

Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd

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

Artikelnr 2012-2-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012

Förord

En prioriterad fråga för Socialstyrelsen är att vården av de sjuka äldre inte blir eftersatt. Ett viktigt område är de äldres psykiska hälsa och hur behovet av psykiatrisk vård tillgodoses bland de äldre. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen kartlagt hur situationen för psykiskt sjuka äldre ser ut i dag. Rapporten beskriver bland annat de äldres psykiatriska problematik och deras tillgång till psykiatrisk vård och behandling. Våra resultat pekar på behovet av centrala åtgärder inom landstingen för att psykiskt sjuka äldre ska kunna garanteras en god psykiatrisk vård.

Rapporten har tagits fram av Peter Salmi (projektledare) i samarbete med Gudrun Jonasdottir-Bergman. Gert Alaby (äldresamordnare), Niklas Bjurström, Mårten Gerle (medicinsk sakkunnig), Maja Stenberg och Eva Wallin har bidragit med värdefulla synpunkter. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Stegmayr.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
Psykisk sjukdom är vanlig bland äldre	8
Studiens syfte och tillvägagångssätt	8
<i>Resultat</i>	10
Få äldre med psykisk sjukdom vårdas inom den specialiserade psykiatrin	10
Utbredd användning av psykofarmaka	11
Förhöjd självmordsrisk	12
Patientbesök inom vuxenpsykiatrisk öppenvård	13
<i>Diskussion</i>	16
Slutsatser	17
<i>Referenser</i>	19
<i>Bilaga 1. Metodbeskrivning</i>	20

Sammanfattning

Socialstyrelsen har hämtat uppgifter från myndighetens olika nationella register för att analysera hur situationen ser ut i dag för personer 65 år och äldre med psykiatrisk problematik. Psykiskt sjuka äldre fick inte tillgång till specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård i samma utsträckning som yngre och riskerade därför att underbehandlas inom vården. Användningen av psykofarmaka var dock utbredd bland äldre och förde med sig att det inom gruppen äldre är relativt vanligt med olämplig läkemedelsbehandling. Det gäller exempelvis användningen av ångestdämpande läkemedel och sömnmedel. Trots denna överföreskrivning av psykofarmaka var det dock relativt vanligt att äldre underbehandlades med psykofarmaka. Jämfört med yngre, behandlades äldre med depression eller psykos som begick självmord i lägre utsträckning med antidepressiva och antipsykotika före självmordet. Äldre, särskilt män 85 år och äldre, hade också en förhöjd risk för självmord jämfört med yngre. Trots att ångest och depression var vanligt förekommande bland äldre var psykologisk samtalsbehandling med exempelvis kognitiv beteendeterapi i det närmaste obefintlig bland äldre.

Socialstyrelsen konstaterar att resultaten stödjer uppfattningen att psykiskt sjuka äldre missgynnas och inte får tillgång till en evidensbaserad och adekvat psykiatrisk vård i samma utsträckning som yngre. Inom specialistpsykiatri måste kunskapen om äldrepsykiatri öka. Specialistpsykiatri behöver också fungera som kunskapsförmedlare gentemot primärvården och de specialiserade somatiska klinikerna. På så sätt kan en kunskapsbaserad psykiatri nå också de äldre vad gäller allt ifrån tidig upptäckt av psykisk sjukdom till heldygnsvård. Som situationen ser ut i dag riskerar psykiskt sjuka äldre att vara underdiagnostiserade och obehandlade med onödigt lidande som följd.

Inledning

Psykisk sjukdom är vanlig bland äldre

Förekomst av psykisk ohälsa och sjukdom bland äldre är minst lika vanlig som bland yngre personer. Socialstyrelsen uppskattar att 12–15 procent av befolkningen över 65 år har depression [1]. Motsvarande siffra för hela befolkningen är 4–10 procent. Även ångestsjukdomar är vanliga med en förekomst av 5–10 procent bland äldre, och förekommer ofta tillsammans med depression [2]. Psykossjukdomar debuterar ofta i unga år men kan utgöra en bestående funktionsnedsättning under ålderdomen, samtidigt som också äldre kan insjukna i psykos för första gången i livet. En prevalens av psykossjukdomar på upp till 3–4 procent bland äldre har rapporterats [1].

