

# Att arbeta med äldres psykiska ohälsa

– vägledning till primärvården

Här finns ingen text i vanliga rapporter, dock i statistikrapporter.

I rapportmallen skriver du till exempel rapporter, lägesrapporter och vägledningar. Texter som senare ska formges skrivs och formateras först i rapportmallen för att underlätta vid formateringen och säkerställa att det blir rätt rubriknivåer m.m.

De format som du ska använda finns i formatmallen och är numrerade 1–29, nr 1–9 har ett understreck \_ framför siffran för att hamna rätt i listan.

*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.*

ISBN ISBN läggs in i större rapporter som ska vara maximalt sökbara  
Artikelnr Har de flesta rapporterna. Artikelnummer erhålls av produktionsledaren.

---

Omslag Om formgivet omslag  
Foto Om det finns foton i rapporten  
Sättning Om sättning gjorts externt  
Tryck Tryckeri, ort, månad årtal alt. om den publiceras på webbplatsen

# Förord

---

Denna sida är oftast blank för att rapportens innehållsförteckning ska börja på en högersida. Undantag: om rapporten är väldigt kort.

# Innehåll

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b><i>Förord</i></b>  | <b>3</b>  |
| <b><i>Sammanfattning</i></b>                                    | <b>9</b>  |
| <b><i>Inledning</i></b>   | <b>10</b> |
| Vägledningens målgrupp  | 10        |
| Syfte och mål med vägledningen                                  | 10        |
| Begrepp som används i vägledningen                              | 11        |
| <b>Psykisk ohälsa</b>   | <b>11</b> |
| <b><i>Psykisk ohälsa hos äldre personer</i></b>                 | <b>12</b> |
| Många orsaker till psykisk ohälsa                               | 13        |
| Andra faktorer som påverkar den psykiska hälsan                 | 14        |
| Inte bara ett psykiskt lidande                                  | 14        |
| De mest sjuka äldre   | 15        |
| Behandling för äldre personer                                   | 15        |
| <b><i>Samverkande insatser för ett gott omhändertagande</i></b> | <b>16</b> |
| Samverkan mellan huvudmännen                                    | 16        |
| <b>Exempel på vad överenskommelserna kan omfatta</b>            | <b>17</b> |
| <b>Tips inför tecknande av överenskommelser</b>                 | <b>18</b> |
| Inventering av personer med psykiska funktionshinder            | 18        |
| Samordning av insatser mellan huvudmännen                       | 19        |
| Samordning i vardagen   | 20        |
| <b>Samordnad individuell plan (SIP)</b>                         | <b>20</b> |
| <b>Resursgruppsarbete (ACT)</b>                                 | <b>20</b> |
| <b>Samordnat kontaktmannaskap</b>                               | <b>21</b> |
| <b><i>Omhändertagandet</i></b>                                  | <b>22</b> |
| Tillgänglighet  | 22        |
| Kontinuitet   | 23        |
| <b>Care manager</b>   | <b>23</b> |
| <b>Fast vårdkontakt</b>   | <b>24</b> |
| <b>God man och förvaltare</b>                                   | <b>24</b> |
| <b>Bemanning</b>  | <b>24</b> |
| Läkemedelsgenomgångar   | 24        |
| Värdegrund  | 25        |
| <b>Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre</b>           | <b>26</b> |
| <b>Bemötande i hälso- och sjukvården</b>                        | <b>26</b> |
| <b><i>Utvecklad kompetens</i></b>                               | <b>27</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| Adekvat kompetens   | 27        |
| <b><i>Stöd för rehabilitering och egenvård</i></b>                | <b>28</b> |
| Daglig sysselsättning   | 28        |
| Patientutbildning   | 28        |
| Förskrivning av kognitiva hjälpmedel                              | 29        |
| Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp          | 29        |
| Hälsoundersökning   | 29        |
| Förebyggande hembesök   | 30        |
| Självhjälpsgrupper och sorg                                       | 30        |
| Annat stöd  | 31        |
| <b><i>Förändrings- och förbättringsarbete</i></b>                 | <b>32</b> |
| Att arbeta evidensbaserat   | 32        |
| <b>Implementering</b>   | <b>32</b> |
| Praktiskt stöd för att förändra arbetssätt                        | 33        |
| <b>Viktiga utgångspunkter för arbetet</b>                         | <b>33</b> |
| Analysera problemet och bestäm inriktning på arbetet              | 33        |
| Att klargöra innan förändringsarbetet startar                     | 33        |
| Se till att uppgifter, ansvar och befogenheter är                 | 33        |
| Stöd och legitimitet  | 34        |
| Genomförande  | 34        |
| Uppföljning och utvärdering                                       | 34        |
| Omvärldsbevakning   | 34        |
| Uppföljning och utvärdering                                       | 35        |
| <b><i>Referenser</i></b>  | <b>36</b> |
| <b><i>Inledning</i></b>   | <b>42</b> |
| <b><i>Kompetens inom äldrepsykiatri</i></b>                       | <b>43</b> |
| <b><i>Del 1 Åldrande och psykiska och kognitiva sjukdomar</i></b> | <b>44</b> |
| <b>Psykiskt åldrande</b>  | <b>45</b> |
| <b>Trauman vid åldrande</b>                                       | <b>46</b> |
| <b>Psykosociala faktorer, effekter på psykisk sjukdom</b>         | <b>46</b> |
| Depressiv sjukdom   | 47        |
| <b>Frekvens</b>   | <b>47</b> |
| <b>Bakgrund</b>   | <b>47</b> |
| <b>Symptombild vid depression hos äldre</b>                       | <b>48</b> |
| Själv mord och äldre  | 48        |
| <b>Faktorer som ökar självmordsrisken hos äldre [47]</b>          | <b>49</b> |
| <b>Andra viktiga faktorer att värdera vid självmordsrisk</b>      | <b>49</b> |
| <b>Faktorer som kan ha en skyddande inverkan vägs in [47]:</b>    | <b>49</b> |
| Ångestsyndrom   | 49        |
| <b>Generaliserat ångestillstånd, fobier och tvångstillstånd</b>   | <b>50</b> |
| <b>Posttraumatiskt stressyndrom hos äldre</b>                     | <b>50</b> |
| Kognitiv störning och demenssjukdom                               | 52        |
| <b>Att få en demensdiagnos</b>                                    | <b>53</b> |
| <b>Mild kognitiv störning</b>                                     | <b>53</b> |
| <b>Alzheimers sjukdom</b>   | <b>53</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| Lewy body-demens och demens vid Parkinsons sjukdom                          | 54        |
| Symptombild vid Lewy body-demens  | 54        |
| Frontotemporal demens   | 54        |
| Vaskulär demens   | 55        |
| Alkoholdemens   | 55        |
| Andra demensformer  | 55        |
| Beteendesyntom vid demens (BPSD)  | 56        |
| Psykotisk sjukdom   | 56        |
| Schizofreni och vanföreställningssyndrom                                    | 56        |
| Konfusion   | 57        |
| Bakgrund  | 57        |
| Bakomliggande faktorer  | 57        |
| Intensitet av konfusionssjukdom   | 59        |
| <b><i>Övriga psykiska sjukdomar hos en individ som åldras</i></b>           | <b>61</b> |
| Kroppslig sjukdom i relation till psykisk sjukdom                           | 61        |
| Bipolär (manodepressiv) sjukdom vid åldrandet                               | 62        |
| Missbruk hos äldre  | 62        |
| <b><i>Del 2</i></b>   | <b>63</b> |
| <b><i>Utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre</i></b>          | <b>64</b> |
| Somatisk sjukdom med ökad risk för psykisk sjukdom                          | 64        |
| Sjukdomar med ökad risk att utveckla samtidig depression:                   | 65        |
| Sjukdomar med ökad risk att utveckla sekundär ångest:                       | 65        |
| Sjukdomar med ökad risk att utveckla konfusion:                             | 65        |
| Läkemedelsbehandling som medför ökad risk för psykisk sjukdom               | 65        |
| När bör man särskilt tänka på differentialdiagnos psykisk ohälsa?           | 67        |
| Tänk alltid på möjlig samtidig psykisk sjukdom vid:                         | 67        |
| Utredning av kognitiva störningar   | 68        |
| Basal och utvidgad demensutredning:   | 69        |
| Diagnostik vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom, BPSD | 69        |
| Behandling av beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom, BPSD  | 70        |
| Differentialdiagnoser vid utredning av kognitiv störning                    | 70        |
| Diagnos av äldres depression  | 71        |
| Diagnostik av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD                            | 71        |
| Diagnos av konfusion  | 72        |
| Differentialdiagnos mellan konfusion och demenssjukdom                      | 72        |
| Olika psykiska diagnoser kan finnas samtidigt                               | 74        |
| <b><i>Referenser</i></b>  | <b>76</b> |

Denna sida kan ibland vara blank för att rapportens sammanfattning eller första textsida ska börja på en högersida. Undantag: om rapporten är väldigt kort.



# Sammanfattning

---

# Inledning

---

Äldre personer med psykisk ohälsa omfattas av samma lagstiftning som alla andra äldre. I EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna framgår att äldre personer ska erkännas rätten ”att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet.” (artikel 25) [3] I socialtjänstlagen (SoL) 5 kap. 4 § (2001:453) står följande:

*Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.*

Även hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) kan sägas ha en värdegrund i 2 §:

*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.*

Socialstyrelsen har uppmärksammat att [3] kommunerna och landstingen inte alltid prioriterar äldre personer som lider av svår psykisk sjukdom, och de får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen.

## Vägledningens målgrupp

Målgrupp för vägledningen är ansvariga för primärvården. Den ska också kunna användas av läkare och sjuksköterskor inom primärvården som möter vårdbehövande äldre i sitt arbete.

De patient- och brukargrupper som vägledningen berör är

- personer som debuterar med psykisk ohälsa efter 65 års ålder
- personer över 65 års ålder som debuterade med psykisk ohälsa/sjukdom redan under yngre år och har levt en längre tid med psykiska funktionsnedsättningar.

## Syfte och mål med vägledningen

Vägledningens syfte är att bidra till att äldre med psykisk ohälsa ska få en god vård och omsorg. Målet är att stödja verksamhetsansvariga i att bedriva

en verksamhet av god kvalitet för denna målgrupp. Det handlar om att skapa en organisation för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa bland äldre och att behandla denna, men även att ge praktiskt stöd för att upptäcka psykisk ohälsa.

Vägledningen kan användas som ett stöd att utveckla processer och rutiner för vård till äldre med psykisk ohälsa. Den behandlar strukturella områden som exempelvis systematiskt kvalitetsarbete, uppföljning och utvärdering, samverkan mellan huvudmännen och kompetens. Den innehåller även en del som ger konkret stöd att upptäcka psykisk ohälsa och vilka åtgärder som kan vidtas.

## Begrepp som används i vägledningen

### Psykisk ohälsa

I vägledningen används genomgående begreppet psykisk ohälsa som inkluderar psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning när inte något annat begrepp passar bättre. När begreppet psykisk funktionsnedsättning används i vägledningen avses en person som "har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning" [61].

# Psykisk ohälsa hos äldre personer

---

Sverige har en åldrande befolkning och enligt Statistiska centralbyrån (SCB) var knappt 1,8 miljoner svenskar 65 år eller äldre år 2011. Av dessa var nästan en halv miljon 80 år eller äldre. Snart når också de stora barnkullarna från 1940- och 1950-talen denna ålder och då ökar andelen. År 2035 uppskattar SCB antalet äldre människor till 2,4 miljoner och av dessa kommer drygt 0,8 miljoner att vara 80 år eller äldre [4]. Andelen äldre personer i befolkningen kommer därmed att öka från dagens 18 procent till 23 procent. I glesbygdskommuner beräknas andelen personer över 65 år att bli 32 procent år 2035 [44].

Frekvensen av depression är ca 15 procent i en population 65 år eller äldre och utgör därmed den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. I de högsta åldrarna ökar frekvensen depression till det dubbla och vid en rad kroppsliga sjukdomar är frekvensen också ökad till det dubbla [7]. Även ångestsjukdomar är vanliga. De drabbar 5–10 procent av de äldre och förekommer ofta tillsammans med depression [5]. Psykossjukdomar debuterar ofta i unga år men kan utgöra en bestående funktionsnedsättning under ålderdomen, samtidigt som också äldre personer kan insjukna i psykos för första gången i livet. En prevalens av psykossjukdomar och psykotiska symtom på upp till 3–4 procent bland äldre har rapporterats [5]. Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem hos äldre personer är hög jämfört med andra vuxna. En fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre [5]. Vid 75 års ålder beräknas att 15 – 25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla har inte en psykiatrisk diagnos trots att de behandlas med läkemedel mot psykisk ohälsa [2, 15]. Socialstyrelsen har i flera rapporter visat att äldre personer inte alltid får den vård och omsorg som de har behov av. Kommuner och landsting tillhandahåller inte alla gånger den vård och omsorg som de äldre personerna har rätt till [15].

För att utveckla vården och omsorgen till äldre med psykisk ohälsa finns det behov av:

- ett utvecklat och strukturerat samarbete mellan huvudmännen och ett gemensamt ansvarstagande
- att sprida kunskap genom forskning, utbildning och praktiskt utövande av vård och omsorg
- en förstärka kompetensen bland personal inom specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst
- ett utvecklat och förbättrat utbud vad gäller boendeformer och stöd för äldre personer med psykisk ohälsa [10].

I och med att de äldre blir fler under kommande decennier ökar troligen också antalet som söker vård för psykisk ohälsa. Även andelen äldre med psykisk ohälsa kan komma att öka ytterligare om det blir mindre tabubelagt

att söka vård för psykisk ohälsa [8,9]. Därför anser Socialstyrelsen att den psykiatriska vården behöver förstärkas och utvecklas.

För att utveckla vården och omsorgen till äldre med psykisk ohälsa finns det behov av:

Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem hos äldre personer är hög jämfört med andra vuxna. En fjärdedel av alla självmord begås av personer som är 65 år eller äldre [2]. Vid 75 års ålder beräknas att 15 – 251 procent lida av psykisk ohälsa, men alla har inte en psykiatrisk diagnos trots att de behandlas med läkemedel mot psykisk ohälsa [2, 3]. Socialstyrelsen har i flera rapporter visat att äldre personer inte alltid får den vård och omsorg som de har behov av. Kommuner och landsting tillhandahåller inte alla gånger den vård och omsorg som de äldre personerna har rätt till [3].

För att utveckla vården och omsorgen till äldre med psykisk ohälsa finns det behov av:

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

## Många orsaker till psykisk ohälsa

Det finns många orsaker till psykisk ohälsa bland äldre och äldres psykiska ohälsa behöver därför ses ur flera olika perspektiv. En rad faktorer påverkar såsom biologiska förändringar i hjärnan och kroppslig sjukdom. Även psykosociala faktorer som fysisk aktivitet, ensamhet, kost, missbruk samt bieffekter av läkemedelsbehandling påverkar. Det är vanligt att symtomen på psykisk ohälsa är diffusa. De kan också vara tecken på flera olika sjukdomar.

Pensioneringen kan föra med sig en ny livssituation och en ny roll att identifiera sig med. Åldrandet för med sig förluster av förmågor som syn, hörsel och rörelseförmåga eller att den äldre personen får ett försvagat socialt nätverk när närstående blivit sjuka eller gått bort. Denna sorg över förluster kan om den förblir obearbetad eller obehandlad utvecklas till psykisk ohälsa. [2]

Äldre är en heterogen grupp där behov, livsvillkor och önskemål skiljer sig åt mellan individer kanske mer än mellan yngre/vuxna personer. Behovet av vård och omsorg hos äldre personer bör därför inte per automatik överlämnas till andra metoder, verksamheter eller insatser än de som erbjuds andra vuxna [3,4]. Det biologiska åldrandet är inte alltid i överensstämmelse med det kronologiska. Samtidigt är det viktigt att lyfta de särskilda behov av vård och omsorg som den äldre personen kan ha. Man behöver titta på flera faktorer - biologiska, sociala och psykologiska - som kan ligga till grund för den psykiska ohälsan [2].

## Andra faktorer som påverkar den psykiska hälsan

Kön, etnicitet, socioekonomiska förhållande, utbildning, arbete, status och delaktighet påverkar hur åldrandet och hälsoutvecklingen blir för en person. Kvinnor lever längre än män men har högre grad av ohälsa. Kvinnor får oftare antidepressiva läkemedel än män medan fler män än kvinnor tar sitt liv [10,15]

När det gäller utlandsfödda kan den psykiska hälsan påverkas av erfarenheter från krig, trauma och svåra upplevelser i samband med migrationen. Att ha lämnat sitt hemland kan ha inneburit en förlust av sociala relationer. Bristande tillgång till sitt eget språk ökar den sociala isoleringen som är en faktor som ökar risken för psykisk ohälsa [95]. Den sociala isoleringen kan också drabba de språkliga minoriteter som finns i Sverige – tornedalsfinska, romani, jiddisch, samiska och finska. Även teckenspråkiga riskerar detta om de inte kan använda sitt språk i vardagen.

Äldre personer som är homo-, bi eller transsexuella är en grupp som inte är speciellt uppmärksammat i forskning och utbildning. Det finns äldre som har erfarenheter av en tid då det var förenat med straff eller sjukdomsstämpel. Många har också erfarenheter av att närstående tagit avstånd från dem, vilket kan ha försvagat deras sociala nätverk. Många har därför inte haft en livspartner utan levt mer socialt isolerad än andra grupper [96]. Den som är partner kanske inte framträder så tydligt för personal i vård och omsorg. Den äldre personen kan kanske inte vara öppen med sitt livsval och sin partner. Det är viktigt att anhöriga ges möjlighet att kunna påverka vården och omsorgen, oberoende av till exempel kön, sexuell läggning eller etnisk bakgrund, under förutsättning att den äldre själv vill detta [97].

## Inte bara ett psykiskt lidande

Äldre med långvarig psykisk sjukdom kan ha en eftersatt kroppslig hälsa. Det finns en ökad risk för kroppslig sjukdom i gruppen på grund av behandling med vissa mediciner under lång tid. En konsekvens av den psykiska ohälsan kan vara att personen röker och/eller har brister i kosthållning och motion, vilket bidrar till ökad risk för kroppslig sjukdom. Sjukvården har inte uppmärksammat den kroppsliga hälsan och livsstilen i gruppen i tillräcklig utsträckning vilket lett till allvarliga konsekvenser för många med en långvarig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen har i flera rapporter visat på att dödligheten i sjukdomar som diabetes, stroke eller cancer är mycket hög i gruppen med psykisk sjukdom [55 - 58].

En långvarig svår psykisk sjukdom har för många inneburit ett liv utanför den reguljära arbetsmarknaden. Det betyder att den ekonomiska situationen har påverkats genom lägre pension och mindre sparande jämfört med den övriga befolkningen [10].

Mot bakgrund av att många insatser till äldre utförs av närstående är det viktigt att tänka på att en stor andel av de personer som har haft en långvarig psykisk sjukdom kan ha levt sitt vuxna liv utan partner och andra närstående. De har ett svagt socialt nätverk och kan därför ha ett större behov än andra av en lättillgänglig vård och omsorg [33].

