

**FORSKNING
I KORTHET
#8**

FORTE:

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

ÅNGEST OCH DEPRESSION HOS ÄLDRE

150 000 äldre lider av depression → Hälften av äldre med depression har fortfarande problem flera år efter första mättillfället → Trots att depression och ångest hos äldre kan leda till allvarliga konsekvenser är kunskapen begränsad → Mer forskning om behandlingsmetoder och förebyggande arbete behövs



SAMMANFATTNING

Antalet äldre ökar i hela världen. Depression och ångesttillstånd är vanliga i denna åldersgrupp, liksom bland yngre. Kunskapen om dessa tillstånd hos äldre är dock begränsad, trots att de leder till flera negativa konsekvenser som försämrad livskvalitet, ökad risk för kroppsliga sjukdomar (till exempel stroke), ökad användning av sjukvård och socialtjänst och ökad risk för självmord. Det finns tecken på att depression ofta yttrar sig på ett annat sätt bland äldre än bland yngre. Liksom andra folksjukdomar har depression hos äldre kopplats till många olika psykologiska, sociala, kroppsliga och biologiska faktorer. Kunskapen om riskfaktorer för ångesttillstånd hos äldre är mer begränsad. Depression och ångesttillstånd är vanligare hos kvinnor än bland män också bland äldre. Depression verkar ha sin högsta förekomst de tio åren innan pensioneringen och sin lägsta förekomst de första tio åren efter densamma. Förekomsten av ångesttillstånd verkar minska med ålder. Mönstret varierar dock mellan ångesttillstånden. Än så länge är det inte klarlagt om depression ökar risken för demens, eller om det är ett tidigt tecken på sjukdomen. Psykosociala och farmakologiska behandlingsmodeller har framförallt studerats i yngre åldersgrupper och resultaten har sedan applicerats på den äldre befolkningsgruppen. Det finns därför ett stort behov av preventions- och behandlingsstudier på äldre personer. Ett än viktigare mål är att förbättra kunskapen om depression hos befolkningen i stort, så att fler personer med depression kan få adekvat behandling.

Forte är ett forskningsråd som finansierar och initierar forskning för att stödja människors arbetsliv, hälsa och välfärd.

Forskning i korthet är en serie publikationer från Forte som kort beskriver kunskapsläget på ett samhällsrelevant område. Varje publikation i serien tas fram av en grupp forskare och samhällsföreträdare och granskas av minst en utomstående forskare.

Titel: Ångest och depression hos äldre

Författare: Ingmar Skoog, professor/överläkare, föreståndare Forte-centrum för Åldrande och Hälsa, AgeCap, Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, Göteborgs universitet

Margda Waern, professor /överläkare, Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, Göteborgs universitet

Robert Sigström, medicine doktor, Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi, Göteborgs universitet

Gösta Bucht, professor, SPF Seniorerna

Vetenskaplig granskare: Marie Åsberg, senior professor, Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Karolinska Institutet

Projektledare: Thomas Jacobsson, forskningssekreterare, Forte

Ladda ner den här publikationen, inklusive referenslista, från:

www.forte.se/publikation/fk-depression

Forskning i korthet

ISSN 2001-4287

Nr 8/2017

Tryck: Tryckeri AB Orion, 2017

Har du frågor eller synpunkter på den här produkten? Ring oss på 08-775 40 70 eller mejla på forte@forte.se

Utgiven av Forte, Box 894, 101 37 Stockholm

1. Inledning

Befolkningen i Sverige blir allt äldre. Snart kommer var fjärde person i Sverige vara över 65 år. Depression och ångesttillstånd är vanliga i alla åldersgrupper. De har dock fått mindre uppmärksamhet än demenssjukdomar inom forskningen om äldre (1, 2). Även inom psykiatriforskningen har äldre negligerats. Inom vården är psykiskt sjuka äldre också en bortglömd grupp, och omhändertagandet varierar betydligt mellan olika delar av landet. Detta trots att depression är vanligare än demenssjukdomar bland äldre och leder till många svåra konsekvenser.

