldre personer är viktigt med tanke på att de är känsligare för biverkningar. Denna känslighet innebär särskilda krav på kunskap om vilka läkemedel som man ska vara försiktig med att förskriva som behandlande läkare [10]. Äldre personer har ofta också flera olika läkemedel samtidigt.

Socialstyrelsen har tagit fram vägledningen Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel [12]. Vägledningen beskriver hur och när enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka personer ska genomföras för att kvalitetssäkra patienters läkemedelsbehandling.

Ett stöd för att undvika läkemedel med stora risker för äldre finns i Socialstyrelsens rapport Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [10].

Samverkan och samordning

En förutsättning för ett bra omhändertagande av äldre personer med psykisk ohälsa är att huvudmännen samverkar eftersom det behövs insatser från såväl primärvård som äldreomsorg och eventuellt också från specialistpsykiatri och socialpsykiatri. Som stöd för en tydlig arbetsfördelning mellan huvudmännen kan samverkansavtal skrivas.

Många äldre personer träffar bara läkare inom primärvården någon enstaka gång per år och då under en ganska kort stund per tillfälle. Distriktsköterskor och personal inom hemtjänst och särskilt boende kan däremot ha daglig kontakt med äldre med kognitiv svikt och har därigenom stora möjligheter att upptäcka om en äldre person har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Det är därför värdefullt om det finns kompetens hos både primärvården och socialtjänsten för att upptäcka tecken på psykisk ohälsa och ge lämpliga insatser, alternativt konsultera andra verksamheter för kompetens som man själv saknar. Men det ställer även krav på samverkan mellan till exempel primärvården och socialtjänstens äldreomsorg och socialpsykiatri. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom är det därutöver betydelsefullt att primärvården har tillgång till specialistpsykiatrins kompetens genom möjlighet till konsultation i enskilda ärenden [6]. Det kan också vara bra om det finns möjlighet till mer generell handledning i grupp kring äldre och psykisk ohälsa och att primärvården har tillgång till KBT-terapeuter med kunskap om att arbeta med äldre patienter.

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet för huvudmännen att tillsammans upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Skyldigheten finns både i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses.

Läs mer om samverkan och samordning i Socialstyrelsens vägledning om arbetet med äldres psykiska hälsa till verksamhetsansvariga inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst [13].

Värdegrund och bemötande

Hälso- och sjukvårdens värdegrund uttrycks i 2 § HSL:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Det är viktigt att vara medveten om att maktförhållandet är ojämlikt mellan den äldre personen och personalen inom hälso- och sjukvården. Den äldre personen står i ett beroendeförhållande till hälso- och sjukvården, som han eller hon vill få hjälp och stöd av. Ett professionellt bemötande ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati.

Personalen bör ge varje enskild person individuellt anpassad information, vilket innebär att den bör utformas så att den passar den enskilde individens förutsättningar. Om informationen inte kan lämnas till den äldre personen bör den i stället lämnas till en anhörig. Om den äldre personen uttryckt att informationen inte får lämnas till anhöriga ska vårdpersonalen respektera det [14].

Utöver att ge olika behandlingar kan vården även försöka stärka den äldres egen förmåga att motverka psykisk ohälsa. Vanliga delar av det arbetet är patientutbildningar och självhjälpgrupper för exempelvis sörjande äldre personer [15].

Forskning visar att anhöriga betyder mycket för personer med psykisk ohälsa. De anhöriga kan vara de enda betydelsefulla kontakterna som dessa personer har kvar utanför vård- och omsorgsorganisationen. Av bland annat den anledningen är det viktigt att personalen visar anhöriga ett bemötande som kännetecknas av öppenhet, respekt och vilja till samverkan [16, 17]. Patientutbildningar kan även ge anhöriga kunskap om den äldre personens sjukdom, behandlingar och rättigheter.

Vanliga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre

I detta kapitel presenteras en översikt över vanliga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre patienter som primärvården ofta möter i sitt dagliga arbete. Översikten är avsedd som en introduktion till några av de former av psykisk ohälsa som primärvården behöver vara uppmärksam på. Den är inte uttömmande.

Socialstyrelsen behandlar flera av de tillstånd som tas upp i detta kapitel i nationella riktlinjer för vården och omsorgen. I de nationella riktlinjerna finns även rekommendationer om behandlingar och metoder. Läs mer om detta i

- Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom
- Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [6, 18, 19].

Svenska Psykiatriska Föreningen har gett ut kliniska riktlinjer för utredning och behandling inom äldrepsykiatri [20]. Där behandlas de äldrepsykiatriska aspekterna på olika former av psykisk ohälsa mer ingående.

Åldrande och psykisk ohälsa

Flera faktorer kan, tillsammans eller var för sig, bidra till olika tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre. Det är därför viktigt att utgå från ett helhetsperspektiv på den äldre patientens situation i arbetet med att upptäcka symptom på psykisk ohälsa.

Psykosociala faktorer

Psykosociala faktorer är viktiga i förhållande till åldrandet. Det gäller både faktorer som funnits tidigare livet och faktorer som blir aktuella i högre ålder [21].