## De mest sjuka äldre

Äldre personer med flera samtidiga sjukdomar har ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa utöver sina kroppsliga sjukdomstillstånd.

Demenssjukdomar kan initialt förväxlas med andra psykiska sjukdomar och psykisk ohälsa kan tolkas som begynnande demenssjukdom hos den äldre. Depressioner i samband med demenssjukdom är svårupptäckta och de båda sjukdomstillstånden kan på olika sätt dölja varandra. Demenssjukdomar kan också ge depression, psykos och beteendeförändringar. Detta skapar en komplex situation med komplexa behov och kan kräva komplexa lösningar [93, 94].

Äldre personer som lider av både kroppslig och psykisk ohälsa har en klar överdödlighet. Denna grupp drabbas också oftare av undvikbara sjukdomstillstånd än andra befolkningsgrupper. Dessa risker visar att det är viktigt att skatta både psykisk och kroppslig hälsa hos den äldre personen. Det visar också att hälsoinformation och motiverande hälsoarbete är viktiga förebyggande insatser för den äldre personen som är i riskzonen [16].

Då äldre sällan får tillgång till specialistpsykiatrins kompetens finns risk att sambandet mellan psykisk ohälsa och somatisk sjukdom inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning hos multisjuka äldre [10]. Det helhetstänkande, som är en förutsättning för en adekvat behandling, fordrar att också psykisk sjukdom beaktas. I det aktuella kunskapsunderlag som finns, talar allt för att behandling av en depression också kan minska överdödligheten [15].

## Behandling för äldre personer

Psykofarmaka används i hög omfattning för äldre patienter medan psykologisk behandling, som till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT), används i låg omfattning [8]. KBT och IPT är enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid depression och ångest rekommenderade behandlingar [13].

En av de mest allvarliga konsekvenserna av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är att 10-30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag, beror på läkemedelsbiverkningar [57].

# Samverkande insatser för ett gott omhändertagande

---

De äldre med psykisk ohälsa kan delas upp i två grupper. Gruppen äldre som har en psykisk sjukdom sedan tidigare och de som debuterade efter att de fyllde 65 år. De som insjuknade före 65 års ålder har ofta en redan upparbetad kontakt med den öppna eller slutna psykiatriska vården. De som insjuknar efter 65 års ålder upptäcks i hög utsträckning av primärvården. Det ställer stora krav på primärvården att tidigt kunna upptäcka psykisk ohälsa och kunna sätta in behandling.

Många äldre personer träffar bara läkarna inom primärvården någon enstaka gång per år och då under en ganska kort tid per tillfälle. Däremot har de kanske daglig kontakt med socialtjänstens personal, i form av hemtjänst. Det är personal som ofta får en ganska djup kontakt med den äldre och därmed har stor möjlighet att upptäcka om personen har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Det är därför viktigt att det finns kompetens hos båda huvudmännen att upptäcka psykisk ohälsa för att kunna ge adekvata insatser, alternativt konsultera kompetens som man själv saknar. Det är även angeläget med ett systematiskt samarbete för att respektive huvudman ska klara av sitt uppdrag.

En viktig grund för ett bra omhändertagande i socialtjänsten är att personalen har kompetens kring psykisk ohälsa. Det ökar möjligheten att tidigt uppmärksamma äldre som lider eller riskerar att lida av psykisk ohälsa. Det ökar även möjligheten för personalen att ta de kontakter som krävs för att minska det ohälsan, t.ex. genom kontakt med primärvården. En annan förutsättning för ett bra omhändertagande är att huvudmännen samverkar, eftersom det behövs insatser från såväl primärvård och eventuellt psykiatri som äldreomsorg och eventuellt socialpsykiatri. Som stöd för en tydlig arbetsfördelning mellan huvudmännen kan samverkansavtal skrivas

Även ett ledningssystem, som tydliggör verksamhetens uppdrag, styrning, ansvarsfördelning och uppföljning/återkoppling, är ett viktigt stöd för ett bra omhändertagande av den enskilde. Den som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Syftet och vad det ska innehålla framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen har även gett ut en handbok till stöd för att skapa ett ledningssystem. se SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsarbete. ) [70]

## Samverkan mellan huvudmännen

Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i SoL och i HSL som ställer krav på huvudmännen att ingå överenskommelser om samverkan. 5 kap. 8 a§ SoL är formulerad på följande sätt.



*Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.*

Motsvarande paragraf återfinns i 8 a § HSL.

*Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.*

I förarbetena (prop. 2008/09:193 s. 14).uttrycktes att det ”krävs överenskommelser av både principiell och praktisk karaktär. Genom överenskommelser som innehåller bestämmelser om gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper, kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för verksamheternas ekonomi och för medborgarna.”

Lagstiftaren avstod från att föra in detaljerade bestämmelser i lagen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en vägledning om innehållet i överenskommelserna. I maj 2010 publicerade Socialstyrelsen i Meddelandeblad 1/2010 en vägledning om vad som bör ingå en samverkansöverenskommelse.

### Exempel på vad överenskommelserna kan omfatta

Det finns idag många exempel på överenskommelser mellan kommuner och landsting. Nedan är exempel på områden som vanligtvis tas upp i överenskommelserna. Områdena psykiskt funktionsnedsatta, missbruk och äldre personer, ingår fortfarande sällan i överenskommelserna[10].

- Gemensamma riktlinjer och mål för landstingets och kommunens verksamhet för personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen
- Samordnad vårdplanering och samordnad individuell plan
- Betalningsansvar för institutionsvård samt vid in- och utskrivning
- Ansvarsfördelning kring personer med psykisk funktionsnedsättning  
Utredning för vård och behandling av vuxna  
Rehabilitering  
Vuxna med psykisk funktionsnedsättning och samtidigt missbruk/beroende  
Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning
- Läkemedelsansvar och läkemedelshantering

- Ansvarsfördelning vid olika former av boende
- Sammanhållen vårdkedja för personer med psykisk funktionsnedsättning
- Brukarorganisationernas medverkan
- Uppföljning och utvärdering
- Former för hur samverkansproblem/tvister mellan parterna ska lösas

Exempel på överenskommelser återfinns även på SKL:s hemsida för *Individuell plan enligt SoL och HSL/Samordnad individuell plan*.

### Tips inför tecknande av överenskommelser

I överenskommelsen är det värdefullt att både gruppen som blev psykiskt funktionshindrade före 65 års ålder uppmärksammas, liksom de som insjuknar efter 65 års ålder. Båda grupperna har sina specifika behov.

Andra områden som kan vara viktiga att lyfta fram i en samverkansöverenskommelse:

- Ansvar för personliga ombudsverksamheten. Se även vidare Socialstyrelsens Meddelandeblad 14/2000 om hur verksamheten med personliga ombud bör bedrivas samt Meddelandeblad 5/2011 om statsbidrag till verksamheten med personliga ombud.
- Ansvar för stöd till närstående. Se Meddelandeblad 5/2009 med anledning av ändringen i SoL med krav på att kommunerna ska erbjuda stöd till närstående som stödjer en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller funktionshindrad.
- Ansvar för grupper med särskilda behov av samverkan däribland äldre med psykiska funktionsnedsättningar och personer med psykisk störning och samtidigt missbruk.

Av både 8 a § HSL och 5 kap. 8a § SoL framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna om det är möjligt.

Ett stöd för att skapa en överenskommelse är att huvudmännen tillsammans eller var för sig genomför en inventering av målgruppens omfattning, insatser och behov. Se nedan under rubriken Inventering av personer med psykiska funktionshinder.

## Inventering av personer med psykiska funktionshinder

Enligt 5 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för bland annat människor med psykisk funktionsnedsättning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 2 § är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Båda dessa uppdrag kräver kunskap om medborgarnas behov och hur väl dessa tillgodoses. I psykiatriutredningen Välfärd och valfrihet (SOU 1992:73) angavs att "det är viktigt att kommunerna i samverkan med landstinget

kartlägger olika behov hos psykiskt störda som underlag för den övergripande planeringen”. I statens offentliga utredning om psykiska sjukdomar och funktionshinder från 2006 är inventeringen en viktig del. Utan kunskap om gruppens omfattning och behov är det svårt att lokalt planera för verksamhetens omfattning och inriktning [71].

Socialstyrelsen har utvecklat ett instrument för att göra det möjligt för huvudmännen att inventera vilken livssituation vuxna med psykiska funktionshinder har och hur väl de behov som framkommer tillgodoses [72]. Inventeringsinstrumentet är avsett för personer som har blivit funktionshindrade på grund av sin psykiska ohälsa.

Inventeringen kan göras av varje huvudman för sig eller tillsammans. Det är värdefullt om både landstingets verksamheter och kommunens verksamheter har möjlighet att gemensamt inventera gruppen för att få kunskap om vilka insatser respektive huvudman ger, samt vilka utvecklingsområden som finns. Det kan även ge underlag till att få en uppfattning om målgruppens storlek med tanke på att många enbart har insatser från den ena huvudmannen. På sikt kanske personerna kan behöva insatser från den andra huvudmannen också.

Inventeringen består av ett antal frågor som fylls i på en webbsida som rör de insatser varje enskild person har och vilka behov denne har. Det är viktigt att sekretessfrågorna utreds innan inventeringen påbörjas, för att belysa vilka möjligheter det finns att förhindra att personer dubbelregistreras. Den risken är stor om en person har insatser från flera kommunala verksamheter och landstingets psykiatri och primärvård [73].

Inventeringen kan vara ett viktigt instrument för att på lokalnivå planera och utveckla den psykiatriska vården och den kommunala omsorgen.

## Samordning av insatser mellan huvudmännen

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. SoL innehåller inte bestämmelser som anger vilken funktion eller befattning inom kommunen som har ansvar för samordning utan det är till exempel socialnämnden som avgör vem som utför olika arbetsuppgifter. I praktiken är det ofta en utsedd handläggare som utreder och beslutar på nämndens vägnar.

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Skyldigheten att upprätta den individuella planen gäller avseende alla enskilda, inte enbart personer med psykiska funktionsnedsättningar. Skyldigheten gäller också både barn och vuxna. Skyldigheten är inte heller tänkt att begränsas enbart till personer med stora och omfattande behov. Syftet är att säkerställa

samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget och kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Det är viktigt att den planering som man kommer överens om vid hemgång även fungerar när väl den enskilde är hemma i sin bostad.

För att utveckla arbetet med det samordnade planeringen är det en fördel om det är ett gemensamt ansvar att följa upp och utvärdera de åtaganden som man har beslutat om, både för enskilda patienter och övergripande [72].

Ett försök att samordna hälso- och sjukvården med socialtjänstens insatser genomförs av Västernorrlands läns landsting och Umeå kommun. Försöket är döpt till Projekt Multi 7 och syftet är att upprätthålla kontakten med svårt sjuka äldre som skrivits ut från sjukhus. Projektet ingår i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” [74].

## Samordning i vardagen

För att ge den äldre personen rätt stöd i vardagen behövs samordning på flera nivåer, mellan huvudmän, verksamheter och olika roller. Samverkan kan genomföras på olika sätt utifrån den äldre personens behov. Det behövs i många fall en samordningsresurs som kan komma från landsting eller kommunen. Samordningsresursen kan vara vårdbiträden/undersköterskor i rollen som kontaktperson, boendestödare eller samordningssjuksköterska som har detta uppdrag. I andra fall kan det vara en care manager eller en case manager beroende på de befintliga rutinerna kring samverkan och verksamhetens organisation [75].

## Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) är insatser från båda huvudmännen enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. I de fall den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska huvudmännen upprätta en individuellplan. Den äldre personen med psykisk ohälsa har i många fall komplexa behov vilket kräver insatser från båda huvudmännen för att det ska bli en bra övergång från till exempel slutenvården till den egna bostaden eller för att arbeta förebyggande med riskplan och tidiga tecken.

## Resursgruppsarbete (ACT)

ACT-modell (Assertive Community Treatment) som arbetssättet kallas innebär att samverkan görs i form av team/resursgruppsarbete. Resursgrupp ordnas så att alla viktiga personer kring den äldre personen med psykisk ohälsa, exempelvis anhöriga, kontaktman, sjuksköterska och bidrar med sin

del för att kunna arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Detta rekommenderas av Socialstyrelsen vid insatser för personer med schizofreni och liknande tillstånd. I ett projekt som syftar till att ta fram modell för samverkan kring den äldre personen har ACT modellen lyfts som ett komplement till en samordnad individuell vårdplan utifrån den äldre personens behov och vid komplexa tillstånd [24].

### Samordnat kontaktmannaskap

Samordnat kontaktmannaskap är en utveckling av samordnad individuell plan som utvecklats av Landstinget i Jönköpings län. Kommuner och landsting ska erbjuda den enskilde och dennes närstående en professionell kontakt för samordning av insatser givna av kommun och landsting. Kontaktpersonen ska bygga på kontinuitet och god tillgänglighet.

Kontaktpersonens uppdrag är att förtydliga kommunikation mellan olika verksamheter och professioner samt underlätta att korrekt information ges till berörda. Syftet med modellen är att utveckla samarbetet och samverkansformerna inom och mellan huvudmännen, men framför allt att stärka individens möjlighet till återhämtning efter insjuknande i en psykisk sjukdom [76]. Modellen är en formaliserad modell för case manager över huvudmannagränser.

# Omhändertagandet

---

För att kunna ta hand om äldre personer med psykisk ohälsa på bästa möjliga sätt är omhändertagandet i första linjens vård centralt. Ett effektivt omhändertagande bör, enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning [24], kunna tillhandahålla:

- en första bedömning med hög tillgänglighet
- god kontinuitet under hela vårdförloppet, vilket inkluderar samverkan mellan primärvården och psykiatri
- interventioner med sammansatta vårdåtgärder, anpassade till den enskildes behov och utformade enligt principerna för stegvis vård

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

- tillgång till personal med adekvat kompetens
- en vårdstruktur som främjar ett effektivt omhändertagande
- tillgång till konsultationsinsatser från vuxenpsykiatri och möjlighet till uppföljning och utvärdering av behandling

Sammanfattningsvis innebär det att en trygg vård och omsorgen riktad till äldre med psykisk ohälsa bör vara organiserad så att den är lätt att nå, kan ges av kunnig personal som har tillgång till olika insatser och konsultstöd samt att det finns kontinuitet i vården som kräver samverkan mellan huvudmännen.

## Tillgänglighet

En viktig fråga för att både kunna förebygga och behandla psykisk ohälsa bland äldre är att vården och stödet är lättillgängligt.

Det är värdefullt att tillgänglighetsfrågorna tas upp i diskussioner om samverkan mellan huvudmännen men även inom respektive huvudman. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom från 2010 [24] exemplifieras frågor om tillgänglighet i arbetet med att utveckla en bra vård och omsorg till äldre med psykisk ohälsa.

Några frågor som kan ställas om tillgänglighet är hur öppettiderna är anpassade efter personer med psykisk ohälsa. Andra kan vara om telefontider, bokning på nätet och hur lång tid i förväg behöver man boka en läkar- eller sjukskötersketid. Vilka möjligheter har behandlande läkare och sjuksköterska att göra hembesök till äldre med svår somatisk eller psykisk sjukdom?

Ett stöd för att bedöma tillgängligheten av insatser till äldre med psykisk ohälsa kan vara den behovsinventering som kommuner och landsting gör av personer med psykiska funktionshinder (se Textavsnittet Inventering av personer med psykiska). Det är dock viktigt att komma ihåg att den

inventeringen rör i första hand personer med psykiska funktionshinder och inte alla som lider av psykisk ohälsa.

## Kontinuitet

En viktig faktor för att skapa en trygg och tillgänglig vård för äldre är att det finns en kontinuitet i vården. Som äldre är det viktigt att inte behöva byta läkare, sjuksköterska eller vårdbiträde/undersköterska mer än absolut nödvändigt. Skälen till att många äldre psykisk ohälsa är i behov av kontinuitet i vården är att de ofta har många och regelbundna kontakter med sjukvården. Gruppen använder många olika läkemedel som kan ge biverkningar något som lättare upptäcks om det är samma personer som han eller hon har kontakt med. Även andra förändringar hos den äldre, som kan innebära behov av vård och omsorg, upptäcks lättare om det är en bra kontinuitet i vården.

För att skapa en god kontinuitet i vården och omsorgen är det värdefullt att utveckla rutiner och metoder för samverkan i vård- och omsorgsprocessen inom och mellan olika

- yrkesgrupper
- enheter
- nivåer
- verksamheter
- ansvarsområden
- funktioner
- vårdgivare [80,81]

Enbart 50 procent av alla patienter med depression och ångestsyndrom får idag ett uppföljande läkarbesök [24]. Här finns utvecklingsmöjligheter. Kontinuiteten kan även förbättras genom att integreras i en systematisk egenkontroll.

## Care manager

Ett sätt att minska problemen med eventuella byten kan vara att ha specialistutbildad personal med uppgift att ansvara för stöd och kontinuerlig kontakt med äldre patienter som lider av en depression eller annan psykisk ohälsa. Denna person, som ibland kallas care manager, är även en person som har kontakt med behandlande läkare, ordnar läkarbesök och informerar till exempel socialtjänstens biståndshandläggare vid förändringar [75]. I Västra Götalandsregionen har man exempelvis inrättat befattningar som äldresjuksköterskor [15] med uppgifter liknande care manager för mest sjuka äldre, inkluderande de med psykisk ohälsa. Utgångspunkten i deras arbete är att skapa en relation till de äldre och stödja den enskilde i sin egenvård, men även säkra den medicinska kvaliteten.

På motsvarande sätt är det viktigt att socialtjänsten erbjuder äldre med stora omvårdnadsbehov en kontaktperson som ansvarar för att ha kontakt med hälso- och sjukvården, planerar läkar-/sjukhusbesök, kontakt med närstående och sprider viktig information till övrig vårdpersonal som ger insatser till den enskilde.

## Fast vårdkontakt

Det finns möjligheter för patienter att få en fast vårdkontakt som har till uppgift att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (29 a § HSL). Patienten kan därmed få en tydligt utpekad person som koordinerar patientens vård. Det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan i vissa fall vara en mer administrativ funktion. En fast vårdkontakt kan förmedla kontakter med andra personer eller delar inom hälso- och sjukvården, men även fungera som kontaktperson för andra myndigheter såsom socialtjänst och försäkringskassa. Om det behövs kan patienter få flera fasta vårdkontakter. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient.

Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.

Fast vårdkontakt ska tillhandahållas om en patient begär det, men innehållet och vilken yrkesgrupp som kan ta på sig att utföra uppdraget avgörs av huvudmannen. Ytterligare information återfinns i Meddelandeblad 9/2012.