Trots hög förekomst av psykisk sjukdom bland äldre visar studier av både hälso- och sjukvård och äldreomsorg att gruppen inte får den vård och omsorg den behöver [3–7]. Ett grundläggande skäl till detta är att varken sjukvården eller socialtjänsten har verksamhet som specialiserat sig på psykiskt sjuka äldre och deras behov. Psykisk sjukdom hos äldre ställer ofta andra krav på psykiatrisk diagnostik. Vid till exempel depression har äldre ofta en annan symtombild än yngre med inslag av kroppsliga symtom. Som situationen ser ut nu återfinns äldre med psykiatrisk problematik framförallt inom primärvården och äldreomsorgen utan att gruppen får tillgång till specialistpsykiatri. Risken ökar därmed att psykisk sjukdom inte behandlas och skapar onödigt lidande bland äldre.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att närmare kartlägga äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Uppdraget är ett av flera inkomna till Socialstyrelsen vilka rör regeringens generella satsning på insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Socialstyrelsen har genomfört analyser för att närmare belysa hur situationen ser ut i dag för de psykiskt sjuka äldre. Även om åldrandet i sig medför nya påfrestningar i livet, med risk för såväl psykisk som kroppslig sjukdom, anser myndigheten att allvarlig psykisk sjukdom inte ska uppfattas som en del av ett normalt åldrande. Därför får inte heller äldres behov av psykiatrisk vård försummas utan lika vård ska garanteras de äldre precis som övriga.

Studiens syfte och tillvägagångssätt

För att analysera psykiatrisk problematik och vård bland äldre har Socialstyrelsen hämtat uppgifter för år 2009 och 2010 från nationella hälsodatabaser och dödsorsaksregistret. År 2009 genomförde myndigheten också en inventering av patientbesök inom den vuxenpsykiatriska öppenvården i landet. Inventeringen genomfördes i form av en enkät. I rapporten redovisas även resultat med fokus på de äldre från denna enkät.

Övergripande frågor för studien har varit om äldre får tillgång till specialiserad psykiatrisk vård och evidensbaserad behandling, och om vården i så fall är adekvat. I rapporten beskrivs bland annat andelen äldre inom psykiatrisk vård, äldres läkemedelsanvändning, deras tillgång till psykolog och förekomst av självmord bland äldre. I en bilaga till rapporten finns en närmare beskrivning av datakällor och hur studien genomfördes.