Många psykosociala faktorer har associerats med positivt åldrande. Sociala relationer, personlighetsfaktorer, självbild och religiositet påverkar upplevelsen av åldrandefasen [22]. Sjukdomar som depression bör vägas mot den livssituation som personen befinner sig i, även om en depressiv sjukdom också påverkar upplevelsen av livssituationen.

Åldrandet är en komplex utvecklingsfas i livet, där anpassning till olika förändringar är av betydelse för ett gott liv. För att kunna ge stöd behöver man förstå denna process [23]. Förmågan till anpassning minskar med reducerade kroppsliga och mentala funktioner. En bristande förmåga att anpassa

sig till omgivningens krav är en betydelsefull faktor bakom psykisk ohälsa hos äldre.

Inte minst medför åldrandet en rad sociala förändringar. Förvärvsarbetet har för vissa personer varit en viktig del av identiteten och att pensioneras kan därför leda till en negativ påverkan i livet. För andra skapar frihet från arbete nya positiva förutsättningar. Med fortsatt åldrande kommer en rad negativa förändringar: sjukdom, dödsfall bland anhöriga, funktionshinder och livsinskränkningar. Det sociala åldrandet åtföljs ofta av minskad aktivitet, såväl fysiskt som psykiskt.

Att bli änka eller änkling kan ha en kraftig påverkan på den psykiska hälsan. Män påverkas ofta mer än kvinnor, delvis på grund av skillnader i tillgång till sociala nätverk och den egna aktivitetsnivån [24].

Att vara anhängvårdare till en demenssjuk leder till en belastning som kan utlösa depression. Upp till 50 procent av de kvinnliga anhängvårdarna har rapporterats vara depressiva [25]. Upplevelser av ensamhet och frånvaron av sociala kontakter kan leda till allvarliga depressioner och utmattningsreaktioner.

Biologiska förändringar i hjärnan

Vid åldrandet drabbas hjärnan ofta av skador. Det kan handla om exempelvis vaskulära skador (infarkter och vitsubstansförändringar) eller Alzheimers sjukdom. Skador på hjärnan är associerade med kognitiv störning [26]. Om en skada drabbar ett område som har betydelse för tankeförmågan skapas en demensbild. En psykisk sjukdomsbild kan uppkomma om området har betydelse för psykiska funktioner.

Kognitiva störningar och demens associeras helt till hjärnskada. Depression hos äldre är förenad med degenerativa förändringar i hjärnan, framförallt i vänster frontallob [27]. Bipolär sjukdom är associerad med förändringar i hjärnan med oftast degenerativa förändringar i höger frontallob [28]. Psykotiska symtom hos äldre är också associerade med skador på hjärnan [29].

Somatisk sjukdom

Även somatiska sjukdomar, som är vanliga bland äldre, kan öka risken för olika former av psykisk ohälsa. Depression är vanligt vid kroniska sjukdomar, men även i efterförloppet av akuta tillstånd som hjärtinfarkt och cerebral infarkt eller blödning. Kroppslig sjukdom fördubblar överhuvudtaget risken för depression hos äldre [30–32]. Bland personer med Alzheimers sjukdom och/eller vaskulär demens har upp till 50 procent en samtidig depression [7, 31, 32]. Äldre löper också större risk att vid olika somatiska sjukdomar utveckla konfusion.

Läkemedelsbehandling

En rad läkemedel som äldre använder kan öka risken för depression. Läkemedel, bland annat kortison och antipsykosläkemedel, har rapporterats kunna ge upphov till depression [33–35]. Detta sker inte hos alla som behandlas och det kan vara svårt att säkert veta vilka som kommer att drabbas

av denna biverkan. Därför är det viktigt att begränsa läkemedelsanvändningen och regelmässigt sätta ut preparat som kan undvaras. Vid behandling av äldre patienter är det nödvändigt att regelbundet se över pågående läkemedelsbehandling för att särskilt bedöma och ompröva indikation, interaktion och biverkningar.

Trauman

Äldre människor utsätts för många händelser som kan vara traumatiska, inte minst vid en makes eller makas död. Sjukdomsbilden kan då likna posttraumatiskt stressyndrom. Också andra händelser, som sjukdom, olycksfall och egen funktionsnedsättning, kan skapa starka trauman [24]. En äldre person kan behöva hjälp med att bearbeta ett trauma för att undvika att fastna i negativa tankegångar.

Livsstilsfaktorer

Livsstilsfaktorer kan påverka den åldrande hjärnan. Minskad fysisk aktivitet med stigande ålder är sannolikt en viktig faktor bakom psykisk sjukdom, i första hand depressiva sjukdomar. Omvänt kan fysisk aktivitet under åldrandet leda till positiva effekter på kognitiva förmågor eftersom det finns en plasticitet i hjärnan även i hög ålder [36]. Även Alzheimers sjukdom påverkas gynnsamt av fysisk aktivitet [37].

Depressiv sjukdom

Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. Frekvensen av depression är cirka 15 procent i en population som är 65 år eller äldre. Med stigande ålder och framför allt vid samtidig demens kan nästan varannan person vara drabbad [39, 40].