## God man och förvaltare

Många personer med psykisk ohälsa har av tingsrätterna utsedda gode män eller förvaltare. En god man eller förmyndare kan ha till uppdrag att se till att en person får den omsorg och det stöd som han eller hon behöver och har rätt till enligt 12 kap. föräldrabalken (1949:381). En god man har dock inte till uppgift att utföra uppgifter som åligger socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

## Bemanning

Hur bemanningen ser ut har betydelse för kontinuiteten. Frågor man kan ställa sig är: Vilka yrkesgrupper finns inom primärvården? Hur många distriktsläkare och distriktsköterskor finns det? Finns det tillgång till paramedicinare, psykolog och psykiatriker? Är till exempel någon sjuksköterska speciellt utbildad för att kontinuerligt ha kontakt med patienter som lider av en depression? Ett stöd för hur man kan bemanna äldreomsorgen är den inventering som huvudmännen kan genomföra [29]. Inventeringens syfte är att ge ett planeringsunderlag om hur stor målgruppen är, vilka behov gruppen har samt hur dessa behov tillgodoses i dag och vad som bör utvecklas eller förändras.

## Läkemedelsgenomgångar

I dag uppskattas 10-30 procent av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus bero på läkemedelsbiverkningar [57]. Det innebär att en effektivare läkemedelsanvändning på sikt skulle kunna spara stora ekonomiska resurser.

Sedan den 1 september 2012 ska vårdgivare erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre, och som är ordinerad fem eller fler läkemedel, en enkel



läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i sådan boendeform som omfattas av 18 HSL.

Patienterna som är 75 år eller äldre, och som är ordinerade minst fem läkemedel, ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § HSL. Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem, eller där det finns misstanke om sådana problem, en enkel läkemedelsgenomgång.

Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska det med utgångspunkt i tillgänglig dokumentation och patientens egna uppgifter så långt möjligt kartläggas vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför, vilka av dessa läkemedel patienten använder samt vilka övriga läkemedel patienten använder.

Läkaren ska kontrollera om läkemedelslistan är korrekt samt göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska patienten få individuellt anpassad information om sina läkemedelsrelaterade problem. Läkaren ska ta ställning till vilka av patientens läkemedelsrelaterade problem som kan lösas direkt och vilka som kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång. Problemen som går att lösa direkt ska åtgärdas. Patienten ska därefter få individuellt anpassad information om vilka åtgärder som har vidtagits och orsaker till åtgärderna samt en uppdaterad läkemedelslista. När patienten vårdas i slutenvård, ska den uppdaterade läkemedelslistan lämnas vid utskrivningen. Om det bedöms att patienten inte behöver en fördjupad läkemedelsgenomgång, ska ställning tas till när den enkla läkemedelsgenomgången ska följas upp.

Det innebär att den äldre personens läkemedel kartläggs och att läkemedelsrelaterade problem som går att lösa direkt åtgärdas. Detta ska till exempel ske varje gång någon i denna grupp besöker läkare i den öppna vården, flyttar in i ett särskilt boende eller för första gången får hemsjukvård. För att ge stöd till vårdgivarna gav Socialstyrelsen ut en vägledning om läkemedelsgenomgångar för multisjuka äldre personer under våren 2013 [56].

Ett underlag till läkemedelsgenomgångarna kan vara att sjuksköterskor besöker äldre och går igenom läkemedlen efter en standardiserad modell. Vid besöket går man igenom vilka läkemedel den gamla har, varför, vilka läkare som är involverade, om läkemedelsanvändningen är säker samt om det kan finnas ett misstänkt missbruk.

Ett stöd för att undvika läkemedel med stora risker för äldre finns i Socialstyrelsens rapport *Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör* [58]

## Värdegrund

En grund för arbetet med etiska frågor finns i 2 § HSL ”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans

värdighet.” I 5 kap 4 § SoL infördes 2011 en bestämmelse med syfte att skapa en nationell värdegrund för äldreomsorgen ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)”.

### Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

Socialstyrelsen har publicerat Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) [77]. Enligt dessa bör den nämnd som ansvarar för äldreomsorgen bland annat se till att

- äldre personers privatliv och integritet respekteras
- den äldre får stöd i sitt självbestämmande och är delaktig i hur omsorgen utformas
- se till att äldre personer får ett gott bemötande
- verka för att äldre personer ska känna trygghet

I arbetet med värdegrund är det även viktigt att belysa frågor utifrån den enskilde brukaren. Det kan till exempel gälla upplevelse av att vara maktlös, känna otrygghet och mötas av negativa attityder gentemot personer med psykisk ohälsa. Hur arbetar vi för att bemöta dessa upplevelser? Det kan även finnas många etiska konflikter inbyggda i vården av äldre som det är viktigt att reflektera kring på arbetsplatsträffar eller med stöd av en handledare. Socialstyrelsen har publicerat ett vägledningsmaterial som kan vara ett stöd för arbetet med den nationella värdegrunden. Socialstyrelsen har publicerat ett vägledningsmaterial som kan vara ett stöd för arbetet med den nationella värdegrunden [64]. Det är även viktigt att ansvarig nämnd är medveten om de svåra etiska konflikter personalen ofta ställs inför och kan ge vägledning i hur de ska handla, eller vem de kan få stöd och handledning av kring värdegrundsfrågor.

I Socialstyrelsens Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre och Socialstyrelsens Meddelande 3/2012 går det att läsa mer om Socialtjänstlagens värdegrundsparagraf [77,78].

Även om SoL och de allmänna råden inte gäller inom hälso- och sjukvården så kan det vara värdefullt att beakta dessa eftersom de tydliggör etiska värden som också är centrala inom hälso- och sjukvården.

### Bemötande i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen presenterar i september 2013 ett regeringsuppdrag om hur hälso- och sjukvården kan utveckla arbetet med att bemöta patienter på ett tryggt, respektfullt och jämlikt sätt.

# Utvecklad kompetens

---

För att kunna bedriva vård och omsorg som motsvarar målen i HSL och SoL behövs en gedigen yrkeskompetens hos all personal. Kompetensförsörjning är därför av central betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

## Adekvat kompetens

För att kunna möta äldres behov av psykiatrisk vård och omsorg inom primärvården är det viktigt att personalen har en adekvat kompetens för uppdraget. För att stärka primärvårdens kompetens inom området psykisk ohälsa bland äldre räcker det inte med att genomföra kortare utbildningar i ämnet eller kring Socialstyrelsens riktlinjer. En kortare utbildning påverkar sällan läkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga [36]. Det är därför värdefullt att en kortare utbildning för ansvariga läkare kompletteras med att någon eller några på enheten, t.ex. distriktssköterskor, ges en lite mer omfattande utbildning kring psykisk ohälsa och äldre. Detta för att kunna vara samordnare för psykiatriuppgifter eller care manager (se sid 23 kapitel Care manager)

För att primärvården ska kunna ge ett kvalificerat stöd till äldre med psykisk ohälsa behöver primärvården ha tillgång till konsultinsatser i form av till exempel psykoterapeuter för att kunna erbjuda KBT-behandling och annan psykoterapi. Primärvården bör även ha möjlighet att konsultera geriatriker när behov finns.

Socialstyrelsen ansvarar sedan 2013 för de så kallade SK-kurserna (specialistkompetens kurser) i äldrepsykiatri riktade till läkare. Utbildningarna avpassas efter efterfrågan.

För att kunna stärka och ta vara på den enskilde äldres egna resurser är behöver det finns tillgång till paramedicinsk kompetens för att till exempel kunna skriva ut kognitiva hjälpmedel till de som har behov av detta och genomföra träning i grupp eller individuellt [39].

# Stöd för rehabilitering och egenvård

---

För att möta äldre personer med eller som riskerar psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge insatser utan även ge möjlighet att stärka den egna förmågan att möta sin psykiska ohälsa. Det här avsnittet handlar till stor del om att stärka den enskildes empowerment<sup>1</sup> genom sysselsättning, hjälpmedel, utbildning eller självhjälpgrupper.

## Daglig sysselsättning

Flertalet personer som har ett psykiskt funktionshinder och fyller 65 år blir organisatoriskt överflyttade från den specialiserade socialpsykiatrin till den kommunala äldreomsorgen [82,83]. Det innebär ofta att de går miste om daglig sysselsättning. Sådan verksamhet kan ha hjälpt till att organisera och ge innehåll till vardagen och även gett möjlighet till att träffa personer med liknande problem. I och med att många psykiskt funktionshindrade har ett dåligt socialt nätverk och ofta kan ha behov av regelbundenhet i vardagen, är det angeläget att övergången till att blir ålderspensionär planeras i förväg. Men i detta ingår även planera för verksamhet som har möjlighet att erbjuda gruppen daglig sysselsättning utifrån den enskildes behov och önskemål.

## Patientutbildning

Patientutbildning i grupp är en verksamhet som finns för patienter och närstående vid till exempel långvariga och kroniska sjukdomar. Syftet är att ge patienter och närstående mer kunskap, delaktighet och möjlighet att hantera sjukdomen/funktionshindret och den förändrade situationen. Denna verksamhet kan hjälpa patient och närstående att handskas med sjukdomen och göra det lättare att leva med en långvarig sjukdom, funktionsnedsättning eller skada. Det kan även vara ett sätt att få kunskap om olika behandlingsalternativ och egenvård [41]

Flera vårdgivare har startat ”patientskolor” som leds av vårdpersonal, ofta i samarbete med patientföreningar. Flera landsting till exempel Region Skåne [84] har provat en modell som används i Norge att involvera personer i som länge har levt med en långvarig eller kronisk sjukdom i sin egen vård [85].

Även kampanjen (H)järnkoll om öppenhet kring psykisk ohälsa har under de senaste åren utbildat så kallade ambassadörer av personer med erfarenhet från psykiatrisk vård som både informerar personalgrupper och patienter om att ha en psykiatrisk diagnos. (H)järnkoll har även utbildat ambassadörer som är över 65 år som kan vända sig till äldre patienter. Ett komplement till

---

<sup>1</sup> Med empowerment avses här egenmakt att individen har makt att påverka sin egen situation.

en patientutbildning kan vara Min guide till säker vård som Socialstyrelsen gav ut 2011 [33].

Patientutbildningarna kan även rikta sig till närstående för att ge kunskap om sjukdomen, olika behandlingar, vilka rättigheter man har som patient och närstående liksom vart man kan vända sig med problem eller frågor. Utbildningarna genomförs idag inom hälso- och sjukvården. Det finns inget som hindrar att motsvarande utbildningar även genomförs inom socialtjänsten, exempelvis i samarbete med (H)järnkoll.

## Förskrivning av kognitiva hjälpmedel

Många äldre med psykisk ohälsa har även kognitiva funktionshinder såsom minnessvårigheter och svårigheter att planera och organisera sin vardag. Det är viktigt att det finns kunskap om kognitiva tekniska hjälpmedel som äldre med psykisk ohälsa kan behöva för att leva ett självständigt liv.

## Förskrivning av fysisk aktivitet – enskilt eller i grupp

I nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården rådgivande samtal kring bland annat fysisk aktivitet med skriftlig ordination av fysisk aktivitet uppföljning till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet [34]. Studier visar även att fysisk aktivitet är viktigt hjälpmedel för att uppnå en bra psykisk hälsa [35].

För att stimulera till fysisk aktivitet har kommuner som till exempel Säffle, i samarbete med lokalt gym, startat seniorstyrketräning med ett drygt 100 tal aktiva medlemmar [79]. Andra kommuner har byggt upp gym i anslutning till särskilda boenden som kan vara tillgängliga för äldre med hemtjänstinsatser. Motionerandet underlättas om det finns grönområden eller friskvårdsaktiviteter tillgängliga i den äldres närhet till exempel på äldreboenden eller genom pensionärsorganisationer. Många kommuner har lagt in äldres fysiska aktivitet som en del av personalens arbetsuppgifter på särskilda boenden och schemalagt verksamheten utifrån detta.

För att säkra att äldre med behov av fysisk aktivitet för att uppnå en skälig levnadsnivå kan detta även ingå i biståndsbeslutet.

## Hälsundersökning

Äldre med psykisk funktionsnedsättning har större risk än genomsnittet att få högt blodtryck och höga blodsockervärden. De har även högre dödlighet i till exempel cancer [25-28]. En orsak kan ibland vara att de både har en bristande kroppsuppfattning och avsaknad av kontakter inom den somatiska sjukvården i den utsträckning som behövs. Detta kan vara skäl till att regelbundet erbjuda personer med psykiska funktionshinder hälsundersökningar. En variabel som ingår i Socialstyrelsens inventeringsverktyg (se textavsnittet: Inventering av personer med psykiska ...) är om den enskilde har erbjudits en hälsundersökning under de senaste två åren.

Västra Götalandsregionen erbjuder alla över 65 år i Göteborg ett hälsosamtal för 50 kronor. Utöver hälsosamtalet och upprättandet av en hälsoplan med egna aktiviteter erbjuder man även möjligheten att delta i en livsstilsgrupp. I hälsoundersökningen berörs psykisk ohälsa genom att frågor ställs om trygghet, sömn och oro. Arbetet sker i samarbete med Göteborgs stad vad gäller till exempel information om äldreomsorg. [62]

Ett problem kan vara att nå personer med en djup depression. För att nå denna grupp behövs därför mer än att skicka en skriftlig inbjudan till en hälsoundersökning [52, 53].

Ett komplement till hälsoundersökningar kan vara uppsökande verksamhet och hälsosamtal.

## Förebyggande hembesök

Äldre med psykisk ohälsa är en grupp som har högre dödlighet i olika folksjukdomar som cancer och diabetes. Troligen har även till exempel djupt deprimerade personer bristande kunskap om sina rättigheter att få stöd och hjälp. Uppsökande hembesök kan vara ett verktyg för att kunna lämna information om socialtjänsten samt förmedla kontakt med hälso- och sjukvården om den enskilde så vill. Det kan även vara ett medel att informera om kommunens aktiviteter och att ge stöd för hälsosamma kost- och motionsvanor. Därutöver kan det vara ett komplement till Socialstyrelsen inventeringsverktyg, se sid 18 Inventering av personer med psykiska ...) för att få en uppfattning om vad de enskilda brukarna efterfrågar för insatser från samhället.

Däremot är enbart uppsökande verksamhet inte effektivt för att ändra människors beteenden till exempel vad gäller matvanor. För det krävs det vanligen andra kompletterande insatser. Ett annat problem är att många tackar nej till hembesök och bland dessa finns troligen en del med allvarlig psykisk ohälsa [45]. Det är angeläget att hitta nya former att nå äldre med psykisk ohälsa förutom hembesök, exempelvis genom riktade informationsmöten på äldreboenden och vårdcentraler.

## Självhjälpsgrupper och sorg

Att åldras innebär ofta att man drabbas av svåra förluster som man kan behöva hjälp och stöd för att behandla. En förlust som drabbar många är att ens närmaste make eller maka dör. Att sörja är något naturligt, men ofta kan man behöva stöd i sin sorg. Det är värdefullt om man inom både primärvården och socialtjänsten har beredskap för att möta äldres sorg. Flera primärvårdsenheter har i dag team som erbjuder samtalsbehandling vid sorg av en kurator eller psykolog.

På många ställen i USA erbjuder man sedan 1964 ett widows-to-widows till nyblivna änkor/änklingar. Modellen bygger på att nyblivna änkepersoner kan få stöd i att bygga upp sitt nya liv som ensam av andra änkepersoner som kommit lite längre i sitt sorgearbete [45].

I Sverige erbjuder flera landsting självhjälpsgrupper till personer som förlorat en livspartner eller på annat sätt drabbats av en svår förlust. Ett

exempel är Hälsodisken Hisingen som sedan drygt tio år erbjuder självhjälpgrupper med samtalsledare till änkepersoner [46, 47].

En studie som Stockholms läns landsting genomfört 2013 visar att äldre kan ha nytta av psykodynamisk gruppbehandling. Syftet med behandlingen är att till exempel acceptera sin förlust av hälsa och/eller partner men även försonas med gamla traumatiska upplevelser. Metoden kan användas för personer med en komplicerad sorg som de själva har svårt att ta sig ur [48].

## Annat stöd

Våren 2013 startade Föreningen Psykisk hälsa, med stöd av Stockholms Stads Äldreförvaltning och Stiftelsen Solstickan, en Äldretelefon riktad till personer som mår psykiskt dåligt. Telefonen är bemannad av specialutbildade volontärer vardagar klockan 10-15. Även Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd (SPEC) har telefonjour för dem som är närstående till någon som tagit sitt liv. Telefonen är bemannad klockan 19-22, med personer med en liknande erfarenhet

Ett utvecklingsområde är ”Första hjälpen till psykisk hälsa” (Mental Health First Aid -MHFA). Det är ett australiskt utbildningsprogram för att främja den psykiska hälsan och förebygga självmord. Under 2013 har Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) i uppdrag att anpassa materialet till äldre. Därutöver kommer cirka 50 instruktörer från hela landet att utbildas, som i sin tur kommer att leda utbildningar i sina egna kommuner och landsting. Målet för satsningen är att öka förståelsen för personer med psykisk ohälsa. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) kommer att utvärdera satsningen. Modellen har tidigare utvärderats för verksamheter riktade till barn och unga [38].

# Förändrings- och förbättringsarbete

---

Om man ska förändra arbetssätt och attityder gentemot äldre med psykisk ohälsa är det viktigt att vara beredd på att det tar tid. Ett systematiskt arbete för att tidigt upptäcka, diagnostisera och behandla äldre med psykisk ohälsa tar tid, och har varken början eller slut. För att lyckas förändra arbetssättet krävs det många olika insatser. Utöver vägledning och utbildningsinsatser behövs det ofta andra insatser som till exempel en samordnare som har en vidareutbildning i psykiatri. Socialstyrelsen har på [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se) ett stöd för hur man kan arbeta evidensbaserat i den vardagliga praktiken.

## Att arbeta evidensbaserat

Grunden i den evidensbaserade praktiken innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.

Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.

Evidensbaserad praktik förbättrar möjligheterna att hjälpa, minskar risken för att skada, ger ökad transparens, främjar utveckling och ger sammantaget en bättre beslutsgrund.

Evidensbaserad praktik minskar risken för snabba beslut om insats. En bra strategi är att medvetet försöka undvika att tänka på lämpliga insatser till efter att problemanalysen är genomförd.

## Implementering

En viktig del i arbetet med att arbeta med en evidensbaserad praktik är att ha en metod för att implementera ny kunskap och nya arbetsmetoder. På [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se) beskrivs fyra faser i implementeringen:

1. Allt utvecklingsarbete börjar med en inventering av vilka behov man har av nya metoder eller arbetssätt.
2. När inventeringen genomförts och det finns ett beslut om att de ska genomföras är det viktigt att säkra att man har de resurser som krävs för genomförandet. För att klara av detta är det viktigt att förändringen har förankrats i organisationen.
3. Varje metod innehåller delar som utgör essensen i metoden, så kallade kärnkomponenter. En viktig del i implementeringen av en ny metod är att använda kärnkomponenterna på det sätt som är avsett. Om kärnkomponenterna har används på rätt sätt kan man säga att metoden har implementerats korrekt.
4. När mer än hälften av de professionella använder metoden på rätt sätt kan man säga att metoden är implementerad. [59, 63]



Socialstyrelsen har gett ut en broschyr *Om implementering*, som tar upp hur man kan förändra ett arbetssätt [42]. Här beskrivs detta i några punkter.