2. Definitioner

Det vanligaste sättet att diagnosticera psykiska sjukdomar i vetenskapliga studier är enligt den amerikanska psykiatriska föreningens klassifikationsmanual för psykiska sjukdomar, Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM. Enligt den senaste versionen, DSM-5 (3), ställs diagnosen *egentlig depression* om personer har symtom i fem av nio definierade symtomgrupper:

- a) nedstämdhet
- b) minskat intresse eller minskade känslor
- c) aptitnedsättning
- d) sömnproblem
- e) psykomotorisk oro (kroppsliga rörelser utlösta av oro) eller hämning (minskade kroppsliga rörelser och utslätad ansiktsmimik)
- f) trötthet/energiförlust
- g) intellektuell påverkan/obeslutsamhet
- h) värdelöshetskänsla/skuldkänslor
- i) självmordstankar

Ett av dessa symtom måste vara nedstämdhet eller intresselöshet. Denna klassifikation är i stort sett samma som i de tidigare versionerna DSM-III, DSM-III-R och DSM-IV. *Lindrig depression* klassificerades i DSM-IV (4) som att ha 2–4 symtom. Andra begrepp för lindrigare depressionstillstånd är till exempel *dystymi* och *subklinisk depression*. Två yttringar av depression anses vara vanliga hos äldre: *atypisk depression* (som yttrar sig med tillsynes motsatta depressionssymtom, till exempel ökad sömn, ökad aptit, irritabilitet) och *maskerad depression* (där kroppsliga symtom eller icke-depressiva psykiska symtom dominerar). Ett annat system för klassifikation är International Classification of Diseases (ICD) som ges ut av WHO. Även om detta system används för registrering av sjukvård används det inte så ofta i vetenskapliga studier.

Ångestsyndrom är ett samlingsbegrepp för sjukdomar som generaliserad ångest (GAD), agorafobi, panikångest, tvångssyndrom (OCD), social fobi och specifik fobi.

Generaliserat ångesttillstånd (eng. generalized anxiety disorder, GAD) är förknippat med en ständig ångslan och

överdriven rädsla och oro inför olika vardagliga aktiviteter (förväntansångest).

Panikångest förknippas med panikattacker (avgränsade episoder av intensiv rädsla, skräck eller stort obehag).

Specifik fobi är en avgränsad rädsla för vissa företeelser eller situationer (till exempel spindlar, ormar, åska, höga höjder, att åka hiss eller att flyga).

Social fobi karakteriseras av stark rädsla för sociala situationer som innebär exponering för okända människor eller för att bli kritiskt granskad av andra.

Tvångssyndrom (OCD=obsessive-compulsive disorder) är att ha tvångstankar eller tvångshandlingar. Tvångstankar är återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier som upplevs som påträngande och meningslösa (till exempel grubbel över om spisen är avstängd). Tvångshandlingar är upprepade handlingar som personen känner sig tvingad att utföra för att undvika ångest eller för att förhindra att andra obehagliga saker inträffa. I DSM-5 (3) har OCD tagits bort från ångestsjukdomarna och blivit en egen kategori.

3. Förekomst

Många riskfaktorer för psykisk sjukdom ökar med stigande ålder, till exempel förlust av närstående, försämrat socialt nätverk, störda sinnesfunktioner, försämrad funktionsförmåga och kroppslig ohälsa (1, 5, 6). Olika organiska faktorer, som hjärnatrofi (förlust eller skrupning av nervceller), kärlsjukdom i hjärnan och underaktivitet i serotoninsystemet ökar också risken (7, 8). Dessa negativa faktorer verkar förklara mycket av ökningen av depressionsförekomst med stigande ålder som observerats i vissa studier (9, 10). Ålderdomen har dock också positiva dimensioner, som ökad fritid och mindre stress. Flera studier visar att förekomsten av depression är högst åren före pension (50–65 år), och minskar därefter (5, 11–19). Den lägsta förekomsten verkar vara mellan 65 och 75 år varefter det ökar igen (9, 10, 18, 20–23). Mildare avgränsade depressionssymtom ökar med ålder (17, 24, 25). Detta kan reflektera att äldre personer med depression ofta uppvisar färre antal symptom än yngre personer (26), vilket gör att de inte uppfyller kriterier för diagnos. Förstagångsinsjuknande av depression har både rapporterats att öka (27) eller vara opåverkad av ålder (28).