Neurodegenerativa förändringar leder ofta till depression och till att kognitiva symtom och depression samvarierar. Framför allt är exekutiva funktionsnedsättningar vanliga. Det kan handla om minskad simultankapacitet, planeringssvårigheter och svårigheter att fungera under psykisk stress [41].

Psykogena faktorer är vanliga orsaker till depression. I samband med trauman, som att bli änka eller änkling, ökar risken, särskilt hos män. Förutom trauman är social isolering och understimulering riskfaktorer för depression.

Somatisk sjukdom av olika slag ökar risken för depression. Sambandet med kroppsliga sjukdomar är dubbelriktat, där också psykisk sjukdom förvärrar kroppslig sjukdom och ökar mortaliteten.

Som framgår ovan i avsnittet om läkemedelsbehandling kan många läkemedel ge upphov till depression.

Symtombild vid depression hos äldre

En depressiv sjukdom i hög ålder kommer ofta långsamt. Symtomen förvärras gradvis över lång tid och för den som drabbas eller de anhöriga kan det vara svårt att se förändringarna som en sjukdom.

Symtombilden hos äldre är i princip likartad med den hos yngre. Grunden är det sänkta stämningsläget, den negativa framtoningen där livsglädje saknas. Däremot kan äldre ha större förmåga att, vid enstaka tillfällen, ryckas med och uppfattas som positiva. Denna förmåga försvinner så snart stimulansen minskar. De depressiva symtomen kan yttra sig som att det som tidigare glädde personen inte längre gör det eller i en allmän hopplöshetskänsla.

Ångest är ett mycket vanligt symptom vid depression i hög ålder, liksom sömnproblem i form av svårigheter att somna och tidigt uppvaknande. Också kroppsliga symptom är vanliga vid depression hos äldre, och många som har en depression söker vård för rent kroppsliga symptom, även när det inte finns en somatisk sjukdom som motsvarar symtomen [42, 43]. Ibland förekommer en psykomotorisk hämning, som kan vara uttalad, hos äldre personer med depressiv sjukdom.

Livsleda är vanligt vid svår depression. Självmordsrisken är större hos äldre män än i någon annan grupp [44, 45]. Även hos kvinnor ökar självmordsrisken i hög ålder. Äldre personer med självmordstankar söker oftare läkare i primärvården för somatiska besvär medan yngre söker för psykisk sjukdom. Socialstyrelsen rekommenderar i nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom att strukturerade självmordsriskbedömningar bör genomföras när det finns misstanke om risk för självmord, till exempel vid en djup depression [6].

Psykotiska symptom är vanliga vid svår depression hos äldre. Det kan handla om depressiva vanföreställningar, men också om rent hallucinatoriska tillstånd som för tanken till vanföreställningssyndrom [69].

Ångestsyndrom

Ångest är ett vanligt symptom hos äldre personer. Oftast är symptomet en del av en komplex sjukdomsbild, men liksom hos unga kan man känna igen särskilda yttringar.

Generaliserat ångesttillstånd, fobier och tvångstillstånd

Generaliserat ångesttillstånd, fobier och tvångstillstånd är av samma typ hos äldre som hos yngre. Sjukdomen kan ha debuterat tidigt och fortsätta under åldrandet, men det finns också nydebuterad ångestsjukdom hos äldre.

Posttraumatiskt stressyndrom hos äldre

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte ovanligt hos äldre. Det är ett tillstånd som orsakas av stressreaktioner på svåra trauman. Minnen av traumat kommer fram i medvetandet på ett onormalt och okontrollerat sätt och skapar ångest. Dessa trauman har oftast drabbat personen tidigare i livet och då visat sig som en akut stressreaktion. Hos äldre kan generellt nedsatta funktioner leda till att tidigare trauman väcks till liv samtidigt som man kan drabbas av svåra händelser som att förlora sin livspartner [24].

Prevalensen av PTSD i Sverige har angetts till cirka 6 procent [46]. Många som flytt sina hemländer och sökt asyl i Sverige har utsatts för svåra trauman. Detta gör att diagnosen PTSD är mycket högre i denna grupp.

PTSD är förenat med svår ångest. Att tala om bakgrunden till tillståndet leder ofta till ökad ångest, och patienten undviker vanligen det.

Ångest som del av depressionssjukdom

Ångest och depression förekommer oftast samtidigt i hög ålder. Det finns en kontinuerlig övergång mellan rena depressiva tillstånd och rena ångesttillstånd. För effektiv hjälp behöver man ofta uppmärksamma båda dessa komponenter, vilket har betydelse för valet av såväl psykologisk behandlingsmetod som antidepressivt läkemedel. Ångest vid depression minskar vid behandling av den depressiva komponenten [47].

PTSD kan ge liknande symtom, men behandlingen är då annorlunda.

Vid svår depression och ångest är det en förutsättning att de depressiva symtomen hävs för att ångesten ska minska.

Ångest vid behandling med bensodiazepiner

Bensodiazepinbehandling innebär en tydlig risk för beroendutveckling och därmed ökad ångest, som enbart kan hejdas med ökande tablettintag. Resultatet blir en alltför hög dos och därmed allvarliga biverkningar, främst i form av påverkan på de kognitiva funktionerna samt muskelsvaghet och trötthet [6].