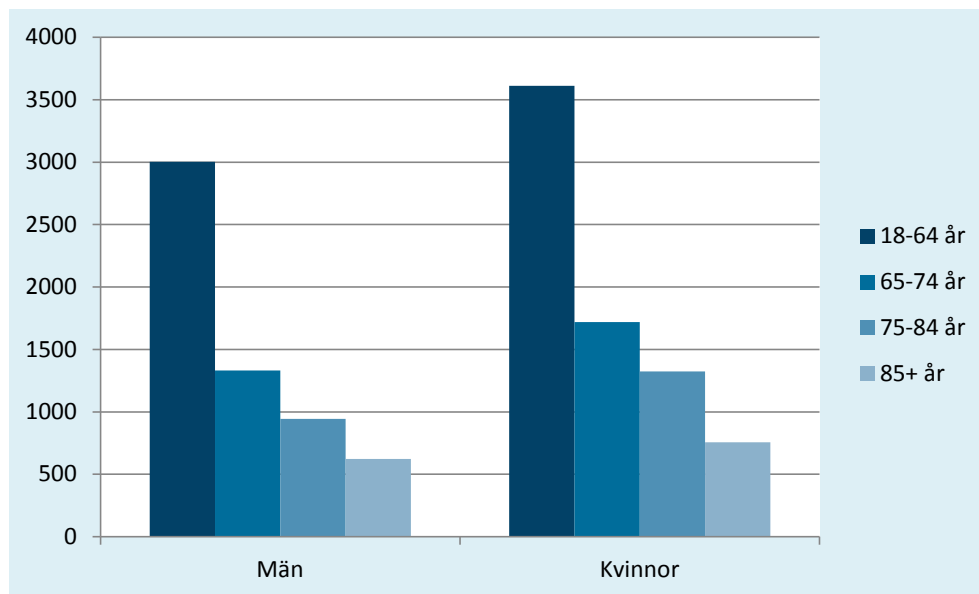
Resultat

Få äldre med psykisk sjukdom vårdas inom den specialiserade psykiatrin

Andelen personer som under 2010 vårdades för en psykisk sjukdom inom den specialiserade öppen- eller slutenvården var lägst bland dem som var 65 år och äldre. Figur 1 (öppenvård) och figur 2 (slutenvård) visar antalet personer med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare inom olika åldersgrupper i befolkningen. Det sker en gradvis minskning av andelen som vårdats för psykisk sjukdom i takt med en ökande ålder. När exempelvis personer 85 år och äldre vårdades för psykisk sjukdom, skedde det i knappt hälften av fallen vid en psykiatrisk klinik. För den yngre befolkningen vårdades den stora majoriteten, cirka 90 procent, vid en psykiatrisk klinik (data visas inte). Äldre personer vårdades också för psykiatriska diagnoser vid exempelvis internmedicinsk, kirurgisk och geriatrisk klink.

Figur 1. Antal personer med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare inom den specialiserade öppenvården inom respektive åldersgrupp år 2010.

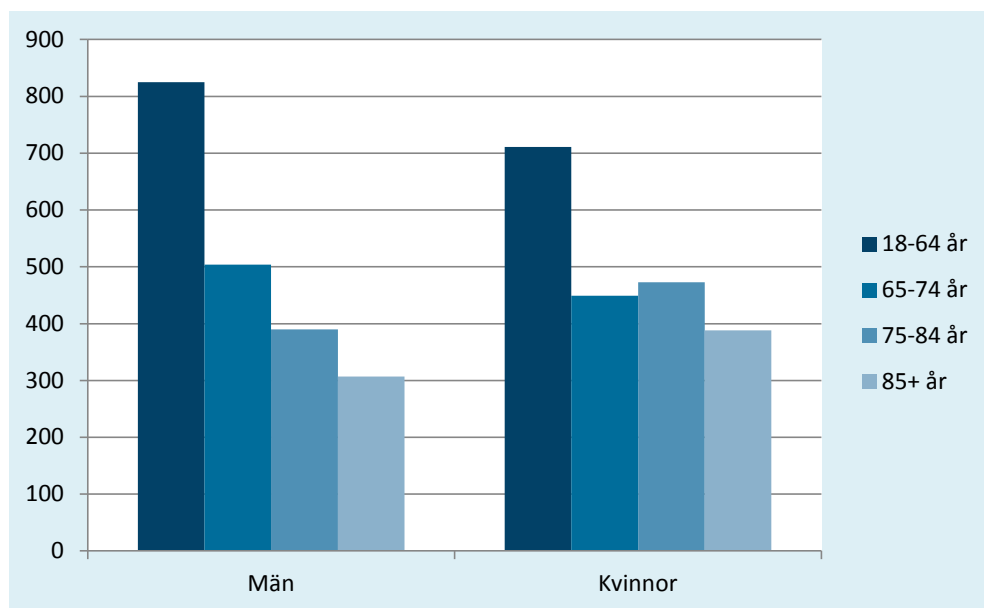
Antal per 100 000 invånare



Datakälla: Patientregistret, öppenvård, 2010, Socialstyrelsen.

Figur 2. Antal personer med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare inom slutenvård inom respektive åldersgrupp år 2010.

Antal per 100 000 invånare



Datakälla: Patientregistret, slutenvård, 2010, Socialstyrelsen.

Utbredd användning av psykofarmaka

Äldre personer i befolkningen använde regelbundet psykofarmaka i betydligt högre utsträckning än yngre. Tabell 1 visar andelen personer i respektive åldersgrupp som hämtade ut läkemedel minst tre gånger inom en av läkemedelsgrupperna antipsykotika, antidepressiva, ångestdämpande eller sömnmedel under 2010. Beroende på läkemedelsgrupp var det 4–10 gånger vanligare i den äldsta åldersgruppen att regelbundet använda psykofarmaka.