## Praktiskt stöd för att förändra arbetssätt

Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap har utvecklat en metod för att genomföra utveckla nya arbetsformer inom och mellan verksamheter som kan vara användbart för att utveckla arbetet med äldre med psykisk ohälsa.

### Viktiga utgångspunkter för arbetet

- Aktivt, förebyggande ledarskap. Sök enighet och samarbete för ett långsiktigt och systematiskt arbetssätt.
- Bygg goda relationer och team. Samverka över organisations- och verksamhetsgränser.
- Erkänn behov av förändringar.
- Använd gärna externa krafter men utnyttja dem så att ni själva lär er att utvecklas på egen hand.

### Analysera problemet och bestäm inriktning på arbetet

- Klarlägg hinder och möjligheter. Ta hjälp av personer som är relevanta i sammanhanget.
- Utbilda, informera och öva genom hela förändringsprocessen.

**Att tänka på:** Beslut som är enbart symboliska, det vill säga till intet förpliktigande, ger sällan resultat, framförallt inte hållbara resultat som syftar till att uppnå mål.

### Att klargöra innan förändringsarbetet startar

- Att ledningen står bakom behovet av förändring och därigenom skapar personella, ekonomiska och administrativa förutsättningar.
- Inventera befintlig kompetens; räcker den som finns i organisationen eller behövs extern hjälp? Utbildning av alla medverkande är A och O.
- Inventera praktiska och faktiska möjligheter att utföra arbetet.
- Främja ett tillåtande klimat. Det ska vara tillåtet att diskutera och ifrågasätta rådande uppgifter, strukturer, rutiner m.m.

**Att tänka på:** Se till att hela tiden få med ny personal i utvecklingsarbetet.

### Se till att uppgifter, ansvar och befogenheter är

- tydliga.
- relevanta.
- möjliga att genomföra.
- etiska.

**Att tänka på:** Det är klokt att först satsa på de medarbetare som är positivt inställda.

### Stöd och legitimitet

- Förvissa er om att det finns både tillåtelse och en bred acceptans för förändringsarbetet.
- Försäkra er om stöd på flera nivåer i organisationen (nödvändigt för en varaktig förändring).

**Att tänka på:** Både bland personal och brukare kan enskilda individers intressen och motiv inverka både positivt och negativt på arbetet. Tänk igenom hur eventuella intressekonflikter och revirtänkande kan hanteras. Det är klokt att först satsa på de medarbetare som är positivt inställda.

### Genomförande

- Klarlägg ansvarsfördelningen. Ledningen måste vara synlig och tydlig.
- Genomför implementeringen i små steg, ta inte hela organisationen på en gång. Överväg att skapa en separat organisation för implementeringsarbetet. Det ger större kreativitet men å andra sidan kan det sedan bli svårare att integrera förändringen i den ordinarie verksamheten.
- Övervaka och dokumentera genomförandet.

**Att tänka på:** Undvik om möjligt att genomföra andra krävande aktiviteter medan förändringsarbetet pågår eftersom dessa kan försvåra arbetet. Ha tålamod och visa uthållighet. Implementering av nya arbetssätt kan ta flera år.

### Uppföljning och utvärdering

- Följ upp kontinuerligt.
- Utvärdera såväl följsamheten till arbetsmetoden som resultat och effekterna av det arbete som har genomförts.
- Förmedla resultaten och effekterna av såväl uppföljningar som utvärderingar – både positiva och negativa – till alla berörda.

**Att tänka på:** Det som ska implementeras kan eventuellt behöva förändras med tiden.

### Omvärldsbevakning

- Andra aktörers (till exempel myndigheter, organisationer, marknaden och medborgare) agerande kan ha betydelse för implementeringen.

**Att tänka på:** Ingen organisation verkar helt isolerad från sin omgivning [60].

Genom att använda ett systematiskt arbetssätt för att införa nya metoder eller genomföra förändringar i arbetet ökar möjligheten att de förändringar man tänkt genomföra verkligen genomförs [63]. Genom att arbeta systematiskt med evidensbaserad praktik ökar även möjligheten att de äldre som lider av psykisk ohälsa blir hörda och deras erfarenheter blir en del av den framtida praktiska vården och omsorgen.

## Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer i 5 kap 2 § krav på vårdgivare och de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ha en systematisk egenkontroll för att följa upp och utvärdera om verksamheten uppfyller de processer och rutiner som krävs för att uppnå en bra kvalitet. Uppföljning och utvärdering kan även ge vinster i form av förbättrad effekt av såväl farmakologisk som icke-farmakologisk behandling, vilket ökar kvaliteten i vården. 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 diagnoserna. Detta ger bättre förutsättningar för att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle, och att såväl över- som underbehandling undviks. Ett instrument för detta är läkemedelsgenomgångar. Läs gärna Socialstyrelsens Vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka [56].

# Referenser

---

1. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2012 Socialstyrelsen och SKL 2013 sidan 53.
2. *Äldrepsykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svensk psykiatrisk förening och Gothia Fortbildning 2013.
3. Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02) SV 30.3.2010 Europeiska unionens officiella tidning C 83/389
4. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Befolkningsstatistik: Folkmängd efter ålder och kön. År 2009–2110. Statistiska centralbyrån 2010
6. Regionala prognoser: Allt färre bor i glesbygd. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2012
7. Lyketsos, C.G., et al., *Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1997. **9**(4): p. 556-61.
8. Magnusson, Ann-Sofie: Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006. Göteborgs universitet 2010.
9. Psykisk ohälsa, attityder, kunskap och beteenden. Befolkningsundersökning 2009 och 2010 – Skåne län Stockholm. (H)jämkoll 2010.
10. Äldres psykiska ohälsa. – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
11. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
12. Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
14. Lägesrapport Hälso- och sjukvård 2007. Socialstyrelsen; 2007.
15. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
16. Lägesrapport 2012 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
17. Lägesrapport 2013 – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
18. Psykiska besvär/sjukdomar hos äldre personer i Gävleborgs län. Landstinget Gävleborg; 2012.

19. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
20. Behandling av vuxna för sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
21. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting. Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen; 2012.
22. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
23. Psykosocial kompetens i primärvården. Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
24. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
25. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
27. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
28. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
29. Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2012.
30. Sekretess- och tystandspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2012.
31. Överenskommelser om samarbete. Socialstyrelsen. Meddelandeblad 1/2010.
32. Samverkansöverenskommelse för personer med psykisk funktionsnedsättning. Kronobergsläns landsting och kommuner 2012
33. Ambition och ansvar *Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder SoU 2006:10*
34. Psykisk ohälsa hos äldre En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen. Socialstyrelsen 2011.
35. Äldres behov i centrum Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2013.
36. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU 2012
37. Mobil distriktssköterska/äldresjuksköterska på vårdcentral. Se Västra götalandsregionens hemsida 2013
38. Multi 7 - en standardiserad arbetsprocess för sammanhållen vård och omsorg. Se Umeå kommuns hemsida 2013

39. Elisabeth Rydwick red. :Äldres hälsa ett sjukgymnastiskt perspektiv. Studentlitteratur 2012.
40. Bostad med särskild service och daglig verksamhet En forskningsöversikt. Socialstyrelsen 2011.
41. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal Socialstyrelsen 2012.
42. Region Skåne: Utvärdering av Patientforum i Lunds patientutbildningar. Finns på Region Skånes hemsida. Publicerad i tidskriften Vård i Norden 2011:2.
43. Nationalt kompetenscenter för lärling og mestring: Arbeidsmåten i lærlings- og mestringscentrene Standard metode 2011- versjon; 2011
44. Min guide till säker vård. Socialstyrelsen; 2011.
45. Agneta Grimsby: Sorg och efterlevandestöd Erfarenheter från Änkeprojektet vid Sahlgrenska i Göteborg Vårdalinstitutet 2007
46. Vårdalinstitutets hemsida och Hälsodisken Hissingens hemsida
47. Agneta Grimsby Sorg och stöd bland äldre Kunskapsöversikt och rekommendationer utgiven av SPF 2002
48. Stockholms läns landsting: Erfarenheter av psykodynamiska gruppbehandlingar för patienter 65 år och äldre inom Psykiatri Södra Stockholm 2013.
49. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2011
50. Samhällsplanering för ett aktivt liv – fysisk aktivitet, byggd miljö och folkhälsa. Folkhälsoinstitutet 2008.
51. Seniorstyrketräning. Säfflekommuns hemsida
52. Karin Enzell: Psychiatric study of 69-year-old health examinees in Stockholm. en del av studien gavs ut av Socialstyrelsen 1977
53. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC The Cochrane Library 2013
54. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser sid 51-76 Socialstyrelsen 201.
55. Utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa. En effektstudie i två län. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) 2013
56. Vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre och multisjuka. Socialstyrelsen 2013.
57. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll. Socialstyrelsen 2011
58. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör. Socialstyrelsen 2012.
59. Om implementering. Socialstyrelse 2012.
60. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) 2013.
61. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning.

62. Information från Berit Axelsson utvecklingsledare för primärvården i Västra Götaland
63. Kunskapsguiden.se Om evidensbaserad praktik. Socialstyrelsens webbportal för kunskapsspridning 2013.
64. Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial. Socialstyrelsen 2012.
65. Stockholms stads utrednings- och statistikkontor i samarbete med Äldrecentrum 2009
66. SBU (2004) Behandling av depressionssjukdomar
67. Rinkeby Äldrecentrum. Mötesplats för äldre i Rinkeby. Rapport Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
68. Lescher-Nuland och H Gautun. Helse- och omsorgsbehov bland äldre lesbiske och homofile . En litteraturgenomgång Oslo 2010
69. Handikappomsorg - Lägesrapport 2006 Socialstyrelsen 2007.
70. Handbok om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
71. Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder SoU 2006:100]
72. .Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2012
73. Sekretess- och tystnadspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2012.
74. Multi7 – Delprojektet Sammanhållen vård och omsorg. Utvärdering Västerbottens läns landsting och Umeå kommun
75. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2012.
76. Samordnat kontaktmannaskap. Arbetsmodell för Arbetsmodell för samordning av insatser för personer med psykiska funktionshinder. Landstinget Jönköping, Jönköpings kommun, Habo kommun och Mullsjö kommun. 2010
77. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre SOSFS 2012:3. Socialstyrelsen 2012.
78. Meddelandeblad 3/2012 Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre Socialstyrelsen 2012.
79. Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Socialstyrelsen 2010
80. Meddelandeblad 9/2012 Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning Socialstyrelsen; 2012.

81. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2012
82. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 - Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2013.
83. Bostad med särskild service och daglig verksamhet. En forskningsöversikt. Socialstyrelsen; 2011.
84. Region Skåne: Utvärdering av Patientforum i Lunds patientutbildningar. Publicerad i tidskriften Vård i Norden 2011:2.
85. Nationalt kompetenssenter for lærling og mestring: Arbeidsmåten i lærlings- og mestringscentre Standard metode 2011- versjon; 2011
- 86.
- 87.



## Del 2

Det är inte alltid som man tror – att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa

# Inledning

---

Det kan vara svårt att uppmärksamma symptom på psykisk ohälsa hos äldre individer som inte sällan har flera andra samtidiga sjukdomar. Sjukdomsbilden hos äldre är ofta annorlunda än hos yngre, symptom på psykisk ohälsa är ofta mer diffusa och det finns större risk att en psykiatrisk diagnos förbises. Ett exempel på detta är att bland de äldre som avlider i suicid har 70 procent sökt sjukvård en månad innan, och mer än var tredje har sökt sjukvård en vecka innan.

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. Målet bör med all behandling vid hög ålder vara att förbättra livskvalitet och funktionsförmåga.

Äldre är ofta känsliga för vissa läkemedelsbiverkningar men kan bli mer okänsliga för andra. 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.

Denna vägledning syftar till att dels ge en översikt av vanliga och viktiga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre individer, dels att ge vägledning kring symptom och diagnostik för att bättre kunna uppmärksamma äldre individer med psykisk ohälsa.

# Kompetens inom äldrepsykiatri

---

Kunskapsområdet äldrepsykiatri omfattar alla sjukdomar och tillstånd med psykiska eller kognitiva symtom hos äldre oavsett orsak.

Det gäller exempelvis kognitiva nedsättningar och konfusion vid andra psykiska eller somatiska sjukdomar, affektiva sjukdomar, ångest, konfusion, psykoser, kriser, beroendesjukdomar, personlighetsstörningar. Inom kompetensområdet äldrepsykiatri krävs en samtidig djup somatisk kompetens då psykiska och somatiska sjukdomstillstånd ofta förekommer samtidigt och interagerar med varandra.

Behovet av äldrepsykiatrisk kompetens uppkommer framför allt när det biologiska åldrandet accelererar eller annan sjuklighet och kognitiva svårigheter gör sig gällande. Äldrepsykiatrisk kompetens kan också användas när yngre personer drabbas av kognitiva sjukdomar eller multisjuklighet. Att bistå patienter med nedsatt autonomi ställer krav på etiska överväganden och juridiska kunskaper.

Socialstyrelsen har beslutat att anta förslag om att äldrepsykiatri blir egen specialistkompetens för läkare. Införandet av specialiteten träder i kraft i och med att en ny föreskrift för läkarnas specialiseringstjänstgöring fastställs, vilket beräknas ske XX-XX-XX. 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.

# Del 1 Åldrande och psykiska och kognitiva sjukdomar

---

I följande avsnitt ges en översikt av dels åldrandets effekter på området psykisk ohälsa, dels vanliga och viktiga psykiska och kognitiva sjukdomar hos äldre. I avsnitten under del 3 följer vägledning om utredning och diagnostik.

# Åldrandet som risk för psykisk ohälsa

---

## Förändringar i samband med åldrande

### Biologisk åldrande

En skada i hjärnan leder till funktionsförändringar. Vad som påverkas är beroende av var skadan sitter. Vad som orsakar skadan har i sig inte någon betydelse för vilka symptom utvecklas. Vid åldrandet drabbas hjärnan ofta av skador som vaskulära skador (infarkter och vitsubstansförändringar) eller Alzheimers sjukdom. Skador på hjärnan är associerade med kognitiv störning [4]. Om en skada drabbar ett område som har betydelse för tankeförmågor skapas en demensbild. Om området har betydelse för psykiska funktioner kan en psykisk sjukdomsbild uppstå.

Livsstilsfaktorer kan påverka den åldrande hjärnan. Det finns också i hög ålder en plasticitet i hjärnan [5] och att införa fysisk aktivitet vid åldrandet kan leda till positiva effekter på kognitiva förmågor [6]. Sådana förändringar går genom positiva effekter på nervceller och nervcellsfunktion.

### Psykosociala faktorer och åldrande

Åldrandet innebär en rad sociala förändringar. Förvärvsarbetet har för vissa personer varit en viktig del i identiteten – att pensioneras kan leda till negativ påverkan i livet. För andra skapar frihet från arbete nya förutsättningar. Med fortsatt åldrande kommer en rad negativa förändringar: sjukdom, dödsfall hos närstående, handikapp och livsinskränkningar. Det sociala åldrandet åtföljs ofta av minskad aktivitet, såväl psykiskt som fysiskt.

Psykosociala faktorer är en viktig del av åldrandet, både faktorer hos den äldre men också psykosociala faktorer tidigare i livet [7]. Många psykosociala faktorer har associerats med positivt åldrande. Sociala relationer, personlighetsfaktorer, självbild och religiositet påverkar upplevelsen av åldrandefasen [8]. Sjukdomar, som depression, bör också vägas mot den livssituation som personen befinner sig i, även om en depressiv sjukdom också påverkar upplevelsen av livssituationen.

### Psykiskt åldrande

Att åldras innebär en ny fas i livet. Personen lämnar arbetslivet bakom sig. Detta skapar en frihet men också en förlust av gemenskap och i många fall en social position. Åldrandet är en komplex utvecklingsfas i livet där en anpassning till denna nya fas är viktig för ett gott liv. Detta spelar stor roll för välbefinnandet. Förståelse av denna process är viktig för att kunna ge ett gott stöd [9].

## Trauman vid åldrande

Äldre människor utsätts för många trauman. Det kan vara en make/makas död där framförallt män kan reagera starkt negativt. Sjukdomsbilden kan då likna posttraumatiskt stressyndrom. Också andra händelser som sjukdom, olycksfall, egen funktionsnedsättning och närståendes död kan skapa starka trauman [10]. En äldre person kan behöva ha hjälp att bearbeta ett trauma för att undvika att fastna i negativa tankegångar.

## Psykosociala faktorer, effekter på psykisk sjukdom

Psykosociala faktorer kan påverka psykisk sjukdom, oftast depressiva tillstånd. Att bli änka eller änklings är troligen det som påverkar kraftigast. Män påverkas mer än kvinnor[10]. Det finns individuella skillnader i socialt nätverk, aktivitetsnivå och liknande som påverkar. Detta kan delvis ligga bakom de könsskillnader som finns.

Att vara vårdare till en demenssjuk leder till en belastning som kan utlösa depression. Upp till 50 procent av de kvinnliga anhörigvårdarna har rapporterats vara depressiva [16]. Ensamhet och sociala kontakter påverkar. Denna belastning kan leda till allvarliga depressioner och också utmattningsreaktioner.

En människa som blir gammal måste hela tiden anpassa sig till en förändrad livssituation. Förmåga till en sådan anpassning minskar med reducerade kroppsliga och själsliga funktioner. En sådan bristande anpassning är en viktig faktor bakom psykisk ohälsa hos äldre.

# Vanliga och viktiga tillstånd av psykisk ohälsa hos äldre

---

## Depressiv sjukdom

### Frekvens

Frekvensen av depression är ca 15 procent i en population 65 år eller äldre och utgör därmed den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder. I de högsta åldrarna ökar frekvensen depression till det dubbla och vid en rad kroppsliga sjukdomar är frekvensen också ökad till det dubbla. Vid demens ökar risken för depression - vid Alzheimers sjukdom har en prevalens upp till 50 procent rapporterats [34], vid vaskulär demens är frekvensen ännu något högre [35].

### Bakgrund

Neurodegenerativa förändringar leder ofta till depression. Vitsubstansförändringar och depression har ett högt samband.[36]. Detta leder också till att kognitiva symptom och depression samvarierar. Framförallt exekutiva funktionsnedsättningar är vanliga [37].

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

Somatisk sjukdom av olika slag ökar risken för depression. Orsaken är ännu okänd men mycket talar för att inflammatoriska cytokiner kan ligga bakom. Detta kan förklara att olika kroppsliga sjukdomar ger likartade öknings. Sambandet med kroppsliga sjukdomar är dubbelriktad, där också psykisk sjukdom förvärrar kroppslig sjukdom och ökar mortaliteten. Detta kan leda till en ond cirkel hos äldre personer med avsevärt ökad risk för mortalitet [38].