Stressreaktioner

Stressreaktioner hos äldre leder ofta till ångestliknande reaktioner. När en person inte mentalt kan hantera alla inkommande stimuli skapar det en plötslig oro. Sådana reaktioner förekommer exempelvis vid akuta sjukhusbesök. Grunden är en minskad simultankapacitet och en minskad mental flexibilitet. Vid uttalad stress kan oron övergå i ett konfusionellt tillstånd. Det är därför viktigt att försöka minska den yttre stressen kring den äldre patienten [7, 48].

Akatisi

En person med akatisi kan inte vara stilla med benen. Tillståndet är mycket plågsamt. Förutom den fysiska oron finns en uttalad psykisk oro som är svår att uttrycka och som kan leda till irritabilitet och aggressivitet. Orsaken till akatisi ligger ofta i behandling med antipsykotiska läkemedel, men tillståndet kan också uppstå till följd av hjärnskada [49].

Bipolär sjukdom hos äldre

Bipolär sjukdom är lika vanligt hos äldre som hos yngre. Om sjukdomen funnits tidigare i livet, så fortsätter den i hög ålder. Samtidigt är nydebuterad bipolär sjukdom inte ovanlig hos äldre [50]. Symtombilden kan vara manisk eller hypoman. Den kommer ofta snabbt, inom några få veckor.

Schizofreni

Schizofren sjukdom debuterar hos yngre, ofta i tonåren, och ger i många fall en funktionsnedsättning av kronisk karaktär [51]. En person med schizofreni behöver få en samordnad planering för behandling och psykosocialt stöd även i hög ålder. Det finns en risk för att personer som fyller 65 år förlorar en anpassad insats som boendestöd och i stället hänvisas till hemtjänst.

Personer över 65 år kan i sällsynta fall insjukna för första gången i en schizofreniliknande sjukdom. De diagnostiska kriterier som finns är inte anpassade till äldre, vilket leder till osäkerhet i bedömningen [52].

Kognitiv störning och demenssjukdom

Demens är en vanlig sjukdom. Varje år insjuknar cirka 22 000 personer i Sverige. Det totala antalet är cirka 150 000 drabbade i Sverige. Prevalensen varierar i olika undersökningar från 0,6 procent till 3,7 procent hos personer 65–69 år och drygt 50 procent hos personer som är 90 år eller äldre. Frekvensen ökar starkt med stigande ålder. Den förändrade åldersstrukturen i befolkningen medför därför en kontinuerlig ökning av antalet individer med demenssjukdom.

Att få en demensdiagnos

Ett besked om demenssjukdom är svårt att ta emot. Den drabbade har i de flesta fall haft en misstanke om att något är fel, men de flesta människor är ändå inte helt förberedda. Diagnosen förklarar de kognitiva oförmågorna som funnits, men ger en skrämmande vision om framtiden. Trots detta är det viktigt att ge en korrekt diagnos. Möjligheten att kunna leva ett gott liv med en demenssjukdom är beroende av om personen accepterar diagnosen och lär sig leva med sjukdomen. För att detta ska vara möjligt behövs såväl en god omvårdnad som medicinska åtgärder. En kontinuerlig stödkontakt är viktig för såväl patient som anhöriga [19].

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demenssjukdom och utgör cirka 60 procent av alla demenstillstånd. Alzheimers sjukdom anses inte vara en enda sjukdom utan en grupp av likartade sjukdomar, med variationer relaterade till ålder, uppkomstmekanismer och ärftliga faktorer. Upp till hälften av alla med Alzheimers sjukdom har depressiva symtom.

Grundsymtomet vid Alzheimers sjukdom är minnesproblem. Tidigt i sjukdomen är symtomen diffusa och smygande. Uppmärksamhetsstörning och koncentrationssvårigheter förekommer först i stressade situationer. Även orienteringssvårigheter förekommer, framför allt i pressade situationer.

Patienten har ofta tidigt i sjukdomsförloppet insikt i att de mentala funktionerna är förändrade och kan, med hjälp av olika strategier, till viss del kompensera sin kognitiva nedsättning. Den allmänna funktionsnivån påverkas dock alltmer och patienten klarar så småningom inte sitt dagliga liv utan hjälp [19].

Vaskulär demens

Vaskulär demens är den näst vanligaste demenssjukdomen som beror på att områden i hjärnan som har betydelse för intellektuella funktioner, blivit skadade på grund av bristande blodtillförsel. Vanliga orsaker är stroke, förträngningar i små blodkärl och långvarigt högt blodtryck.

Hur sjukdomen påverkar en person beror på vilka delar av hjärnan som skadas. Skador i pannloberna ger personlighetsförändringar, skador i hjässloberna försämrar förmågan att analysera, tolka och förstå. Om tinningloberna skadas försämras ofta minnet. Cirkulationsstörningar i djupa delar av hjärnan, under hjärnbarken och i den så kallade vita substansen runt hjärnans vätskefyllda hålrum, ger i första hand försämrat kognitivt tempo samt reducerad reaktionsförmåga, initiativförmåga och psykisk energi [19].