Tabell 1. Andel (%) i respektive åldersgrupp som under 2010 hämtat ut psykofarmaka minst tre gånger inom en läkemedelsgrupp.

	Antipsykotika	Antidepressiva	Ångestdämpande	Sömnmedel
Män (år)				
18–64	1.0	3.8	1.6	2.3
65–74	1.1	5.3	3.1	6.3
75–84	2.0	9.2	5.4	12.0
85+	3.9	15.9	10.1	22.2
Kvinnor (år)				
18–64	1.0	7.3	2.4	3.9
65–74	1.5	10.1	5.5	11.2
75–84	2.6	15.1	9.3	19.1
85+	5.6	25.6	16.9	30.7

Datakälla: Läkemedelsregistret, 2010, Socialstyrelsen.

Äldre personer kombinerade också oftare olika psykofarmaka ur läkemedelsgrupperna ovan (tabell 2). Det var cirka fem gånger vanligare för män och kvinnor i den äldsta åldersgruppen att hämta ut tre olika psykofarmaka jämfört med yngre 18-64 år. Bland kvinnor 85 år och äldre var det nästan 10 procent som hämtade ut tre olika psykofarmaka.

Tabell 2. Andel (%) i respektive åldersgrupp som under 2010 hämtat ut upp till fyra olika psykofarmaka.

	Antal psykofarmaka			
	1	2	3	4
Män (år)				
18–64	6.4	2.5	1.0	0.2
65–74	12.6	4.2	1.5	0.2
75–84	20.0	7.4	2.7	0.5
85+	30.7	13.3	5.2	0.9
Kvinnor (år)				
18–64	10.7	4.3	1.8	0.3
65–74	19.8	7.9	3.0	0.4
75–84	27.5	12.2	4.9	0.7
85+	35.8	19.4	8.5	1.5

Datakälla: Läkemedelsregistret, 2010, Socialstyrelsen.

Förhöjd självmordsrisk

Män 85 år och äldre hade en ökad risk att begå självmord. Också kvinnor 65–74 år hade en förhöjd risk att begå självmord. Som framgår av tabell 3 var risken för självmord hos männen 1.64 gånger högre jämfört med män 18–64 år

Tabell 3. Relativa risker för självmord i respektive åldersgrupp år 2010.

	Relativa risker	Antal
Män		
Referensgrupp 18–64 år	1	748
65–74 år	1.06 (0.88–1.29)	125
75–84 år	1.16 (0.90–1.48)	70
85+ år	1.64 (1.17–2.30)	35
Kvinnor		
Referensgrupp 18–64 år	1	280
65–74 år	1.36 (1.03–1.78)	64
75–84 år	0.97 (0.67–1.42)	30
85+ år	0.79 (0.45–1.37)	13

Datakälla: Dödsorsaksregistret, 2010, Socialstyrelsen.

Jämfört med yngre hade äldre i betydligt lägre utsträckning vårdats för psykisk sjukdom året före ett självmord än yngre (tabell 4). Bland äldre hade cirka 15 procent i snitt vårdats för psykisk sjukdom medan vårdtillfällena hos de yngre uppgick till cirka 40–50 procent. När det gäller somatiska

vårdtillfällen inom specialiserad öppen- eller slutenvård var dessa fler hos personer som begick självmord än de som inte begick detta, oavsett åldersgrupp (data visas inte).

Tabell 4. Andel (%) i respektive åldersgrupp som haft ett vårdtillfälle för psykisk sjukdom året före självmordet.

	18–64 år	65–74 år	75–84 år	85+ år
Män	34.6	19.2	8.6	14.3
Kvinnor	47.5	29.7	16.7	0.0

Datakälla: Patientregistret, öppen- och slutenvård, 2009, Socialstyrelsen.