Det är känt att vissa läkemedel kan öka risk för depression, se särskilt avsnitt om läkemedel och psykisk sjukdom). En rad läkemedel kan öka risken för depression. Läkemedel som, kortison, indometasin, 1-DOPA, antipsykosläkemedel (neuroleptika), propranolol och antiepileptika har alla rapporterats kunna ge upphov till depression [31 - 33]. Detta sker inte hos alla som behandlas och det kan vara svårt att säkert veta vilka som drabbas av denna biverkan. Av antipsykosläkemedel är risk för depression störst hos äldre preparat. Den individuella variationen gör att det är svårt att förutse depression som biverkan.

## Symptombild vid depression hos äldre

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

Symptombilden hos äldre är i princip likartad med den hos yngre. Grunden är det sänkta stämningsläget, den negativa framtoningen där livsglädje saknas. Däremot ses mer förmåga hos äldre att, vid enstaka tillfällen, ryckas med och visa en positiv bild. Den försvinner så snart stimulansen minskar. De depressiva symptomen kan yttra sig som om det som glädde tidigare idag inte ger samma känsla eller i en allmän hopplöshetskänsla. Symptomen hos äldre liknar de hos yngre men det sänkta stämningsläget visas ofta inte, ångestsymptom kan te sig som kroppslig sjukdom och en samtidig kroppslig sjukdom kan maskera en depressionssjukdom [40]. För att kunna påvisa en depression behövs därför en specifik inriktning på att identifiera de depressiva symptomen.

Ångest är ett mycket vanligt symptom vid depression i hög ålder och är en komponent, vid sidan av sänkt stämningsläge och kroppsliga symptom [41]. Ångest kan te sig som en sjukdomskänsla ”jag tror att livet är slut”.

Sömnpblem är vanliga vid äldres depression. Det gäller både svårighet att somna och tidigt uppvaknande.

Kroppsliga symptom är vanliga vid äldres depression [42]. Det leder till att många söker vård för rent kroppsliga symptom. Finns en kroppslig sjukdom kommer symptomen att framhållas på ett onormalt sätt.

En psykomotorisk hämning ses ibland hos äldre och denna kan vara uttalad.

Vid djupare depression ses ofta livsleda. Självordsrisken är större hos äldre män än i någon annan grupp [43, 44]. Även hos kvinnor ökar självordsrisken i hög ålder. Äldre personer med självordstankar söker läkare i primärvården oftare för somatiska besvär medan yngre söker för psykisk sjukdom. Vid djup depression skall alltid en självordsbedömning göras.

Psykotiska symptom är vanliga vid djupare depression hos äldre. Det kan röra sig om depressiva vanföreställningar. Det kan också vara rent hallucinatoriska tillstånd som för tanken till vanföreställningssyndrom. Också mot vanföreställningssyndrom finns en gradvis övergång, behandlingen är dock symptomvässig varför alltid en depressiv komponent måste beaktas.

En typisk dygnsrytm finns ofta hos äldre. Morgonaccentuering av depressiva symptom eller ångest är en del av grundsymptomen vid depression och talar starkt för en depressionsdiagnos.

## Självord och äldre

Äldre har en ökad risk för att självord [44]. Detta gäller framförallt de som är över 80 år. Självorden har en annan framtoning med en allvarigare innebörd än hos yngre. Den faktor som framförallt ökar självordsrisken hos äldre är depression [44]. Även ”lättare” depressiva tillstånd har en ökad självordsfrekvens. Alkoholmissbruk, ångest och psykosjukdomar ökar



också självmordsrisken. Tidigare självmordsförsök ökar och tunt socialt nätverk är också riskfaktorer för självmord.

### Faktorer som ökar självmordsrisken hos äldre [47]

- tidigare suicidalt beteende
- aktuella dödstankar, suicidtankar, -planer, -försök
- suicidal kommunikation
- psykiatrisk diagnos
- aktuell symtombild (depressivitet, ångest, psykomotorisk oro och psykotiska symtom medför ökad risk oavsett grunddiagnos)
- tidigare och aktuellt missbruk/beroende

### Andra viktiga faktorer att värdera vid självmordsrisk

- kognitiv förmåga och problemlösningsförmåga
- personlighetsfaktorer
- suicid i släkten
- somatisk sjukdom/funktionsnedsättning
- smärtor
- ensamhet
- förluster
- tillgång till suicidredskap (vapen, läkemedel m.m.)

### Faktorer som kan ha en skyddande inverkan vägs in [47]:

- socialt nätverk
- religiös tillhörighet
- tillgång till praktiskt stöd i vardagen
- god relation mellan patient och vårdgivare, vårdgivarkontinuitet
- god följsamhet till behandling

Vid depressiv sjukdom skall alltid risken för självmord beaktas. Det är viktigt att både se riskfaktorer som att i behandlingen söka minska risken. Att förmedla att det finns goda möjligheter till att bli frisk och att också ge ett gott stöd minskar suicidrisken. En annan viktig aspekt är att följa patienten så att behandlingen genomförs. Patienten skall följas tills behandlingen har gett önskat resultat [48] Vid behov måste därför behandlingsintensiteten öka, patienten kan annars lätt tro att förbättring inte är möjlig.

## Ångestsyndrom

Ångest är ett vanligt symptom hos äldre personer. För att ge en adekvat behandling är det nödvändigt att ställa en adekvat diagnos. Behandling med enbart bensodiazepiner dämpar endast vissa symptom och vid långvariga problem kan leda till ett beroende [49]. En adekvat behandling kan däremot ofta skapa en långvarig symptomfrihet utan biverkningar.

Det finns relativt stor osäkerhet om frekvensen av ångestsjukdom hos personer 65 år och äldre. Troligen är prevalensen cirka 6 procent [50]. De psykiska diagnoser som oftast leder till ångest hos äldre personer är:

- generaliserat ångesttillstånd
- fobier och tvångstillstånd
- posttraumatiskt stressyndrom
- ångest vid depression
- ångest vid bensodiazepinberonde
- stressreaktioner
- konfusion med ångestinslag
- akatisi

### Generaliserat ångesttillstånd, fobier och tvångstillstånd

Generaliserat ångesttillstånd, fobier och tvångstillstånd är av samma typ hos äldre som hos yngre. Frekvensen anges till cirka 4 procent [50]. Sjukdomen kan vara livslång, i enstaka fall träffar man på obehandlade tillstånd hos äldre som varat sedan ungdomsåren. Som regel fortsätter en ångestsjukdom även in i åldrandet.

Det finns också nydebuterad ångestsjukdom hos äldre. Här misstänks ofta hjärnskador som orsak [51]. Sjukdomen är då ofta lite atypisk och uppfyller inte alltid alla diagnostiska krav.

Symptombilden av ångestsjukdom hos äldre individer liknar den hos yngre. Oro och ångestsymptom dominerar. Vid fobier eller tvångstillstånd kommer oron i specifika situationer. Symptomen förmedlas vanligtvis starkt till omgivningen och hemlighålls inte. Panikattacker kan finnas och differentialdiagnosen till akut hjärtsjukdom skapar ett tydligt diagnostiskt problem.

### Posttraumatiskt stressyndrom hos äldre

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte ovanligt hos äldre. Det är ett tillstånd som orsakas av reaktioner 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 skapat en sjukdomsperiod. Trauma i åldrandet kan också skapa liknande reaktioner och exempelvis att bli änklingskan leda till PTSD-bild [10]

Prevalensen PTSD i Sverige anges till ca 6 procent. I områden där krigshandlingar förekommit kan frekvensen vara 30 procent eller högre [52]. 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. Eftersom PTSD oftast är en långvarig sjukdom, kan man misstänka att prevalensen i hög ålder är stor och underdiagnostiken påtaglig.

PTSD är förenat med svår ångest. Att tala om bakgrunden leder till ökning av ångest och patienten undviker det därför. Bakgrunden till sjukdomsbilden berättas inte och detta leder till att den egentliga grunden inte kommer fram.

För att hålla undan påträngande återupplevanden av trauman har en person med PTSD olika strategier. Kliniska observationer visar att en viktig

strategi är att var sysselsatt. Personen arbetar ofta långt mer än vad som är vanligt och kan då lyckas väl i yrkesliv, men familjelivet påverkas negativt. Vid pensionering är denna strategi inte möjlig och då återkommer symptomen, ofta på ett sätt som är svårt att förstå för omgivningen. Debut av demenssjukdom eller annan svår sjukdom kan också leda till att symptom på PTSD återkommer.

### Ångest som del av depressionssjukdom

Ångest och depression finns oftast samtidigt i hög ålder. Det finns en kontinuerlig övergång mellan rena depressiva tillstånd och rena ångesttillstånd. För en framgångsrik behandling behöver man ofta behandla båda dessa komponenter. Detta har betydelse vid val av antidepressivt läkemedel. Ångest vid depression minskar vid behandling av den depressiva komponenten. Vid en kvarstående ångest kan en specifik behandling av ångest förstärka effekten.

Det är viktigt att diagnosen är korrekt. PTSD kan ge liknande symptom men behandlingen är då annorlunda. Vid djup depression och ångest är en förutsättning att de depressiva symptomen hävs för att ångesten skall minska. Här kan ibland behandling med både serotonin- och noradrenalin-aktiva läkemedel krävas.

### Ångest vid bensodiazepinberoende

Bensodiazepinberoende skapar ångest. Vid ett beroende fordras en viss minsta bensodiazepinkoncentration för att få ångestfrihet. Den fås i koncentrationstoppen efter att en tablett tagits men när koncentrationen sedan sjunker kommer ångesten. Denna ångest kan då hejdas med ökande tablettintag. Detta leder i sin tur till en alltför hög dos och med detta biverkningar som kan vara allvarliga. Man ser framförallt påverkan på kognitiva funktioner, muskelsvaghet och trötthet.

Varje minskning av dosen bensodiazepin leder till ökad ångest. Grundregeln är att minska ångest med icke beroendeframkallande medel, så långt det går med SSRI-preparat och eventuellt pregabalin [53]. Detta gör ofta att man kan gradvis minska doserna av bensodiazepiner. Om det ändå inte går att sätta ut läkemedlet kan i vissa enstaka svårbehandlade fall ett byte till en regelbunden medicinering med benzodiazepinen diazepam, Detta preparat har längre halveringstid än övriga benzodiazepiner, vilket minskar variationen av serumkoncentrationen. Det tar cirka en vecka från en terapiändring tills steady state erhålls. Diazepam är dock en kraftfull benzodiazepin och klassas som ett olämpligt läkemedel för äldre såsom grupp, och ska därför användas enbart i de specifika fall där detta är relevant. Frågan om utsättning av bensodiazepiner eller underhållsterapi bör alltid bli föremål för en etisk överläggning där positiva och negativa förväntningar vägs mot varandra.

Målsättningen vid fortsatt behandling är att ge såväl acceptabel ångestnivå som en minimering av biverkningar. En förutsättning för detta är en regelbunden medicinering, vid behovs-medicinering tenderar att på sikt bli för hög.

## Stressreaktioner

Stressreaktioner hos äldre leder ofta till ångestliknande reaktioner. Problem skapas när en person inte mentalt kan hantera alla inkommande stimuli. Det skapar en plötslig oro. Sådana reaktioner ses vid akut sjukhusbesök eller liknande. Bakom en sådan stressreaktion finns reducerad mental förmåga, som kan vara orsakad av vaskulära förändringar i hjärnan eller av uttalade åldersförändringar. Grunden är en minskad simultankapacitet och en minskad mental flexibilitet. Vid uttalad stress kan oron övergå i ett konfusionellt tillstånd. Behandlingen är att minska på den yttre stressen.

## Konfusion

En konfusion kan te sig som ett ångesttillstånd. Man har då också reducerade kognitiva förmågor och andra symptom kan tillstöta. Se sid om konfusion.

## Akatisi

Akatisi är ett mycket plågsamt tillstånd där en person inte kan vara stilla med benen. Personen går hela tiden, eller rör benen om den hindras från att röra sig. Förutom den fysiska oron finns en svår psykisk oro som är svår att beskriva. Irritabilitet och aggressivitet kan finnas.

Bakom akatisi finns ofta en antipsykotisk medicinering men kan också uppstå av hjärnskada [54]. Diagnosen ställs på typiska symptom och säkerställs på att symptomen försvinner snabbt av en dos snabbverkande leviodopa/karbidopa. Om akatisin är läkemedelsutlöst skall den antipsykotiska medicineringen minskas eller bytas. Finns ingen bakomliggande läkemedelsbehandling kan pramipexol ges i lägsta verksamma dos.

## Kognitiv störning och demenssjukdom

Demens definieras som en varaktig kognitiv störning som leder till social eller yrkesmässig funktionsnedsättning. Minnesproblem skall enligt definitionen finnas för demens (men kan i praktiken saknas vid tidig frontotemporal demens).

Demens är en vanlig sjukdom. Varje år insjuknar ca 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.

Det finns flera varianter av demenssjukdom. Alzheimers sjukdom är den vanligaste, vaskulär demens näst vanligast. Ytterligare demenssjukdomar är exempelvis Lewy-Body-demens, demens vid Parkinsons sjukdom, frontotemporal demens och alkoholdemens.

## Att få en demensdiagnos

En viktig aspekt är hur en demensdiagnos meddelas. Att få besked om demenssjukdom är ett svårt besked. Den drabbade har i de flesta fall haft 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, men man kan inte lämna en människa i en osäkerhet. 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.

## Mild kognitiv störning

Alla kognitiva störningar faller inte inom demensdiagnos. En kognitiv störning som inte skapar en kraftfull funktionsnedsättning kan inte kallas demens. Begreppet mild kognitiv störning har skapats för denna grupp. Ca 10 procent per år, av personer med mild kognitiv störning drabbas årligen av demens.

En stor grupp personer med mild kognitiv störning kommer däremot inte att få demens. I denna grupp finns personer med stressrelaterade sjukdomar, utmattningssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom, personer med psykisk sjukdom, recidiverande depressioner eller bipolär sjukdom, personer med enstaka mindre hjärninfarkter, lättare traumatiska hjärnskador och alkoholrelaterade skador. Också personer med en depressionssjukdom har ofta en kognitiv oförmåga av motsvarande grad, men denna förbättras efter behandling. En uppföljning kommer att vara till hjälp för korrekt diagnos. Den kognitiva oförmågan bibehålls på samma nivå, eller förbättras, när orsaken inte är en progressiv demenssjukdom.

## Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demenssjukdomar 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.

Med hänsyn till de likheter som finns i neuropatologiska förändringar, men även med tanke på klinisk bild, måste dock ur praktisk klinisk synpunkt Alzheimers sjukdom betraktas som en enhet. Grunden till sjukdomen anses vara förekomst av degenerativa plack, orsakade av inlagring av proteinet beta-amyloid, men en rad andra faktorer bidrar till sjukdomen.

Grundsymtomet vid Alzheimers sjukdom är minnesproblem. Tidigt i sjukdomen är symtomen diffusa och smygande. Uppmärksamhetsstörning och koncentrationssvårigheter märks först i stressade situationer. Svårigheter att hitta ord/lätt afasi kan påverka språklig kommunikation. Orienteringssvårigheter förekommer, framför allt i pressade situationer. Abstrakt tankeförmåga och tidsuppfattning minskar. Patienten har ofta tidigt i sjukdomsförloppet insikt i att mentala funktioner är förändrade och kan,

med hjälp av olika strategier, till viss del kompensera för sin kognitiva nedsättning.

När sjukdomen går vidare försämras samtliga kognitiva aspekter och dysfasi, dyspraxi, dysgnosi och visuospatiala svårigheter blir alltmer uppenbara. Exekutiva störningar tillkommer. Den allmänna funktionsnivån påverkas alltmer och patienten klarar så småningom inte sitt dagliga liv utan hjälp. Personligheten är tämligen väl bevarad, men insikten i graden av oförmåga är nedsatt, trots att det finns en medvetenhet om sjukdomen. Även sent i sjukdomen kan det finnas stunder av påfallande psykisk klarhet.

Upp till hälften av alla med Alzheimers sjukdom har depressiva symtom. Psykotiska symtom finns hos ca 35 procent, ibland tidigt i sjukdomsförloppet. Lewy body-demens är vid tidiga psykotiska symtom en viktig differentialdiagnos till Alzheimers sjukdom. I slutskedet av sjukdomen finns ofta beteendesymtom.

### Lewy body-demens och demens vid Parkinsons sjukdom

Vid Lewy body-demens finns en demensbild med psykotiska symtom, parkinsonsymtom och extrem känslighet för extrapyramidala biverkningar av neuroleptika samt en växlande symtomintensitet, delvis pga konfusionsattacker.

Vid Parkinsons sjukdom med demens inträder de typiska parkinsonsymtomen åtminstone ett år före demenssymtomen, men vid Lewy body-demens är parkinson- och demenssymtomen mer samtidiga.

Demens vid Parkinsons sjukdom debuterar ofta med exekutiva störningar och sekundärt kommer minnesproblem. Specialistundersökning som mätning av tau, fosforylerat tau och beta-amyloid i spinalvätska är av värde för att sätta säker diagnos.

### Symptombild vid Lewy body-demens

|                      |  |
|----------------------|--|
| Demensbild:          | visuospatiala och exekutiva svårigheter  |
| Huvudkriterier:      | parkinsonism<br>synhallucinationer<br>fluktuationer i uppmärksamhet och vakenhet         |
| Tilläggs-kriterier:  | REM-sömnstörning<br>nedsatt dopamintransport i basala ganglier                           |
| Stödjande kriterier: | upprepade fall och svimning<br>övergående medvetanderubbning<br>ortostatisk hypotension. |

### Frontotemporal demens

Frontotemporal demens är en vanligt förekommande primärdegenerativ demenssjukdom som vanligen debuterar innan det egentliga åldrandet. Symptomen finns huvudsakligen från störningar i frontallobernas funktion. Detta skiljer den från tex Alzheimers sjukdom eller demenstillstånd associerade med Parkinsons sjukdom. Också frontotemporal demens består av ett spektrum av likartade sjukdomar. Symptomen är i första hand personlighetsförändringar med minskat omdöme, emotionell avflackning

och minskad förmåga till strukturerade och planerade aktiviteter, medan minnesförmågan är mindre påverkad.

Sjukdomen debuterar oftast före det egentliga åldrandet och kan drabba personer före 50 års ålder. Någon specifik behandling finns inte.

### Vaskulär demens

Epidemiologiska studier och bildframställning av hjärnan har visat att cerebrovaskulära sjukdomar har stor betydelse för kognitiva störningar och utveckling av demenstillstånd. Frekvensen är osäker och anges till cirka 18 procent - 30 procent av alla med en demenssjukdom. Det finns en samsjuklighet mellan vaskulär demens och Alzheimers sjukdom som skapar en osäkerhet om prevalensen.