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens är en degenerativ demenssjukdom som drabbar hjärnas främre del. Förändringar av personligheten, bristande omdöme eller nedsatt språklig förmåga är tidiga tecken, medan exempelvis minnet ofta fungerar bra i början av sjukdomen [19].

Beteendesymtom vid demens (BPSD)

Personer med demens kan, särskilt i sjukdomens slutfas, ha beteenden som är starkt störande för omgivningen. Sådana icke kognitiva symptom sammanfattas i begreppet beteendesymtom vid demens (BPSD) [53]. De flesta som har demens kommer någon gång under sjukdomen att uppvisa BPSD i form av psykos, hyperaktivitet, aggressivitet och sömnstörning. Beteendet kan orsakas av svårigheter att förstå och tolka omgivningen på ett adekvat sätt med negativa reaktioner som följd. En god omvårdnad, med en emotionellt god kontakt, kan minska beteendesymtomen [19].

Konfusion

Konfusion, det vill säga förvirringssymtom, är ett tillstånd som innebär att hjärnans funktion desorganiseras. Tillståndet kan drabba människor under hela livet, men är vanligast hos äldre personer, särskilt bland dem som vårdas på sjukhus.

Orsakerna till konfusion kan vara fysiska, psykiska, metabola, läkemedelsrelaterade eller en blandning av dessa. Vid konfusion är det därför viktigt att undersöka förekomsten av eventuell bakomliggande kroppslig sjukdom. Olika sorters stress och belastning ökar risken för konfusion, och det är då den subjektiva upplevelsen som är den utlösande faktorn. En stor mängd stimuli och sömnbrist kan också påverka risken, liksom brist på mänsklig kontakt [54].

Olika psykiska symtom kan förekomma vid konfusion, exempelvis hallucinationer och vanföreställningar. Många symtom vid konfusion liknar de vid demenssjukdom. Demens ökar också risken för konfusion, vilket leder till att de båda tillstånden ofta förekommer tillsammans. Symtombilden vid konfusion varierar typiskt under dygnet. Vanligen har personen sina klaraste

stunder på morgonen, medan symtomen förvärras under eftermiddag och kväll. Bilden växlar också från dag till dag.

Om patienten är motoriskt orolig är det viktigt att försäkra sig om att han eller hon inte kan skada sig själv. Patienten har ofta hallucinationer som kan skapa rädsla och kan känna sig ensam med dessa märkliga upplevelser. Personalen behöver därför ta sig tid att lyssna, fråga och försöka förstå. Det är viktigt att personalen inger lugn och trygghet, utgår från den enskilde patientens upplevelser och inte lämnar denne ensam. Att ha rummet upplyst nattetid kan minska nattliga illusioner och hallucinationer [7].

Samsjuklighet

Somatisk sjukdom i relation till psykisk sjukdom

Psykisk ohälsa har en mycket stor betydelse också för utgången av en somatisk sjukdom. Den helhetssyn som är en förutsättning för en adekvat behandling av en äldre person med flera samtidigt sjukdomar fordrar därför att också förekomsten av psykisk sjukdom beaktas vid somatisk sjukdom.

I första hand är det depressiva symtom som förekommer tillsammans med somatisk sjukdom, men även konfusion är vanligt. Prevalensen depression fördubblas vid samtidig somatisk sjukdom [30]. Vid flera somatiska tillstånd finns det en ökad dödlighet när patienten också har psykisk sjukdom [55]. Samtidigt talar aktuella kunskapsunderlag starkt för att behandling av en depression kan minska överdödligheten i olika somatiska sjukdomar [56, 57].

Den svårare sjukdomsbild som uppkommer vid samsjuklighet mellan somatisk och psykisk sjukdom förekommer framför allt hos multisjuka äldre [58]. Med hänsyn till hur vanligt det är med depression hos äldre behöver tecken på denna sjukdom kartläggas hos multisjuka äldre. Det är också viktigt att bedöma kognitiva funktioner och konfusion. Vid tecken till depression eller konfusion ska en adekvat behandling inledas.

Kognitiv störning vid psykisk sjukdom

Kognitiv störning är vanlig vid psykisk sjukdom hos äldre. Varje allvarlig psykisk sjukdom – depression, bipolär sjukdom eller psykos – leder till stressreaktioner i hjärnan, som påverkar den kognitiva förmågan. Dessa reaktioner ses också i yngre åldrar, till exempel vid svårt utmattningssyndrom, men även vid djupa långvariga depressiva tillstånd eller vid recidiverande bipolär sjukdom kan kognitiv funktionsnedsättning vara uttalad. Sådana skador kan ligga bakom att depressionstillstånd i yngre år fördubblar risken för Alzheimers sjukdom [59].

Symtom vid stresspåverkan på hjärnan är framför allt minnesproblem och exekutiva störningar [60].

Kognitiv påverkan av långvarig psykisk sjukdom

Långvarig psykisk sjukdom eller stress leder till kognitiv påverkan. Detta är en vanlig orsak till minnesproblem. Hos äldre är marginalerna mindre än hos yngre, vilket kan leda till större påverkan [61]. Förändringarna läggs till

den normala påverkan av åldrandet. De viktigaste symtomen är svårigheter att komma ihåg i det omedelbara minnet (arbetsminnet) och minskade exekutiva funktioner [62].