Av dem som vårdats före självmord, föranleddes vårdtillfället bland äldre män i huvudsak av depressioner medan äldre kvinnor också vårdades för psykosjukdomar såsom vanföreställningssyndrom (data visas inte). I motsats till resultaten ovan om läkemedel, tenderade läkemedelsanvändningen att vara lägre bland äldre sex månader före självmordet än för yngre (tabell 5). Hos de allra äldsta hade 74 procent av männen och drygt 60 procent av kvinnorna inte hämtat ut något läkemedel, att jämföra med 61 och 40 procent bland yngre män respektive kvinnor. Bland äldre kvinnor med förekomst av psykosjukdom hade mycket få hämtat ut ett antipsykotiskt läkemedel sex månader före självmord.

Tabell 5. Andel (%) personer i respektive åldersgrupp som inte hämtat ut ett antidepressivt eller antipsykotiskt läkemedel sex månader före självmord.

Inget antipsykotiskt eller antidepressivt läkemedel	
Män (år)	
18–64	61
65–74	57
75–84	66
85+	74
Kvinnor (år)	
18–64	40
65–74	48
75–84	43
85+	62

Datakälla, Läkemedelsregistret, 2010, Socialstyrelsen.

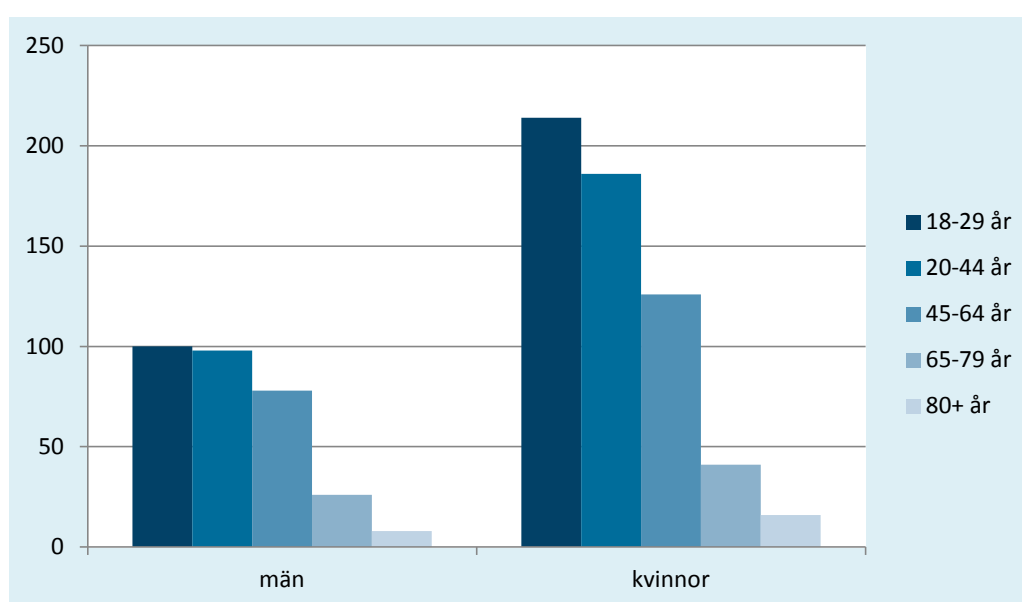
Patientbesök inom vuxenpsykiatrisk öppenvård

I november 2009 gjorde Socialstyrelsen en inventering av nästan 8 000 patientbesök inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Inventeringen, som avsåg förhållandet under två dagar (den 24 och 25 november), visade att en liten andel av patienterna 65 år och äldre återfanns dessa två dagar inom den vuxenpsykiatriska öppenvården (figur 3). Detta överensstämmer med de siffror som redovisas ovan om psykiskrisk vård, hämtade från patientregistret för helåret 2010.

Patientbesöken hos de allra äldsta föranleddes framför allt av depressions- sjukdom, cirka 55 och 75 procent för kvinnor respektive män, även om också psykos- och ångestsjukdom förekom i synnerhet bland kvinnor (data visas inte). Vid besöket inom den vuxenpsykiatriska öppenvården fick äldre främst träffa psykiatriker, psykiatrisjuksköterska eller skötare med psykiat- riutbildning (data visas inte). För yngre personer innebar besöket framförallt ett möte med psykolog eller psykiatrisjuksköterska och i mindre utsträck- ning med psykiatriker. Äldre personer som besökte vuxenpsykiatrisk öp- penvård hade i mycket högre grad än yngre tidigare vårdats inom slutenvård- en för psykisk sjukdom (tabell 6).