Symtombilden vid vaskulär demens skiljer sig från den vid Alzheimers sjukdom och de tidiga symtomen utgörs av exekutiva störningar, dvs. nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och genomföra saker samt minskad simultankapacitet. Ofta finns också en långsammare psykomotorik och påverkan på gångförmågan. Vid ökad grad av demens kommer minnessvårigheter och andra kognitiva störningar. Var den vaskulära skadan är lokaliserad påverkar symtomen hos den enskilda individen.

Vaskulär demens är en heterogen grupp. "Vitsubstansförändringar" dvs. förändringar i den vita substansen i hjärnan som ses vid datortomografi/MR-undersökning är associerade med de typiska symtomen, men eftersom liknande förändringar kan förekomma hos personer utan kognitiv störning finns en osäkerhet. Ofta finns också infarkter i hjärnan, som ger fokala symtom.

Det saknas en specifik behandling av vaskulär demens. Kolinesterashämmare har på gruppnivå inte visat samma effekt som vid Alzheimers sjukdom.

Det är viktigt att behandla de depressiva symtomen vid vaskulär demens. Denna behandling är likartad som vid behandling av depression i hög ålder. Initiativlösheten kan te sig som ett depressivt symptom, men är vid denna diagnos ofta orsakad av de grundläggande hjärnskadorna och är mer svårpåverkad av antidepressiv behandling.

### Alkoholdemens

Långvarig, hög alkoholöverkonsumtion kan leda till kognitiv reduktion och demensbild. I de lättaste formerna finns påverkan på exekutiva förmågor, vid mer uttalade former ses minnesproblem och demensbild. Alkoholdemens måste skiljas från Korsakoffs syndrom, som orsakas av akut brist på tiamin i abstinensfasen. Vid alkoholmissbruk sker vanligen en återhämtning av kognitiva förmågor efter en längre tids nykterhet. En demensutredning bör därför inte ske förrän efter 6 månaders alkoholfrihet.

### Andra demensformer

Det finns ett flertal mer sällsynta former av demens, som Creutzfeldt-Jakobs sjukdom, demens efter skallskada eller demens vid HIV. Någon specifik behandling av dessa tillstånd finns inte.

## Beteendesymptom vid demens (BPSD)

Personer med demens kan, framförallt i slutfasen av sjukdomen, ha beteende som är starkt störande för omgivningen. Sådana, icke kognitiva symptom, har sammanfattats under begreppet beteendesymptom vid demens (BPSD - Behavioural and Psychological symptoms in Dementia. "Signs and symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behaviour that frequently occur in patients with dementia")[71]. De flesta med demens kommer någon gång under sjukdomen att uppvisa BPSD-symptom.

### **Symptomen är heterogena och omfattar en rad olika aspekter:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Aggressivitet            | fysisk aggressivitet<br>verbal aggressivitet  |
| Psykotiska symptom       | hallucinationer, vanföreställningar   |
| Affektiva symptom        | sänkt stämningsläge<br>förhöjt stämningsläge  |
| Ångest                   |   |
| Sömn/vakenhetsstörningar | svårighet att sova<br>svårighet att vara vaken  |
| Överaktivitet            | vandringsbeteende,<br>verbal överaktivitet (skrikbeteende)<br>agitation<br>omdömeslöst beteende |

Bakom BPSD finns heterogena orsaker som kan hänföras både till den demente och till omgivningen.

## Psykotisk sjukdom

Psykotiska symptom är vanliga i hög ålder. Den exakta frekvensen är osäker, en uppskattning kan vara cirka 4 procent av personer över 65 år men högre värden har också angivits [55, 56]. Bakom psykotiska symptom finns olika sjukdomstillstånd med mycket olika bakgrund och där behandlingsstrategierna varierar. Det är därför viktigt att psykotiska symptom blir föremål för tillräcklig diagnostik innan behandling sätts in.

## Schizofreni och vanföreställningssyndrom

Schizofren sjukdom som debuterat i yngre år fortsätter och kräver behandling även i hög ålder. Vissa personer med schizofreni drabbas av demenssymptom i hög ålder men det finns en osäkerhet i litteraturen kring detta [57].

Äldre personer, över 65 år, kan drabbas av schizofreniliknande sjukdom men det är sällsynt. De diagnostiska kriterier som finns är inte anpassade till äldre och det finns en mycket stor osäkerhet i diagnostiska avgränsningar. Denna nydebuterade schizofreni i hög ålder har kallats senil parafreni. Ett nytt namn har föreslagits [58]: mycket sent debuterande schizofreni (very late-onset schizofreni-like psychosis).

Vanföreställningssyndrom finns också i hög ålder. De innehåller vanligen icke bisarra vanföreställningar. Terminologin bakom schizofreni och



vanföreställningssyndrom är således tveksam. I diagnostiken följer man dock sedvanliga diagnostiska kriterier i avsaknad av specifika kriterier.

## Konfusion

### Bakgrund

Konfusion (begreppen akut förvirringstillstånd eller delirium används synonymt) är ett tillstånd när hjärnans funktion desorganiseras. Detta tillstånd kan drabba under hela livet men är vanligast hos äldre. Konfusion är vanlig, framförallt hos sjukhusvårdade äldre. Frekvensen varierar i olika undersökningar mellan cirka 10 – 50 procent. I intensivvård av äldre är frekvensen konfusion väsentligt högre. Det finns en stor underdiagnostik av konfusion vilket leder till felbehandling och risk för att tillståndet leder till sekundära skador.

### Bakomliggande faktorer

En rad olika faktorer har associerats med konfusion. Relativ riskökning anges för användning av fysiska begränsningsmedel 4,4, malnutrition 4, mer än 3 läkemedel 2,9, användning av blåskateter 2,4 [59].

### Förändringar i hjärnan och konfusion

Förändringar av transmittorsubstanser ökar risk för konfusion. Minskning av acetylkolin vid Alzheimers sjukdom kan förklara en ökad risk för att utveckla konfusion. Läkemedel som blockerar acetylkolin ökar starkt risk för konfusion, detta ses framförallt hos personer med demens[60]. Ökning av dopaminaktivitet ökar också risk för konfusion. Det är lite känt hur övriga transmittorsubstanser påverkar risk för konfusion.

Skador på hjärnan ökar akut risk för konfusion. Blödning, infarkt, traumatisk skada eller infektionssjukdom leder ofta till konfusion men också hypoglukemi och hypoxi, som minskar hjärnans energimetabolism, är associerad med konfusion.

Åldrandeförändringar ökar risk för konfusion också hos personer som inte visat tecken till kognitiv reduktion. En sådan ökad risk ses redan från 50 – 60 års ålder och ökar gradvis med stigande ålder. Regel är dock att åldrandeförändringar i sig inte är tillräckliga för att skapa konfusion men risken ökar att andra faktorer lättare kan utlösa detta. Demenssjukdomar eller andra typer av hjärnskador ökar kraftigt risk för konfusion. Detta brukar beskrivas som att konfusionströskeln minskar, dvs. hur lätt olika faktorer kan leda till en konfusion.

### Kroppslig sjukdom och konfusion

Kroppsliga sjukdomar av olika slag är förenade med risk för konfusion. Infektioner, operativa ingrepp, dåligt inställd diabetes men också urinstämma eller förstoppning kan leda till konfusion. Konfusion skall därför alltid skapa misstanke om kroppslig sjukdom.

Proinflammatoriska cytokiner som IL-6 och IL-8 som bildas vid kroppsliga sjukdomar är associerade med konfusion[61]. Detta visar hur en kroppslig sjukdom kan leda till de störningar i hjärnan som är associerad med ett konfusionellt syndrom.

## Läkemedel och konfusion

Läkemedel ger ofta konfusion. Framförallt läkemedel med antikolinerga effekter är ofta starkt konfusionsframkallande. Vid kraftig antikolinerg mediciner, t ex förgiftning med tricykliska antidepressiva, är konfusion regel. De bakomliggande mekanismerna är inte kända i detalj men uppenbart är en viss acetylkolinnivå i hjärnan nödvändig för hjärnans funktion [60].

Alla läkemedel med antikolinerg effekt kan vara konfusionsframkallande och bör undvikas hos äldre. Detta är en viktig förebyggande regel vid läkemedelsval till äldre. Många preparat har antikolinerga effekter där man inte väntar det som till exempel alprazolam[62], cimetidin[63] och antihistaminer [64].

Dopaminaktiverande läkemedel ökar risk för konfusion. Sannolikt finns en balans mellan acetylkolin och dopamin som har betydelse för denna sjukdomsutveckling. Vid avancerad Parkinsons sjukdom skapar detta ofta problem i behandlingen. Olika läkemedelstyper påverkar i olika grad, COMT-hämmarna och dopaminagonister ger ofta konfusion medan L-DOPA tolereras bäst [65].

Även om den konfusionsframkallande effekten av bensodiazepiner är svagare än antikolinerga preparat anges att dessa preparat är de som oftast orsakar konfusion hos äldre. Preparat som har en snabb resorption, och som då ger höga serumkoncentrationer, utgör den största risken. Zolpidem och flunitrazepam är exempel på detta. Alprazolam ger ofta konfusion på grund av sin antikolinerga effekt [62].

Morfinpreparat ger ofta konfusion. Betablockerare ger konfusion, här finns uppenbart en individuell känslighet.

Alla antiepileptika kan ge konfusion [66]. Risken för dessa preparat är koncentrationsberoende men olika preparat ger sannolikt olika risker. Om en person som behandlas med antiepileptika får konfusion, bör i första hand en dossänkning ske, i andra hand ett preparatbyte. Individuella skillnader gör att det är svårt att ge generella regler för preparatval. Lamotrigin tolereras ofta väl, långverkande barbiturater skall undvikas helt, valproat ger ofta konfusion och bör ges försiktigt.

Höga nivåer av litium ger regelmässigt konfusion, vilket hos äldre ofta är relaterat till lågt vätskeintag genom att njurarnas utsöndring av litium då minskas. Digitalis ger ibland konfusion i terapeutiskt koncentrationsområde.

Stress kan leda till konfusion. Olika typer av stress och belastning ökar risk för konfusion och det är härvidlag det subjektiva upplevandet som är den utlösande faktorn. Konfusion påverkas av vid för många stimuli, sömnbrist men också vid brist på mänsklig kontakt [67]. I samband med förflyttningar av personer med demens finns ofta konfusion. Detta bör beaktas såväl vid besök på sjukhus, speciellt akutbesök, men också vid

förflyttning till eller mellan boenden. Det kan ta upp till 3 månader innan en sådan flyttningsstress försvinner helt.

### Konfusionströskel

Hos en enskild individ finns en gräns för hur mycket påverkan som behövs för att hamna i konfusion. Denna gräns är som högst i aktiv ålder och minskar gradvis vid åldrandet. Vid en progressiv demenssjukdom kommer konfusionströskeln att sänkas betydligt snabbare. Vid akut hjärnskada, speciellt vid traumatisk hjärnskada, kommer konfusionströskeln att plötsligt att sänkas.

Olika faktorer samverkar påtagligt vid konfusion. Åldersfaktorer, hjärnskada, läkemedel, kroppslig sjukdom och psykogena faktorer påverkar alla konfusionströskeln. En förhållandevis liten förändring kan vara det som utlöser en konfusion.

### Intensitet av konfusionssjukdom

Konfusion i praktiken en gradvis förändring. I de mildaste formerna finns endast en vilshenhet och osäkerhet. Vid ökande grad av konfusion tillkommer en rad olika psykiska symptom. Allt eftersom sjukdomsgraden ökar kommer förmågan till kontakt att minska. Det blir allt svårare att samtala – personen blir mer och mer i sin egen värld. I de svåraste formerna är kontakt inte möjlig.

Konfusion brukar graderas i subkonfusion, där det finns endast en viss vilshenhet, samt lätt måttlig och svår konfusion [68].

### Symptom vid konfusion

Symptomen vid konfusion omfattar kognitiva störningar och olika psykiska symptom. Konfusion kan vara hyperaktiv med motorisk rastlöshet, agitation, vanföreställningar och hallucinationer. Konfusion kan också vara hypoaktiv med trötthet, ökad sömn och minskad psykomotorik. Blandtillstånd kan också finnas. Ett symptom som ofta används för att beskriva konfusion är minskad medvetenhet. Det beskriver en minskad kontakt med omgivningen, minskad uppmärksamhet och också en minskad känslomässig kontakt. Personen fastnar mer och mer i sina egna tankar och får allt mindre kontakt med omgivningen.

Bakom konfusion finns en störning av hjärnans funktioner. Detta leder till påverkan på stora delar av hjärnan. Det innebär också att om störningen kan hävas kan konfusionen läka ut. I praktiken innebär det svårigheter att uppnå och det finns fall där konfusion leder till en permanent kognitiv försämring.

Många symptom vid konfusion likar de vid en demenssjukdom. Demens ökar risk för konfusion och detta leder till att dessa två tillstånd ofta ses tillsammans. Detta skapar diagnostiska svårigheter och det är vanligt att konfusionen förbises. Samtliga symptom vid konfusion speglar en förändrad biologisk funktion i hjärnan.

Grundläggande symptom vid konfusion är: uppmärksamhetsstörning, bristande koncentrationsförmåga, feltolkningar av sinnesintryck och fragmenterat tänkande (verkliga händelser, misstolkningar och psykotiskt

tankeinhåll blandas). Psykomotoriken är ofta ökad vid konfusion, med framför allt icke målinriktad motorisk aktivitet, eller minskad, med svårighet att uppmärksamma omgivningen. Bilden kan växla mellan hypermotorik och hypomotorik, ibland som resultat av behandling.

Desorientering och minnesstörning är regel vid konfusion. Orienteringsgraden är sänkt och varierar beroende av djupet av konfusionen. En kognitiv oförmåga som varierar är typiskt.

En rad psykiska symptom kan ses vid konfusion. Hallucinationer, illusioner eller rena paranoidea vanföreställningar är vanliga och konfusion är den vanligaste orsaken till debut av hallucinationer hos äldre.

Sömnstörning är regel vid konfusion. Konfusionen påverkar hjärnans möjlighet att komma i sömn och är uppenbart en del av störningen av hjärnaktiviteten.

Utagerande beteende med irritabilitet och aggressivitet men även symptom som vandringsbeteende eller oro skapar ofta akuta psykiska problem, såväl vid hemmaboende som på institution.

## Förlopp

Debut av konfusionssymptom är ofta akut, och ter sig då som en snabb försämring av kognitiva förmågor, men smygande debutsymptom under några dagar kan förekomma. Symptombilden varierar typiskt under dygnet och vanligen är de klaraste stunderna på morgonen, medan symptomen förvärras under eftermiddag/kväll. Bilden växlar också från dag till dag. Ibland finns endast en enskild plötsligt påkommande förvirringsbild, men vanligen består symptom under en tid med flera episoder av mer påtaglig störning.

Vid konfusion med samtidig demenssjukdom ses ofta regelbundet konfusionssymptom under eftermiddag/kväll s.k. ”sundowningsyndrome” [69]. Konfusionssymptomen vid demens är ofta svåra att hantera i hemmiljö och leder ofta till institutionsvård.

## Långtidseffekter av konfusion

Konfusion förlänger en sjukhusvistelse och risk att behöva flytta till sjukhem ökar. Kvarstående konfusion är associerad med väsentligt ökad sjuklighet och ökad mortalitet. Vid kvarstående konfusion är mortalitetsrisken 3 gånger högre än då konfusionstillståndet behandlats, detta oberoende av ålder, kön, andra samtidiga sjukdomar [70]. Vidare är mortaliteten efter ett år 40 procent. En konfusion är därför ett allvarligt tillstånd och måste behandlas därefter. Om konfusionen kan behandlas adekvat finns däremot goda möjligheter för en äldre person att kunna återvända till sitt boende.

# Övriga psykiska sjukdomar hos en individ som åldras

---

## Långtidseffekter av psykisk sjukdom (kognitiv störning)

Långvarig psykisk sjukdom eller stress leder till kognitiv påverkan. Detta är en vanlig orsak till minnesproblem, som också ses i yngre år. Hos äldre är marginalerna mindre och detta kan leda till större påverkan [17]. Förändringarna adderas också till normala åldersrelaterad påverkan. De viktigaste symptomen som ses är: svårigheter att komma ihåg i det omedelbara minnet (arbetsminnet), och symptom som sammanfattas som minskade exekutiva funktioner: minskad simultankapacitet, planeringssvårigheter, svårigheter att fungera under psykisk stress [18].

Liknande förändringar ses också vid vaskulära skador i hjärnan och förändringarna de kan också vara medfödda (till exempel ADHD). Vid stress eller mental överbelastning kan en person med bristande exekutiva funktioner plötsligt drabbas av svårigheter att tänka – hjärnan kan inte hantera alla intryck. Sådana kognitiva störningar skapar därför ofta misstanke om demenssjukdom. En utredning för detta bör ske vid oklara fall.

## Biologisk åldrande

Till exempel depression som tidigare i livet haft en episodisk karaktär kommer att få ett kontinuerligt förlopp. Kognitiv störning adderas ofta till till exempel schizofreni [1] eller bipolär sjukdom [2].

## Kroppslig sjukdom i relation till psykisk sjukdom

Kroppslig sjukdom påverkar hjärnan. Det är framförallt depressiva symptom som ses vid en kroppslig sjukdom men även konfusion (förvirringssymptom) är vanliga. Prevalensen depression fördubblas vid samtidig kroppslig sjukdom. Mycket talar för att inflammatoriska cytokiner då orsakar den psykiska ohälsan [19].

Även psykiska sjukdomar påverkar kroppen. En rad olika kroppsliga sjukdomar är vanligare vid psykisk sjukdom. Komorbiditet mellan kroppslig sjukdom och psykisk sjukdom skapar tillsammans en svårare sjukdomsbild och detta ses framförallt hos multisjuka äldre [20].

Det är viktigt att framhålla att det vid depressiv sjukdom finns en ökad tendens att söka sjukvård för kroppslig sjukdom trots att det inte finns en kroppslig sjukdom som motsvarar symptomen [21].

## Bipolär (manodepressiv) sjukdom vid åldrandet

Bipolär sjukdom ses lika ofta hos äldre som hos yngre. En sjukdom som funnits hela livet finns kvar i hög ålder. Biverkningar av medicin gör att en stabiliserande medicinering ibland sätts ut, ofta med svåra konsekvenser som följd. Det kan resultera i såväl maniska som depressiva skov.

Det är mindre känt att nydebuterad bipolär sjukdom inte är ovanlig hos äldre [45]. Detta är relaterad till skador på höger frontallob. Skadorna är ofta av vaskulär typ men ses även av andra typer av skador till exempel vid Alzheimers sjukdom. Bipolär sjukdom i hög ålder är vanligare vid samtidig hjärnskada [46] vilket måste beaktas vid diagnostik.

Den symptombild som ger misstanke är en manisk eller hypoman bild. Den kommer ofta snabbt, inom några få veckor. Beteendet förändras radikalt och är ett viktigt behandlingsbart beteendesymptom vid demens. Oftast finns en antidepressiv behandling som kan ha fungerat väl en tid.