Missbruk hos äldre

Missbruk har haft en tendens att minska i samband med åldrandet. Denna utveckling tycks ha förändrats i samband med nya levnadsvanor. Andelen äldre personer i Sverige som dricker mycket alkohol och riskerar att utveckla ett beroende ökar. Allt fler äldre riskerar att bli alkoholberoende. Detta gäller främst kvinnor. Andelen patienter i åldern 60–79 år, som vårdats med en diagnos som kan relateras till hög alkoholkonsumtion, har ökat kraftigt under perioden 2000–2010. Ökningen uppgår till 45 procent för både män och kvinnor. Dessutom dör allt fler äldre av sjukdomar som kan relateras till alkohol [63].

Det finns ett samband mellan alkoholintag och psykisk sjuklighet hos äldre. Det ses framförallt i samband med depression och ångest [64]. Sambandet är sannolikt dubbelriktat. Vid alkoholöverkonsumtion finns svårigheter med såväl diagnostik som behandling av psykisk sjukdom. Det är som regel svårt att få patienten att ge en trovärdig bild av sin alkoholkonsumtion om han eller hon är missbrukare. Fortsatt överkonsumtion/missbruk förhindrar att behandling av psykiska sjukdomssymtom leder till önskad effekt.

Behandling av alkoholmissbruk är inriktad på yngre. Äldre kan behöva en annan behandling. Det finns avsevärda skamkänslor som gör det svårt att diskutera alkoholintaget och risken är därför stor att överkonsumtion av alkohol inte kommer fram i psykiatrisk diagnostik av äldre. För att behandla en psykisk sjukdom måste en eventuell överkonsumtion minskas och behandlingsåtgärderna ska då inriktas på båda dessa aspekter [6].

Självmod och äldre

Äldre har en ökad risk för självmord [45]. Detta gäller framför allt bland dem som är över 80 år. Den faktor som framförallt ökar självmordsrisken hos äldre är depression [45, 65]. Alkoholmissbruk, ångest och psykosjukdomar liksom tidigare självmordsförsök och ett tunt socialt nätverk är också riskfaktorer för självmord.

Vid depressiv sjukdom bör risken för självmord alltid beaktas. Riskfaktorer behöver identifieras, och behandling som kan minska risken för självmord behöver ges. Det är viktigt att förmedla att det finns goda möjligheter att bli frisk och att ge ett gott stöd [66]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångesttillstånd finns rekommendationer om åtgärder vid självmordsnära tillstånd och självmord bland unga, vuxna och äldre [6].

Utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre

I detta kapitel ges en översikt över några viktiga utgångspunkter för utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre. Översikten är inte uttömmande. Läs mer om utredning och diagnostik vid olika former av psykisk ohälsa hos äldre i

- Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom
- Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom [6, 18, 19].

Mer information om arbetet med utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre finns också i Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för utredning och behandling [20].

Helhetsperspektiv

Vid diagnostik av psykisk sjukdom hos äldre behövs ett helhetsperspektiv. En rad olika faktorer kan påverka, till exempel biologiska förändringar i hjärnan, psykogena faktorer, somatisk sjukdom, psykosociala faktorer och bieffekter av läkemedelsbehandling. Patientens kronologiska ålder kan också skilja sig avsevärt från den biologiska, inte minst hos personer med demenssjukdom.

Det är därför viktigt att kartlägga både psykiatrisk symtombild, kognitiv funktionsnivå, eventuell samtidig somatisk sjukdom och social situation. Diagnostiken sker ofta med enkla screeningfrågor som kompletteras med fördjupningar när misstanke om en avvikelse finns.

En del i arbetet är att tala med såväl patient som anhöriga. Patient och anhöriga ser ofta olika delar av en sjukdomsbild, vilket har betydelse vid diagnostik av psykiska och kognitiva sjukdomar.

Diagnostik av äldres depression

En depressionsdiagnos är rent klinisk och ställs på den typiska sjukdomsbilden. Det finns ännu inga etablerade kriterier för depression hos äldre. Många gånger är det svårt att skilja mellan normala svängningar i stämningläge och en depression. Det är viktigt att ställa diagnosen efter den kliniska bild som finns istället för att tolka denna bild som en normal reaktion på livssituationen.

Skattningsskalor är viktiga hjälpmedel. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) eller Geriatric Depression Scale (GDS) är enkla och robusta skalor. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) kan

användas [67]. Egentlig depression är mindre vanlig än ”minor depression”. Denna diagnos innebär att minst två men mindre än fem av symtomen i DSM-IV finns.

Utredning av kognitiva störningar

Grunden i en utredning av demens eller annan kognitiv störning är en noggrann anamnes. För den äldre patienten kan det vara en trygghet om en anhörig är med under samtalet eftersom två personer har lättare att minnas än en. Viktiga frågor är:

- När började symtomen?
- Hur har symtomen utvecklats?
- I vilka sammanhang och på vilka sätt har den kognitiva störningen märkts?