Figur 3. Antal patientbesök per 100 000 invånare den 24 och 25 november 2009 i respektive åldersgrupp inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Antal patientbesök per 100 000 invånare



Datakälla: Enkät ”Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården”, den 24 och 25 november 2009, Socialstyrelsen.

Tabell 6. Andel (%) patienter inom psykiatrisk öppenvård som tidigare också slutenvårdats inom psykiatrin.

Tidigare psykiatrisk slutenvård	
Män (år)	
18–29	39
30–44	57
54–64	67
65–79	80
80+	80
Kvinnor (år)	
18–29	43
30–44	48
54–64	60
65–79	73
80+	68

Datakälla: Enkät ”Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården”, 24 och 25 november 2009, Socialstyrelsen.

Psykiatrin förskrev i mycket hög grad läkemedel till de äldre medan någon form av systematisk samtalsbehandling, som kognitiv beteendeterapi (KBT), var sällsynt som behandlingsinsats för äldre. Tabell 7 visar andelen i respektive åldersgrupp som fick läkemedel eller KBT, eller en kombination av båda. Som framgår fick yngre personer i betydligt högre grad tillgång till KBT än äldre oavsett om psykoterapi kombinerades med läkemedel eller inte. Bland de äldre förskrevs läkemedel till drygt 90 procent, det vill säga ungefär dubbelt så mycket som för den yngsta åldersgruppen, samtidigt som tillgången till KBT var närmast obefintlig.

Tabell 7. Andel (%) patienter inom psykiatrisk öppenvård som erhåller läkemedel eller kognitiv beteendeterapi, eller en kombination av båda åtgärderna.

	Inget av läkemedel eller KBT	Läkemedel	KBT	KBT + Läkemedel
Män (år)				
18–29	21	58	6	16
30–44	15	61	5	19
45–64	12	74	2	12
65–79	10	86	1	3
80+	7	93	0	0
Kvinnor (år)				
18–29	22	45	10	24
30–44	17	56	6	22
45–64	15	66	3	16
65–79	9	77	3	12
80+	2	92	2	4

Datakälla: Enkät ”Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården”, 24 och 25 november, 2009, Socialstyrelsen.

Diskussion

Socialstyrelsen konstaterar att äldre med psykisk sjukdom inte återfinns inom specialiserad psykiatrisk vård i lika stor utsträckning som yngre. Läkemedelsanvändning med psykofarmaka är däremot generellt utbredd bland äldre, ibland även med för åldersgruppen olämpliga psykofarmaka som ångestdämpande och sömnmedel. Bland äldre som begick självmord tenderade dock användningen av psykofarmaka vara lägre än bland yngre personer. Resultaten visar också att det fanns en förhöjd risk för självmord bland äldre, i synnerhet bland män 85 år och äldre. Alla former av systematisk samtalsbehandling, såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), var i de närmaste obefintlig bland äldre, medan yngre personer oftare fick psykologisk behandling.

Flera studier visar att förekomsten av psykisk sjukdom bland äldre är minst lika hög som i den övriga befolkningen. Därför borde äldre återfinnas inom den specialiserade psykiatrin i minst samma utsträckning som yngre. Resultaten från denna studie visar dock att äldre är underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård. När äldre väl vårdas för psykisk sjukdom sker detta dessutom inte bara inom psykiatrin. Äldre behandlas också inom exempelvis internmedicin, kirurgi och geriatrik. Vidare visar resultaten att den låga andelen av äldre, som trots allt återfinns inom specialiserad psykiatrisk öppenvård, i större utsträckning än yngre tidigare slutenvårdats för psykisk sjukdom och därför redan är kända av den psykiatriska vården. Detta kan tyda på att nya fall av psykisk sjukdom bland äldre har svårt att komma under behandling inom specialiserad psykiatrisk öppenvård. Äldre personer som begick självmord hade också i lägre utsträckning än yngre haft ett vårdtillfälle för psykisk sjukdom sex månader före självmordet.