## 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 dricker för mycket alkohol och riskerar att bli beroende. 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 [76]. Ökningen uppgår till 45 procent för både män och kvinnor. Dessutom dör allt fler äldre med en diagnos som kan relateras till alkohol [76].

Det finns samband mellan alkoholintag och psykisk sjuklighet hos äldre. Det ses framförallt i samband med depression och ångest[77]. Sambandet är sannolikt dubbelriktat. Vid alkoholöverkonsumtion finns svårigheter med såväl diagnostik som i behandling av psykisk sjukdom. Det är som regel svårt att få patienten att ge en trovärdig bild av sin alkoholkonsumtion om den är missbrukare. En fortsatt överkonsumtion/missbruk leder till att behandling av psykiska sjukdomssymptom inte leder till önskad effekt.

Behandling av alkoholmissbruk är inriktad på yngre. Äldre kan behöva en annan inriktning. Det finns avsevärda skamkänslor som gör det svårt att diskutera alkoholintaget. Det finns en stor risk att överkonsumtion av alkohol inte kommer fram i psykiatrisk diagnostik av äldre. Frågor om alkoholintag ska därför finnas med i undersökning av psykisk sjukdom hos äldre. Finns det en överkonsumtion kan det finnas ett missbruk som behöver behandlas. För att behandla en psykisk sjukdom måste en överkonsumtion minskas och behandlingsåtgärderna skall då inriktas på båda dessa aspekter.

## Del 2

---

I följande avsnitt ges vägledning om utredning och diagnostik av psykiska och kognitiva sjukdomar hos äldre individer. Syftet med vägledningen är att ge en översikt av vad man särskilt kan behöva tänka på vid utredning och diagnostik inom primärvård. Avsikten är att underlätta för den kliniska verksamheten att bättre kunna uppmärksamma framför allt följande kategorier:

- tidigare friska äldre med nydebuterad psykisk ohälsa
- somatiskt sjuka äldre med nydebuterad psykisk ohälsa
- psykiskt sjuka äldre med nydebuterad eller förvärrad somatisk sjukdom

# Utredning och diagnostik av psykisk ohälsa hos äldre

---

## Faktorer bakom psykisk sjukdom vid åldrande

I hög ålder har en psykisk sjukdom, oftare än hos yngre, en eller flera bakomliggande faktorer. I diagnostik och behandling är det viktigt att förstå bakgrunden eftersom en behandling mot specifika orsaker oftast är mer framgångsrik. Trots att organiska faktorer ofta försvårar en behandling är det oftast möjligt att förbättra ett tillstånd genom behandling. Målet bör vara att förbättra livskvalitet så långt som möjligt.

## Biologiska förändringar i hjärnan och psykisk sjukdom

En hjärnskada leder till att de skadade delarna av hjärnan inte fungerar adekvat. De symptom som då ses är beroende av vilka delar av hjärnan som skadats, vad som orsakar skadan har ingen betydelse för detta. Alla typer av psykisk sjukdom kan uppkomma efter en hjärnskada.

Kognitiva störningar och demens associeras helt till hjärnskada. Depression hos äldre är förenad med degenerativa förändringar i hjärnan, framförallt i vänster frontallob [11]. Bipolära är associerade med förändringar i hjärnan med oftast degenerativa förändringar i höger frontallob [12]. Psykotiska symptom hos äldre är associerade med skador på hjärnan [13].

Det är oftast inte möjligt att i detalj förutsäga vilka symptom som patienten får av skador i ett visst område då den individuella variationen är stor. Allmänt kan sägas att skador i frontallöber leder till exekutiva störningar [14] medan minnesproblem ses vid skador på hippokampusområdet [15].

## Somatisk sjukdom med ökad risk för psykisk sjukdom

Bland individer med somatisk sjukdom är förekomsten av depression dubbelt så hög som i normalpopulationen. Det är vanligt med depression vid kroniska sjukdomar, men även i efterförloppet av akuta tillstånd som hjärtinfarkt och cerebral infarkt eller blödning. Bland individer med Alzheimers sjukdom och/eller vaskulär demens har 50 procent en samtidig depression [82, 83, 1000]. Vidare är ångestsjukdomar vanliga och särskilt hos äldre finns en betydande samsjuklighet av depression och ångestsyndrom. Äldre löper också större risk att vid olika somatiska sjukdomar utveckla konfusion.



### Sjukdomar med ökad risk att utveckla samtidig depression:

- Hjärtinfarkt
- Cerebral infarkt eller blödning
- Hypothyreos
- Cancer
- Parkinsons sjukdom
- Multipel skleros
- Demenssjukdom

### Sjukdomar med ökad risk att utveckla sekundär ångest:

- Angina pectoris
- Hjärtrytmrubbningar
- Sjukdomar med andnöd, t ex lungtumör och KOL
- Hyperthyreos
- Hypoglukemi
- Demenssjukdom
- Depression
- Alkoholabstinens
- Psykos
- Konfusion

### Sjukdomar med ökad risk att utveckla konfusion:

- Infektioner, exempelvis pneumoni, urinvägsinfektion, sår
- Metaboliska rubbningar, exempelvis njursvikt, leversvikt
- Neurologiska orsaker, exempelvis stroke, tumör
- Kardiopulmonella sjukdomar, exempelvis hjärtsvikt, lungemboli
- Postoperativa tillstånd
- Diabetes
- Urinretention
- Förstoppning
- Smärta
- Sömnsvårigheter
- Dehydrering
- Syn- och hörselnedsättning
- Läkemedelsbehandling (se sid)

## Läkemedelsbehandling som medför ökad risk för psykisk sjukdom

En rad läkemedel kan öka risken för depression. Läkemedel som, kortison, indometasin, l-DOPA, antipsykosläkemedel (neuroleptika), propranolol och antiepileptika har alla rapporterats kunna ge upphov till depression [31] [32] [33]. Detta sker inte hos alla som behandlas och det kan vara svårt att säkert veta vilka som drabbas av denna biverkan. Det är därför viktigt att begränsa läkemedelsanvändningen och regelmässigt sätta ut preparat som kan

undvaras. Vid behandling av äldre patienter är det därför nödvändigt att regelbundet se över pågående läkemedelsbehandling för att särskilt bedöma och ompröva:

- Indikationer
- Interaktioner
- Biverkningar

Läkemedelsbehandling är en vanlig orsak till konfusion, detta behandlas i eget avsnitt i del 1. Läs även gärna Socialstyrelsens vägledning: Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel.

## Diagnostik av äldre med psykisk ohälsa

Diagnostik av psykisk sjukdom hos äldre måste göras utifrån ett helhetsperspektiv. En rad olika faktorer påverkar:

- Biologiska förändringar i hjärnan
- Psykogena faktorer
- Somatisk sjukdom
- Psykosociala faktorer
- Bieffekter av läkemedelsbehandling.

Det är viktigt att kartlägga såväl den psykiatriska symptombild, kognitiv funktionsnivå, eventuell samtidig somatisk sjukdom och social situation. Diagnostiken sker ofta med enkla screening-frågor och som sedan kompletteras med fördjupningar när misstanke på en avvikelse finns.

Det är viktigt att samtala med såväl patient som anhöriga. Egna observationer vägs sedan mot denna information och utgör grund för diagnos. Patient och anhöriga ser ofta olika delar av en sjukdomsbild. Detta faktum är en särskilt viktig aspekt vid diagnostik av psykiska och kognitiva sjukdomar.

Exekutiva svårigheter är vanliga i hög ålder och nedsätter funktionsförmågan avsevärt. Det rör sig om svårigheter med att minnas över det korta perspektivet, minskad simultankapacitet, svårigheter med planering och organisering och stresskänslighet med tendens till oro vid belastning. Personer med exekutiva svårigheter har en tendens till inaktivitet och isolering och behöver ofta hjälp att bryta denna. Exekutiva svårigheter finns ofta vid vaskulär hjärnskada och depressiva tillstånd. Exekutiva svårigheter är också huvudsymptom vid ADHD och detta kan vålla problem också hos äldre.

Det är viktigt att vara medveten om att exekutiva svårigheter inte kommer fram i ett enkelt samtal. Det är först vid en testning som detta blir synligt. I mini mental test (MMT) är det huvudsakligen subtraktion  $93 - 7$  som brukar fånga den exekutiva störningen. Neuropsykiatrisk undersökning eller undersökning av arbetsterapeut fångar exekutiv störning på ett säkrare sätt.

Det finns olika grupper inom det äldrepsykiatriska området. Skillnaden mot det som ses hos yngre, inom ett vuxenpsykiatriskt område förändras gradvis. Den kroppsliga hälsan varierar och påverkar sjukdomsperspektivet. Den kronologiska åldern kan skilja sig avsevärt från den biologiska. Det gör den ofta hos personer med demenssjukdom som vanligtvis räknas till denna grupp, fastän den kronologiska åldern kan vara påtagligt lägre.

## När bör man särskilt tänka på differentialdiagnos psykisk ohälsa?

Tänk alltid på möjlig samtidig psykisk sjukdom vid:

- Viktförändringar
- Matleda/ökad hunger
- Sömnrubbing
- Smärta
- Hjärtklappning
- Andfåddhet
- Bröstsmärta
- Huvudvärk
- Illamående
- Mag-tarmrubbingar
- Yrsel
- Neurologiska symptom, neuropatier

Viktiga moment i undersökning av en äldre patient med psykiska symptom:

- Anamnes – både från patient och anhöriga
  - Tidigare psykisk sjukdom - när kom första symptomen?
  - Psykosocial anamnes - livssituation, aktuella trauman etc
  - Finns anamnes på kognitiv funktionsnedsättning?
  - Finns kroppsliga sjukdomar som kan påverka psykiska och kognitiva funktioner?
  - Aktuell läkemedelsbehandling – finns biverkningar?
  - Vilken fysisk aktivitet har personen regelmässigt?

I undersökningen bör vidare ingå:

### **Psykiatriskt status:**

- Stämningläge - bör kompletteras med skattningsskala
- Grad av ångest eller oro
- Bedöma farlighet
- Bedöma självmordsrisken
- Vanföreställningar/hallucinationer

### **Kognitivt status:**

- Orienteringsförmåga – orienterad till tid , plats, person och situation
- Mini Mental Test (MMT) vid demensmisstanke

- Finns tecken till psykotiska symptom?

#### **Somatiskt status:**

- Neurologi
- Hjärta
- Lungor
- Blodtryck
- Buk

#### **Vidare utredning**

- Datortomografi
- Laboratorieprover – blodstatus, njurstatus, leverstatus, kobalamin, folsyra, thyroideaprover

## **Utredning av kognitiva störningar**

Grunden i en utredning av demens eller annan kognitiv störning är en noggrann anamnes. Att samtidigt tala med en anhörig underlättar – två personer har lättare att minnas än en.

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

Diagnostik av demens och kognitiv störning är baserad på klinik, alla undersökningar som görs har en begränsad sensitivitet och specificitet. Om undersökningarna inte stämmer med kliniken kan de inte utgöra en grund för en diagnos.

Testning av kognitiv förmåga är viktig. Mini mental test och klocktest bör göras i en basal utredning. Dessa test är skapade för att hitta Alzheimers sjukdom och fungerar väl för denna diagnos när sjukdomsbilden är relativt uttalad. I tidiga skeden av Alzheimers sjukdom finns en osäkerhet. Exekutiv störningar, minskad förmåga till planering, organisering, minskat arbetsminne, minskad simultankapacitet med mera, fångas dåligt av mini mental test. Subtraktion 100 -7 kan ge viss ledtråd, framförallt steget 93-7.

För att fånga tidiga skeden av demens kan i praktiken en noggrann utfrågning ge god vägledning. En neuropsykologisk testning kan behövas för att säkert klarlägga små förändringar. En liten sänkning kan hos välbegåvade individer vara förenligt med funktion inom normal variation.

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

Vid tveksamma resultat skall en uppföljning göras efter 6 – 12 månader eller remittera patienten till specialistenhet. Tänk på att en patient inte skall lämnas i osäkerhet om en eventuell demensdiagnos om det finns möjlighet att få en säker diagnos.

## Basal och utvidgad demensutredning:

### BASAL

#### nedanstående skall ingå:

- Sjukhistoria
- Sjukhistoria från närstående
- Läkarundersökning
- Blodprover
- MMT och klocktest
- Undersökning av funktionsförmåga
- Datortomografi hjärna

### UTVIDGAD

#### följande kan ingå:

- Kognitiva undersökningar av neuropsykolog
- Språklig undersökning av logoped
- MRI hjärna
- Likvorundersökning
- SPECT
- EEG
- PET

Likvorundersökningar har visats ge en hög sensitivitet och specificitet vid diagnostik av Alzheimers sjukdom. Det finns en typisk bild med ökning av tau och fosforylerat tau tillsammans med sänkt halt av beta-amyloid. Detta ökar möjlighet att ge en säker diagnos av denna sjukdom i tidigt skede. Laboratorieförändringarna kommer innan de kliniska symptomen är uppenbara.

Vid vaskulär demens ses typiska förändringar i datortomografi, vitsubstansförändringar och/eller infarkter.

## Diagnostik vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom, BPSD

Nyckeln till diagnostik vid BPSD innebär att förstå orsaken till symptomen. Detta betyder att bedöma såväl miljön kring en person med demens och hur den demente förhåller sig till omgivningen. Bemötandefaktorer, stressande faktorer och fysisk miljö är viktiga miljöfaktorer att förstå [72]. 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, bör man vidta medicinska behandlingsåtgärder.

Flera psykiska sjukdomstillstånd som är behandlingsbara kan leda till BPSD: konfusion, depression, mani och psykotiska symptom. Utredning och behandling bör således ske i följande ordning:

- Vilka symptom finns?

- Finns det yttre faktorer som kan förklara beteendet?
- Finns det en behandlingsbar sjukdom som kan ligga bakom?
- Kan en förbättring av hjärnans förmågor minska symptomen?

## Behandling av beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom, BPSD

Det kan i den vardagliga vårdverksamheten inom primärvård vara svårt att både diagnosticera och behandla patienter med BPSD. Med anledning av att detta följer här en kort översikt även av behandling.

En bristande kontroll av känslor som irritabilitet/aggressivitet kan minskas av SSRI-preparat. Denna effekt är skild från den antidepressiva och kommer direkt efter insättning [73]. Dosererna är samma som vid antidepressiv behandling.

Behandling med memantin leder till en förbättrad hjärnfunktion som också kan innebära minskade BPSD-symptom. En långtidsbehandling med kolinesterashämmare kan sannolikt minska uppkomsten av beteendesymptom.

Antipsykotiska läkemedel har traditionellt används för att minska BPSD. Biverkningarna av dessa är dock stora och effekterna begränsade. Bäst kunskap finns för risperidon som i doser 0,5 – 1,5 mg kan minska symptomen. Biverkningar i form av extrapyramidala symptom eller trötthet gör att behandlingen bör användas endast under kort tid. Den ökade risken för att avlida medför också att behandlingen är ytterst tveksam annat än under kort tid [74, 75].

## Differentialdiagnoser vid utredning av kognitiv störning

Sjukdomar som drabbar hjärnan som subduralhematom, hjärntumörer och infektionssjukdomar eller vitaminbrist kan ge demensliknande symptom. En utredning måste utesluta andra möjliga förklaringar än demenssjukdom till kognitiv störning. Konfusion är en tillfällig påverkan på kognitiva funktioner och kan ibland blandas ihop med demens.

Psykisk sjukdom i hög ålder medför ofta viss påverkan på kognitiva funktioner. Framför allt ses störning av exekutiva funktioner. Det är viktigt att utesluta annan psykisk sjukdom vid demensutredning, eftersom den psykiska sjukdomen kräver specifik behandling. Vanligast är depression och psykotisk sjukdom. En psykisk sjukdom och demenssjukdom finns dock ofta samtidigt och båda kan behöva behandlas.

Exekutiva störningar är mycket vanliga i hög ålder, också utan specifik sjukdom, och leder ofta till stressrelaterad kognitiv oförmåga. Bakom detta finns ibland normala åldersförändringar men det kan också finnas stressrelaterad påverkan av depression, bipolär sjukdom eller schizofreni. Utmattningsyndrom och posttraumatisk stress ger liknande påverkan. Det finns ingen etablerad läkemedelsbehandling enkom för exekutiv störning utan här bör terapin inriktas på icke-farmakologiska åtgärder.

## Diagnos 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 och inte låta sig förledas av att tolka detta som en normal reaktion på livssituationen. Tankemönstret kommer att förändras radikalt vid en framgångsrik behandling av depressionen och livssituationen blir då en helt annan. Negativa tankar är oftast en produkt av depressionssjukdomen.

Skattningsskalor är viktiga hjälpmedel. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) eller Geriatric Depression Scale (GDS) är enkla och robusta skalor. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) kan användas, men gränsen till sjukdom bör gå vid 14 eller högre poäng.

Egentlig depression är mindre vanlig än "minor depression". Denna diagnos innebär att minst två men mindre än 5 av symptomen i DSM-IV finns.

## Diagnostik av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Diagnostik av PTSD fordrar en aktiv utfrågning. Att direkt fråga om trauman gör dock att personen ofta förnekar symptom. Det är lämpligt att första frågorna rör symptom som inte är känsloladdade. Sömnproblem och förekomst av mardrömmar är lämpliga initiala frågor.

Förslag till frågor för att utesluta PTSD:

- Hur många timmar sover du i genomsnitt?
  - En patient med svårt PTSD sover dåligt, normal sömn indikerar att det inte finns någon allvarlig störning.
- Har du mardrömmar? Hur ofta?
  - Mardrömmar indikerar PTSD och är viktigt att notera.
- Har du ångest? Panik?
  - Ångest är regel vid PTSD. Den kan vara som panik, tryck i bröstet, andningssvårigheter, värk i bröstet med mera
- Har du mycket tankar i huvudet?
  - Återkommande ångestskapande tankar som man inte kan bli av med brukar vara återupplevanden av tidigare trauman.
- Skapar tankarna ångest?
  - Återupplevanden är förenade med ångest
- Finns det tankar du inte kan bli av med även om du vill?
  - Fråga om speciella strategier att bli av med tankarna. Oftast är det någon form av intensiv sysselsättning som kan ha funnits tidigare.
- Är du glad eller ledsen? Gråter du ofta?
  - PTSD har vanligtvis uttalade depressiva symptom. Detta ses ofta inte i samtalet.

En viktig aspekt vid svår PTSD är kognitiv störning, vilket medför att en viktig differentialdiagnos är begynnande demens. Fråga om minnesproblem

och be personen att specificera i vilka sammanhang det blir problem. Minnesproblem visar på att hjärnan utsatts för långvarig stress. Det omfattar förmåga att komma ihåg i det omedelbara minnet och är associerat med minskad simultankapacitet och svårigheter att planera.