Testning av kognitiv förmåga är viktigt. Mini Mental Test och klocktest görs i en basal utredning. Dessa test är skapade för att hitta Alzheimers sjukdom och fungerar väl för denna diagnos när sjukdomsbilden är relativt uttalad.

För att fånga tidiga skeden av demens kan en noggrann utfrågning ge god vägledning. En neuropsykologisk testning kan behövas för att säkert klarlägga små förändringar.

En basal utredning innehåller ofta också en datortomografiundersökning av hjärnan och sedvanliga laboratorieprover kompletterade med test av brist på B12, folsyra samt thyroideafunktion.

Vid tveksamma resultat är det viktigt med uppföljning och bedömning av om patienten behöver remitteras till specialistenhet för fördjupad undersökning [19].

Diagnostik vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

Nyckeln till diagnostik vid BPSD innebär att förstå orsaken till symtomen. Detta innebär att bedöma såväl miljön kring en person med demens som hur personen förhåller sig till omgivningen. Bemötandefaktorer, stressande faktorer och fysisk miljö är viktiga miljöfaktorer att förstå [68]. Grunden för framgångsrik behandling är att i första hand minska utlösande faktorer i den yttre miljön. Endast om det är uppenbart att problemen har sitt ursprung i den organiska demenssjukdomen är medicinska behandlingsåtgärder viktiga.

Diagnostik av konfusion

En konfusion innebär alltid en sänkning av kognitiva förmågor och tillkomst av vissa psykiska symtom. Denna kliniska bild kan också förekomma vid demenssjukdom. För att känna igen konfusionstillståndet kan man iakttä

kontaktförmågan, som är nedsatt vid konfusion, eller växlingar i kognitiv förmåga under samtalet.

Sjukdomsförloppet vid konfusion är typiskt och tillsammans med de symptom som finns vid konfusion ger det en säker diagnos. Den ofta akuta debuten, den växlande intensiteten hos symptomen, med växlingar under och mellan dygn är det man beaktar. Förekomst av utlösande faktorer stöder diagnosen akut konfusion.

En viktig aspekt på diagnostik vid konfusion är att finna bakomliggande och utlösande faktorer. Eftersom en behandling inriktas på att påverka dessa, är det nödvändigt att så långt möjligt få en klar bild av bakomliggande orsaker. Ofta är det flera olika bakomliggande faktorer som samverkar till den kliniska bilden. Ju mer specifikt man kan finna dessa, desto bättre behandling kan insättas. Förståelsen av helhetsbilden är också viktig för det framtida omhändertagandet [7].

Referenser

1. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Psykisk ohälsa hos äldre. En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen. Socialstyrelsen; 2011.
3. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning; 2006. Rapport 2006:5.
4. Socialstyrelsens Termbank. Hämtad 2013-09-05 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
5. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
6. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2010.
7. Rundgren Å, Larsson M. Geriatriska sjukdomar. Studentlitteratur; 2010.
8. Wiktorsson S, Runeson B, et al. "Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group." *Am J Geriatr Psychiatry* 18(1): 57–67; 2010
9. Självmord och självmordsförsök Kunskapsguiden, Socialstyrelsen. Hämtad 2013-09-08 från <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Sjalvmord/Sidor/default.aspx>
10. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
11. Läkemedel augusti 2012. Socialstyrelsen; 2012. Patientsäkerhet 2012:9.
12. Vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka. Socialstyrelsen; 2013.
13. Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa. Vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård. Socialstyrelsen; 2013.
14. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2012.
15. Grimsby A. Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsöversikt och rekommendationer. Sveriges Pensionärsförbund (SPF); 2002.
16. Rolfner Suvanto S. Mellan äldreomsorg och psykiatri: om bemötande av äldre med psykisk ohälsa. Stockholm; 2012.
17. Ewertzon, M. Familjemedlem till person med psykossjukdom – bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro: Örebro universitet; 2012.

18. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen; 2011.
19. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2010.
20. Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Sparring Björkstén K (red). Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning; 2013. Svensk Psykiatri 11.
21. Kremen WS, et al. Mechanisms of age-related cognitive change and targets for intervention: social interactions and stress. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 67(7):760–5.
22. Larzelere MM, Campbell J and Adu-Sarkodie NY. Psychosocial factors in aging. *Clin Geriatr Med* 27(4):645–60.
23. Nystrom A, Andersson-Segesten K. Peace of mind as an important aspect of old people's health. *Scand J Caring Sci* 1990; 4(2):55–62.
24. Onrust SA, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2006; 10(4):327–34.
25. Livingston G, Katona C. Depression in carers of elderly people living at home [letter; comment]. *Bmj*. 1996; 313(7053):364.
26. Keller JN. Age-related neuropathology, cognitive decline, and Alzheimer's disease. *Ageing Res Rev* 2006; 5(1):1–13.
27. Beyer JL. Volumetric brain imaging studies in the elderly with mood disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8(1):18–24.
28. Huang SH, et al. Volumetric reduction in various cortical regions of elderly patients with early-onset and late-onset mania. *Int Psychogeriatr* 23(1):149–54.
29. Brown FW. The neurobiology of late-life psychosis. *Crit Rev Neurobiol* 1993; 7(3–4):275–89.
30. Redwine LS, et al. Cardiac-related hospitalization and/or death associated with immune dysregulation and symptoms of depression in heart failure patients. *Psychosom Med* 2007; 69(1):23–9.
31. Evans DL, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3):175–89.
32. Weyerer S, et al. Prevalence and risk factors for depression in nondemented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective disorders* 2008; 111 (2–3):153–63.
33. Ananth J, Ghadirian AM. Drug-induced mood disorders. *Int Pharmacopsychiatry* 1980; 15(1):59–73.
34. Johnell K, Fastbom J. The association between use of cardiovascular drugs and antidepressants: a nationwide register-based study. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64(11):1119–24.
35. Krakowski M, Czobor P, Volavka J. Effect of neuroleptic treatment on depressive symptom in acute schizophrenic episodes. *Psychiatry Res* 1997; 71(1):19–26.
36. Lovden M, Xu W, Wang HX. Lifestyle change and the prevention of cognitive decline and dementia: what is the evidence? *Curr Opin Psychiatry* 26(3):239–43.
37. Larson EB, et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 2006; 144(2):73–81.