Flera orsaker kan ligga bakom att äldre är underrepresenterade inom psykiatrin. En sannolik orsak är att specialistpsykiatrin i sin verksamhet inte har specialiserat sig på äldrepsykiatri och därför inte tar emot gruppen. Psykiskt sjuka äldre finns i stället framför allt inom primärvården, äldreomsorgen eller olika somatiska kliniker utan närmare stöd från specialistpsykiatrin. Sammantaget löper äldre en risk för att deras psykiska symtom förblir upptäckta eller underbehandlade med en ökad risk för lidande och ytterst självmord som följd. Som framgår av studien fanns det också en förhöjd risk för självmord bland äldre jämfört med den övriga befolkningen, särskilt bland de allra äldsta männen.

Socialstyrelsen konstaterar att läkemedelsanvändning av psykofarmaka är mycket mer utbredd bland äldre personer än bland yngre. Dessutom var det vanligare bland äldre att ha olika kombinationer av psykofarmaka. Socialstyrelsen vill betona att förskrivning av så kallade ångestdämpande eller lugnande, inklusive sömnmedel, inte bör ske till äldre. Det beror bland annat på risken för biverkningar i form av till exempel minnesstörningar och ökad fallbenägenhet. Som studien visar är dock regelbunden användning av dessa

läkemedel spridd bland äldre. Också den höga andel av äldre som regelbundet använder antipsykotika väcker frågor. Socialstyrelsen befarar att läkemedlet används slentrianmässigt mot beteendestörningar vid demenstillstånd. Myndigheten vill understryka att det inte finns entydiga belägg för en effektivitet i behandlingen vare sig för antipsykotika eller antidepressiva vid demens. Däremot finns en ökad risk för biverkningar och överdödlichkeit [8,9]. Vi kan anta att förskrivningen av psykofarmaka inte görs av specialistläkare i psykiatri utan att förskrivningen görs inom primärvården.

Trots att psykofarmaka är spritt bland äldre kan det närmast vara en paradox att studien visar att vissa äldre underbehandlas med läkemedel. Av de äldre som begick självmord tenderade färre att vara behandlade av vården med antidepressiva eller antipsykotika än övriga. Depression, men också psykossjukdom bland kvinnor, var vanlig bland de äldre som haft ett vårdtillfälle före självmordet. Även om inga fördjupade statistiska analyser av samband genomförts inom ramen för denna studie, pekar resultaten ändå på att vissa grupper bland de äldre är oupptäckta och underdiagnostiserade av vården.

Socialstyrelsens riktlinjer vid depression och ångest ger högsta prioritet åt psykologisk behandling med i synnerhet KBT. Myndigheten finner det därför slående hur äldre personer inte får psykologisk behandling, trots att just depression och ångest är vanligt bland äldre. Det finns evidens för goda behandlingsresultat med KBT vid dessa tillstånd också bland äldre [10,11]. Resultaten som presenteras här av besök inom den öppna vuxenpsykiatrin visar att äldre inte fick KBT utan framförallt enbart förskrevs läkemedel. I princip alla som var 80 år och äldre fick läkemedel förskrivet eller stod på läkemedel vid patientbesöket inom vuxenpsykiatrin. Övriga i befolkningen fick KBT i betydligt större utsträckning, särskilt i kombination med läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen konstaterar att även i de fall då äldre är i kontakt med vuxenpsykiatrisk vård så får många inte tillgång till evidensbaserad och adekvat behandling av sina symtom.

Antalet äldre ökar i befolkningen vilket kommer att öka behovet av psykiatrisk vård i framtiden för gruppen. Den psykiatriska problematiken bland äldre kan därutöver vara komplex med inslag av sammanflätad psykisk och kroppslig sjukdom och kommer därför att ställa krav på särskild äldrepsykiatrisk kompetens hos vårdgivarna. En sådan komplex problematik skapar också ett behov av samordnade insatser från exempelvis primärvård, geriatrik och psykiatri. Många psykiskt sjuka äldre återfinns dessutom inom äldreomsorgen som också behöver tillgång till äldrepsykiatrisk kompetens. Hälso- och sjukvård och socialtjänst hänger således i hög utsträckning samman när det gäller äldre med psykisk sjukdom.