I samtalet är personen ofta initialt opåverkad. Symptom på ångest och sänkt stämningsläge kommer fram under ett längre samtal och bilden växlar på ett typiskt sätt. Tänk på att inte i onödan penetrera bakomliggande trauman. Detta skapar ofta kraftig ångest och är inte nödvändigt för en diagnos. Ångesten kan i praktiken försvåra vidare samtal

## Diagnos av konfusion

En konfusion innebär alltid en sänkning av kognitiva förmågor och tillkomst av vissa psykiska symptom. Denna kliniska bild kan förekomma också vid en demenssjukdom. För att känna igen konfusionstillståndet kan man iaktta kontaktförmåga, som är nedsatt vid konfusion eller växlingar i kognitiv förmåga under samtalet. För att kunna se detta säkert fordras dock stor klinisk erfarenhet.

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.

För att få en diagnos behövs upplysningar från vårdpersonal/anhöriga, bäst i ett direkt samtal där man kan ställa specifika frågor. Journaluppgifter kan vara till hjälp men det är inte säkert att de viktiga uppgifterna för en diagnos av konfusion är beskrivna.

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

## Differentialdiagnos mellan konfusion och demenssjukdom

### Konfusion

- Nedsatt uppmärksamhet
- Akut insättande sjukdomsbild
- Vanligen helt reversibelt
- Medvetandegraden fluktuerar

### Demenssjukdom

- Mindre påverkad uppmärksamhet
- Kroniskt förlopp
- Ej reversibelt tillstånd
- Gradvis insättande och långsamt fortskridande



- Tillståndet varierar från timme till timme
- Fysiologiska förändringar finns
- Vanligen jämnt nedsatt funktionsnivå
- Vakenhetsgraden fluktuerar ej
- Fysiologiska förändringar är måttliga

[92]

# Samsjuklighet mellan olika psykiska och kognitiva sjukdomar

---

## 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 [78].

De symptom som ses vid stresspåverkan på hjärnan är framförallt minnesproblem och exekutiva störningar. I yngre år ses en utläkning till viss del men den tar lång tid, ofta flera år. Mental stimulans och fysisk aktivitet är viktiga för denna återhämtning [79].

Vid åldrandet kommer normala åldersförändringar att leda till att stressrelaterade förändringar i hjärnan blir mer uttalade. Det finns ännu endast en begränsad forskningsbaserad kunskap kring detta, men svår stress, till exempel i samband med konfusion, har visats försämra hjärnfunktion.

Neurodegenerativa förändringar ligger ofta bakom psykisk sjukdom i hög ålder (se avsnitt ”biologiska förändringar och psykisk sjukdom”). Dessa skador kommer också ofta att påverka kognitiv förmåga. Samsjuklighet med kognitiv störning och psykisk sjukdom är därför vanlig. För att förstå hela sjukdomsbilden måste en undersökning av kognitiv förmåga ingå i undersökningen.

Om det finns hjärnskador finns en stor risk att patienten inte kommer att bli helt återställd. En depressiv patient kan till exempel återfå normalt stämningsläge men inte alltid normal mental förmåga. Ibland är en depression ett första symptom på en demenssjukdom. Bilden kommer då att förändras gradvis och en demens utvecklas så småningom. Det är viktigt att förstå dessa mekanismer och kunna förmedla detta till patient och anhöriga.

## Olika psykiska diagnoser kan finnas samtidigt

Inom äldrepsykiatri finns inte klara gränser mellan olika sjukdomstillstånd [80]. Depression och ångest finns oftast samtidigt utan synbar gräns [81]. Djup depression och rena psykotiska symptom kan samexistera. Kognitiv störning kan finnas tillsammans med alla typer av psykisk sjukdom i hög ålder.

Det är uppenbart i den kliniska vardagen att de diagnostiska system som finns inte är anpassade till äldre. Man skall inte betrakta det som att en person har flera olika sjukdomar utan att sjukdomen har olika aspekter som var och en får sitt diagnosnummer.

## Psyisk sjukdoms roll hos multisjuka äldre

Kroppslig sjukdom fördubblar risken för depression hos äldre [82, 83]. Detta visar en koppling mellan hjärnans sjukdomar och kroppslig sjukdom. På liknande sätt kommer en depressiv sjukdom att påverka kroppslig sjukdom. Vid egentlig depression ökar odds ratio för död i coronarkärlssjukdom med 2,5 [84], vid kronisk obstruktiv lungsjukdom 2,74 [85] och vid prostatacancer med 2,82. Vid "minor depression" ökar dödligheten med cirka 50 procent [86, 87]. Trots denna höga mortalitet upptäcks endast hälften av depressionstillstånd i somatisk slutenvård [88]. Den ökade dödligheten ses i en rad olika kroppsliga sjukdomar [89].

De psykiska sjukdomarna har således en mycket stor roll för utgången av en kroppslig sjukdom. Då det saknas klarlagda orsaker till detta samband kan det vara svårare att diagnosticera en psykisk sjukdomsbild hos multisjuka äldre. Den helhetssyn som är en förutsättning för en adekvat behandling av en äldre person med flera samtidiga sjukdomar fordrar att också psykisk sjukdom beaktas. Det aktuella kunskapsunderlag som finns, talar starkt för att behandling av en depression också kan minska överdödligheten [90, 91].

Hos multisjuka äldre skall i första hand tecken till depression kartläggas och det är viktigt att bedöma kognitiva funktioner, tecken till demens men också konfusion. Vid tecken till depression eller konfusion skall en adekvat behandling inledas.

## Fysisk inaktivitet och psykisk sjukdom

Fysisk aktivitet påverkar hjärnan. Vid regelbunden och tillräckligt intensiv fysisk aktivitet förbättras kognitiva funktioner och depression minskar i samma utsträckning som vid en insatt läkemedelsbehandling. Även ångest minskar. Fysisk aktivitet är således en viktig faktor för att påverka en psykisk sjukdomsbild också i hög ålder. Den aktivitet som rekommenderas är en regelbunden aktivitet med måttlig intensitet 150 minuter/vecka eller lägre om intensiteten är större, fördelad på 2-3 träningstillfällen [22].

Sannolikt är en minskad fysisk aktivitet en viktig faktor bakom psykisk sjukdom. Detta gäller i första hand depressiva sjukdomar men också Alzheimers sjukdom påverkas gynnsamt av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet i medelåldern halverar risk för Alzheimers sjukdom [23], fysisk aktivitet i hög ålder skjuter fram en sjukdomsdebut och minskar sjukdomssymptom [24].

# Referenser

---

1. Kitchen, H., et al., *Cognitive impairment associated with schizophrenia: a review of the humanistic burden*. Adv Ther. **29**(2): p. 148-62.
2. Osuji, I.J. and C.M. Cullum, *Cognition in bipolar disorder*. Psychiatr Clin North Am, 2005. **28**(2): p. 427-41.
3. Small, G.W., *Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients*. Journal of Clinical Psychiatry, 2009. **70**(12): p. e47.
4. Keller, J.N., *Age-related neuropathology, cognitive decline, and Alzheimer's disease*. Ageing Res Rev, 2006. **5**(1): p. 1-13.
5. Mahncke, H.W., A. Bronstone, and M.M. Merzenich, *Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention*. Prog Brain Res, 2006. **157**: p. 81-109.
6. Lovden, M., W. Xu, and H.X. Wang, *Lifestyle change and the prevention of cognitive decline and dementia: what is the evidence?* Curr Opin Psychiatry. **26**(3): p. 239-43.
7. Kremen, W.S., 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): p. 760-5.
8. Larzelere, M.M., J. Campbell, and N.Y. Adu-Sarkodie, *Psychosocial factors in aging*. Clin Geriatr Med. **27**(4): p. 645-60.
9. Nystrom, A. and K. Andersson-Segesten, *Peace of mind as an important aspect of old people's health*. Scand J Caring Sci, 1990. **4**(2): p. 55-62.
10. Onrust, S.A. and P. Cuijpers, *Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review*. Aging Ment Health, 2006. **10**(4): p. 327-34.
11. Beyer, J.L., *Volumetric brain imaging studies in the elderly with mood disorders*. Curr Psychiatry Rep, 2006. **8**(1): p. 18-24.
12. Huang, S.H., et al., *Volumetric reduction in various cortical regions of elderly patients with early-onset and late-onset mania*. Int Psychogeriatr. **23**(1): p. 149-54.
13. Brown, F.W., *The neurobiology of late-life psychosis*. Crit Rev Neurobiol, 1993. **7**(3-4): p. 275-89.
14. Goldberg, E. and D. Bougakov, *Neuropsychologic assessment of frontal lobe dysfunction*. Psychiatr Clin North Am, 2005. **28**(3): p. 567-80, 578-9.
15. Foster, T.C., *Biological markers of age-related memory deficits: treatment of senescent physiology*. CNS Drugs, 2006. **20**(2): p. 153-66.
16. Livingston, G. and C. Katona, *Depression in carers of elderly people living at home [letter; comment]*. Bmj, 1996. **313**(7053): p. 364.

17. Murphy, C.F., et al., *White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression*. Biol Psychiatry, 2007. **61**(8): p. 1007-10.
18. Paelecke-Habermann, Y., J. Pohl, and B. Leplow, *Attention and executive functions in remitted major depression patients*. Journal of Affective disorders, 2005. **89**(1-3): p. 125-35.
19. Redwine, L.S., 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): p. 23-9.
20. Iacovides, A. and M. Siamouli, *Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective*. Curr Opin Psychiatry, 2008. **21**(4): p. 417-21.
21. Frojdh, K., A. Hakansson, and S. Janson, *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): p. 214-8.
22. Elsayy, B. and K.E. Higgins, *Physical activity guidelines for older adults*. Am Fam Physician. **81**(1): p. 55-9.
23. Rovio, S., et al., *Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease*. Lancet Neurol, 2005. **4**(11): p. 705-11.
24. Larson, E.B., 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): p. 73-81.
25. Hollon, S.D., et al., *Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?* Journal of Clinical Psychiatry, 2005. **66**(4): p. 455-68.
26. Alexopoulos, G.S., et al., *Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life*. Int J Geriatr Psychiatry, 2008. **23**(8): p. 782-8.
27. Wilkinson, P. and Z. Izmeth, *Continuation and maintenance treatments for depression in older people*. Cochrane Database Syst Rev. **11**: p. CD006727.
28. Reynolds, C.F., 3rd, *Treatment of major depression in later life: a life cycle perspective*. Psychiatr Q, 1997. **68**(3): p. 221-46.
29. Cassidy, K., et al., *Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women*. Aust N Z J Psychiatry, 2004. **38**(11-12): p. 940-7.
30. Cotman, C.W., N.C. Berchtold, and L.A. Christie, *Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation*. Trends Neurosci, 2007. **30**(9): p. 464-72.
31. Ananth, J. and A.M. Ghadirian, *Drug-induced mood disorders*. Int Pharmacopsychiatry, 1980. **15**(1): p. 59-73.
32. Johnell, K. and J. Fastbom, *The association between use of cardiovascular drugs and antidepressants: a nationwide register-based study*. Eur J Clin Pharmacol, 2008. **64**(11): p. 1119-24.
33. Krakowski, M., P. Czobor, and J. Volavka, *Effect of neuroleptic treatment on depressive symptoms in acute schizophrenic episodes*. Psychiatry Res, 1997. **71**(1): p. 19-26.

34. Lyketsos, C.G., et al., *Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1997. **9**(4): p. 556-61.
35. Ballard, C., et al., *The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers*. J Affect Disord, 1996. **36**(3-4): p. 135-44.
36. Herrmann, L.L., M. Le Masurier, and K.P. Ebmeier, *White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2008. **79**(6): p. 619-24.
37. Lockwood, K.A., G.S. Alexopoulos, and W.G. van Gorp, *Executive dysfunction in geriatric depression*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(7): p. 1119-26.
38. Ramasubbu, R., et al., *The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions*. Ann Clin Psychiatry. **24**(1): p. 91-109.
39. Loftis, J.M. and P. Hauser, *The phenomenology and treatment of interferon-induced depression*. J Affect Disord, 2004. **82**(2): p. 175-90.
40. Maiera, E., *Old age depression and its treatment*. Psychiatr Danub. **22 Suppl 1**: p. S124-5.
41. Parker, R.D., et al., *A three-factor analytic model of the MADRS in geriatric depression*. Int J Geriatr Psychiatry, 2003. **18**(1): p. 73-7.
42. Fiske, A., J.L. Wetherell, and M. Gatz, *Depression in older adults*. Annu Rev Clin Psychol, 2009. **5**: p. 363-89.
43. Lawrence, D., et al., *Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia*. Psychol Med, 2000. **30**(4): p. 813-21.
44. Waern, M., E. Rubenowitz, and K. Wilhelmson, *Predictors of suicide in the old elderly*. Gerontology, 2003. **49**(5): p. 328-34.
45. Depp, C.A. and D.V. Jeste, *Bipolar disorder in older adults: a critical review*. Bipolar Disord, 2004. **6**(5): p. 343-67.
46. Subramaniam, H., M.S. Dennis, and E.J. Byrne, *The role of vascular risk factors in late onset bipolar disorder*. Int J Geriatr Psychiatry, 2007. **22**(8): p. 733-7.
47. Grek, A., *Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients*. Can J Psychiatry, 2007. **52**(6 Suppl 1): p. 47S-57S.
48. Alexopoulos, G.S., *Depression in the elderly*. Lancet, 2005. **365**(9475): p. 1961-70.
49. Benitez, C.I., et al., *Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study*. Am J Geriatr Psychiatry, 2008. **16**(1): p. 5-13.
50. Preville, M., et al., *The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population*. Can J Psychiatry, 2008. **53**(12): p. 822-32.
51. Baur, V., et al., *White matter alterations in social anxiety disorder*. J Psychiatr Res. **45**(10): p. 1366-72.

52. de Jong, J.T., et al., *Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings*. *Jama*, 2001. **286**(5): p. 555-62.
53. Montgomery, S., et al., *Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder*. *Br J Psychiatry*, 2008. **193**(5): p. 389-94.
54. Wetzels, R.B., et al., *Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period*. *Am J Geriatr Psychiatry*. **18**(12): p. 1054-65.
55. Ostling, S., S.P. Palsson, and I. Skoog, *The incidence of first-onset psychotic symptoms and paranoid ideation in a representative population sample followed from age 70-90 years. Relation to mortality and later development of dementia*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007. **22**(6): p. 520-8.
56. Ostling, S. and I. Skoog, *Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old*. *Arch Gen Psychiatry*, 2002. **59**(1): p. 53-9.
57. Shah, J.N., et al., *Is there evidence for late cognitive decline in chronic schizophrenia?* *Psychiatr Q*. **83**(2): p. 127-44.
58. 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): p. 172-8.
59. Inouye, S.K. and P.A. Charpentier, *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability*. *JAMA*, 1996. **275**(11): p. 852-7.
60. Campbell, N., et al., *The cognitive impact of anticholinergics: A clinical review*. *Clin Interv Aging*, 2009. **4**(1): p. 225-33.
61. Cerejeira, J., et al., *The cholinergic system and inflammation: common pathways in delirium pathophysiology*. *J Am Geriatr Soc*. **60**(4): p. 669-75.
62. Alvarez, F.J., A. Velasco, and J.L. Palomares, *Blockade of muscarinic, histamine H1 and histamine H2 receptors by antidepressants*. *Pharmacology*, 1988. **37**(4): p. 225-31.
63. Barclay, A.M., *Psychotropic drugs in the elderly. Selection of the appropriate agent*. *Postgrad Med*, 1985. **77**(8): p. 153-7, 160-2.
64. Pragst, F., S. Herre, and A. Bakdash, *Poisonings with diphenhydramine--a survey of 68 clinical and 55 death cases*. *Forensic Sci Int*, 2006. **161**(2-3): p. 189-97.
65. Kuzuhara, S., *Drug-induced psychotic symptoms in Parkinson's disease. Problems, management and dilemma*. *J Neurol*, 2001. **248 Suppl 3**: p. III28-31.
66. Campbell, N., et al., *Pharmacological management of delirium in hospitalized adults--a systematic evidence review*. *J Gen Intern Med*, 2009. **24**(7): p. 848-53.
67. 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): p. 106-12.

68. Marcantonio, E., et al., *Delirium severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair*. J Am Geriatr Soc, 2002. **50**(5): p. 850-7.
69. Dewing, J., *Sundowning in older people with dementia: evidence base, nursing assessment and interventions*. Nurs Older People, 2003. **15**(8): p. 24-31; quiz 32.
70. Kiely, D.K., et al., *Persistent delirium predicts greater mortality*. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(1): p. 55-61.
71. Ornstein, K. and J.E. Gaugler, *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): p. 1536-52.
72. *Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser, 2008. **8**(4): p. 1-98.
73. Nyth, A.L. and C.G. Gottfries, *The clinical efficacy of citalopram in treatment of emotional disturbances in dementia disorders. a Nordic Multicentre study*. Br J Psychiatry, 1990. **157**: p. 894-901.
74. Schneider, L.S., K.S. Dagerman, and P. Insel, *Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. Jama, 2005. **294**(15): p. 1934-43.
75. Pratt, N., et al., *Choice of observational study design impacts on measurement of antipsychotic risks in the elderly: a systematic review*. BMC Med Res Methodol. **12**: p. 72.
76. Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012 :Alkoholmissbruket ökar bland äldre*
77. Barrick, C. and G.J. Connors, *Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders*. Drugs Aging, 2002. **19**(8): p. 583-94.
78. Ownby, R.L., et al., *Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis*. Arch Gen Psychiatry, 2006. **63** (5): p. 530-8.
79. Ploughman, M., *Exercise is brain food: the effects of physical activity on cognitive function*. Dev Neurorehabil, 2008. **11**(3): p. 236-40.
80. Skoog, I., *Psychiatric disorders in the elderly*. Can J Psychiatry. **56**(7): p. 387-97.
81. Vink, D., M.J. Aartsen, and R.A. Schoevers, *Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review*. J Affect Disord, 2008. **106**(1-2): p. 29-44.
82. Evans, D.L., et al., *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations*. Biol Psychiatry, 2005. **58**(3): p. 175-89.



83. Weyerer, S., et al., *Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older*. Journal of Affective disorders, 2008. **111** (2-3): p. 153-63.
84. Barth, J., M. Schumacher, and C. Herrmann-Lingen, *Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis*. Psychosom Med, 2004. **66**(6): p. 802-13.
85. Fan, V.S., et al., *Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease*. Arch Intern Med, 2007. **167**(21): p. 2345-53.
86. Carney, R.M., et al., *Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study*. Journal of Affective disorders, 2008. **109** (1-2): p. 133-8.
87. Satin, J.R., W. Linden, and M.J. Phillips, *Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis*. Cancer, 2009. **115**(22): p. 5349-61.
88. Cepoiu, M., et al., *Recognition of depression in older medical inpatients*. J Gen Intern Med, 2007. **22**(5): p. 559-64.
89. DeCrane, S.K., K.R. Culp, and B. Wakefield, *Twelve-month mortality among delirium subtypes*. Clin Nurs Res. **20**(4): p. 404-21.
90. Gallo, J.J., 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): p. 689-98.
91. Bogner, H.R., 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): p. 3005-10.
92. Rundgren, Larsson, *Geriatriska sjukdomar*, 2010