38. Elsayy B, Higgins KE. Physical activity guidelines for older adults. *Am Fam Physician* 81(1):55–9.
39. Lyketsos CG, et al. Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9(4):556–61.
40. Ballard C, et al. The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *J Affect Disord* 1996; (3–4): 135–44.
41. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. *Am J Psychiatry*; 2002; 159(7): 1119–26.
42. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:363–89.
43. Frojdh K, Hakansson A, Janson S. Are there any clinical characteristics of depression in elderly people that could be useful for case finding in general practice? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21(4):214–8.
44. Lawrence D, et al. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med* 2000; 30(4):813–21.
45. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 2003; 49(5):328–34.
46. Rimmö FÖ, Åberg P-AL, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:291–99.
47. von Knorring L, Hedin K, von Knorring A-L. Ångest och oro. I *Läkemedelsboken: Läkemedelsverket*; 2011.
48. Kragh A. Akut konfusion och sjukvården. *Svensk Rehabilitering*, 2002; 2;34–36.
49. Wetzels RB, et al. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *Am J Geriatr Psychiatry* 18(12): 1054–65.
50. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord* 2004; 6(5):343–67.
51. Shah JN, et al. Is there evidence for late cognitive decline in chronic schizophrenia? *Psychiatr Q* 83(2): 127–44.
52. Howard R, et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000; 157(2):172–8.
53. Ornstein K, Gaugler JE. The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *Int Psychogeriatr* 24(10): 1536–52.
54. Khalifezadeh A, et al. Reviewing the effect of nursing interventions on delirious patients admitted to intensive care unit of neurosurgery ward in Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 16(1):106–12.

55. DeCrane SK, Culp K.R. and Wakefield B. Twelve-month mortality among delirium subtypes. *Clin Nurs Res* 20(4):404–21.
56. Gallo JJ, et al. The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007; 146 (10):689–98.
57. Bogner HR, et al. Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care*, 2007; 30(12):3005–10.
58. Iacovides A, Siamouli M, Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(4):417–21.
59. Ownby RL, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (5):530–8.
60. Ploughman M. Exercise is brain food: the effects of physical activity on cognitive function. *Dev Neurorehabil* 2008; 11(3):236–40.
61. Murphy CF, et al. White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression. *Biol Psychiatry* 2007; 61(8):1007–10.
62. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Lepow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective disorders* 2005; 89(1–3):125–35.
63. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012: Socialstyrelsen; 2012.
64. Barrick C, Connors GJ. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs Aging* 2002; 19(8):583–94.
65. Preville M, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Can J Psychiatry* 2008; 53(12): 822–32.
66. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365(9475):1961–70.
67. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012. SBU-rapport 212.
68. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2008; 8(4):1–98.
69. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport.

Bilaga 1. Experter och referensgrupp

Experter

Ingvar Karlsson, docent och överläkare i äldrepsykiatri

Frida Nobel, utredare och sakkunnig (geriatrik), Socialstyrelsen

Mårten Gerle, utredare och sakkunnig (psykiatri), Socialstyrelsen

Referensgrupp

Anita Hansson, Sveriges Psykologförbund Sveriges och Geropsykologers förening

Eva Toft, Föreningen Sveriges Socialchefer

Ingvar Karlsson, Svensk Förening för Äldrepsykiatri

Ann Georgsson, Kommunal

Camilla Sköld, Akademikerförbundet SSR

Stefan Lundberg, Vårdförbundet

Elina Berg, Sveriges Kommuner och Landsting

Sonja Modin, Svensk Förening för Allmänmedicin

Rakel Lundgren, Schizofreniförbundet och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Monica Bäckman och Gunvor Pettersson, Svenska KommunalPensionärs Förbund (SKPF)

Jan Olof Forsén, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

Eva Sahlin, Sveriges Pensionärsförbund (SPF)

Synpunkter har även lämnats av Susanne Rolfner-Suvanto, fil. mag. i vårdpedagogik.

Nätverket för psykiatriteam med inriktning mot äldre har haft möjlighet att lämna synpunkter.