Slutsatser

Resultaten från denna studie pekar på att äldres behov av psykiatrisk vård inte tillgodoses inom vården. Gruppen äldre är antingen obehandlad eller så behandlas den utanför specialistpsykiatrin. Det finns därför en ökad risk för självmord och underbehandling av psykisk sjukdom bland äldre. När äldre väl är i kontakt med psykiatrin får de inte heller evidensbaserad behandling

som KBT. En utbredd läkemedelsanvändning bland äldre för också med sig för gruppen en olämplig behandling med psykofarma.

Socialstyrelsen vill understryka vikten av att landstingen svarar för att specialistpsykiatri ökar sin kompetens inom äldrepsykiatri och också fungerar som kunskapsförmedlare gentemot primärvården och de somatiska klinikerna. På så sätt kan äldre garanteras en kunskapsbaserad psykiatrisk vård vad gäller allt ifrån tidig upptäckt av psykisk sjukdom till heldygnsvård. Som situationen ser ut i dag kan Socialstyrelsen konstatera att äldre med psykisk sjukdom missgynnas och riskerar att inte få en adekvat psykiatrisk vård.

Referenser

1. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen; 2008
2. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009
3. Fokusrapport – Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar. Stockholms läns landsting; 2005
4. Allard P, Gustafson L, Karlsson I, Sparring Björkstén K. Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas – inte avvecklas. Läkartidningen. 2009; 106; 36–39.
5. Magnill M, Gunnarsson R, Björkstéd K, Björkelund C. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in elderly primary care patients: a descriptive study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008; 10; 462–468.
6. Kartläggning av vård- och omsorgsbehov hos personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning I Södertälje äldreomsorg. Nestor FoU-center; 2011
7. En osynlig grupp – boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder. Stiftelsen Stockholm läns äldrecentrum; 2007.
8. Corbett A, Ballard C. Antipsychotics and mortality in dementia. *Am J Psychiatry*. 169; 7–9.
9. Banerjee S, Hellier J, Dewey M et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD: a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *The Lancet*. 2011; 378; 403–411.
10. Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, Cully JA, Kunik ME. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care. *JAMA*. 2009; 301; 1460–1467.
11. Aréan PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry*. 2002; 293–303.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

- Studiepopulationen har bestått av vuxna personer i olika åldersgrupper, 18 år och uppåt. Den äldre populationen har definierats som personer 65 år och äldre.
- Uppgifter har inhämtats från följande datakällor:
 - Patientregistret 2009 och 2010, Socialstyrelsen
 - Läkemedelsregistret 2010, Socialstyrelsen
 - Dödsorsaksregistret 2010, Socialstyrelsen
 - Enkät ”Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården”, patientbesök 24 och 25 november 2009, Socialstyrelsen
- Psykisk sjukdom har definierats som diagnoserna F10 till F99 enligt ICD-10. Demens (F00–F09, ICD-10) exkluderades i studien.
- Andelen personer inom psykiatrisk vård i de olika åldersgrupperna har definierats, enligt patientregistret, som minst ett vårdtillfälle inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård under 2010, eller 2009 då vård före självmord år 2010 studerades. Vad gäller patientbesök inom psykiatrisk öppenvård användes en enkät där en inventering ägde rum under två dagar 24 och 25 november 2009.
- ATC-koder för grupper av psykofarmaka:
 - Antipsykotika, N05A (exklusive N05AN01)
 - Antidepressiva, N06A
 - Ångestdämpande, N05B
 - Sömnmedel, N05C
- Regelbunden användning av psykofarmaka definierades som minst tre uttag inom en läkemedelsgrupp (antipsykotika, antidepressiva, ångestdämpande och sömnmedel) under 2010. Behandling med kombinationer av flera psykofarmaka definierades som ett till fyra uttag i distinkta läkemedelsgrupper. Läkemedelsanvändning före självmord definierades som minst ett uttag av psykofarmaka inom en period av sex månader före självmord.
- Resultaten redovisas som deskriptiv (beskrivande) statistik utom i redovisningen av självmord där relativa risker, inklusive konfidensintervall, beräknades.