Förekomsten av ångesttillstånd rapporteras i allmänhet minska med ålder (16, 18, 19, 29–31). Mönstret varierar dock mellan ångesttillstånden (31). Paniktillstånd anses vara väldigt ovanligt bland äldre (16, 21, 32). När det gäller Generaliserat ångest syndrom (GAD) är uppgifterna motstridiga. En del rapporterar att GAD ökar med ålder eller att förekomsten är oförändrad (29, 33, 34). Andra hävdar att den högsta förekomsten av GAD är i 40-års åldern (35, 36), och att den minskar därefter (35, 37). Tvångssyndrom (OCD) verkar vara ovanligare bland äldre än bland yngre (38). OCD börjar i oftast i 20-års åldern, men med

möjligtvis en andra topp i insjuknandet sent i livet (39, 40). Förekomsten av specifik fobi (41–44) och fobisk rädsla (45) rapporteras vanligen minska med ålder, med några undantag (46, 47). Nyinsjuknande verkar ovanligt i hög ålder (48), och mer än 80 procent av 70-åringar rapporterade att de fått sina besvär före 20 års ålder (49). Social fobi verkar också vara ovanligare bland äldre än bland yngre grupper (42, 50–53).

Förekomsten av ångest och depressionstillstånd är hög bland äldre, både i Sverige och internationellt (1, 11, 12, 32, 54). Få studier har undersökt förekomsten av depression och ångest bland personer över 90 år. En svensk studie på 95-åringar rapporterade att 17 procent hade depression och 9 procent ångeststillstånd (20).

Flera befolkningsbaserade undersökningar har studerat depression bland äldre. Tvärsnittsstudier visar vanligen en förekomst av 5–15 procent (5, 9, 13, 54–58) för alla typer av depression och 1–5 procent för egentlig depression (14, 32, 54). Depression är minst lika vanligt som demens efter 65 års ålder, och att runt 150 000 personer i denna åldersgrupp lider av detta. Förekomsten av depressiva symtom är vanligare än den kliniska diagnosen av olika depressionstyper. Förekomsten av depression bland äldre verkar vara högre i sydeuropa än i nordeuropa (59).

Ångestsyndrom är ett underskattat tillstånd bland äldre (11, 12, 32). Förekomsten anges vanligen till mellan 6 och 12 procent bland personer över 65 år (12, 32, 54). I en svensk studie var förekomsten 10,5 procent bland 85-åringar (56) och 4 procent bland 95-åringar (20).

Förekomsten av GAD varierar starkt mellan olika studier och har rapporterats till 1–10 procent (29, 32, 40, 46, 54, 60). Förekomsten har angetts till 3 procent bland 75-åringar (61), 6 procent bland 85-åringar (56), och 2 procent bland 95-åringar (20).

Få studier har undersökt förekomsten av tvångssjukdomar bland äldre. Bland personer över 65 år anges förekomsten till 0,2–1,5 procent (32, 38, 40, 62–64). Förekomsten var 2,9 procent bland 70-åringar (64), 3,2 procent bland 85-åringar (56) och 0,3 procent bland 95-åringar (20) i Göteborg. Mildare tvångsymtom är betydligt vanligare (64).

Specifik fobi är det vanligaste ångestsyndromet i alla åldersgrupper och varierar bland personer över 65 år från 2 procent och 12 procent mellan olika studier (21, 30, 32, 40, 41, 46, 49, 54).

Om DSM-IV kriterier används är förekomsten av social fobi 1,3 procent bland personer äldre än 55 år (50) och 1,8 procent bland personer äldre än 65 (65). I DSM-5 har kravet att patienten själv ska uppleva rädslan som överdriven eller obefogad tagits bort, vilket ger högre förekomst. I en svensk studie (66) hade 3,5 procent social fobi enligt DSM-5.

Risken för sjukdom studeras genom nyinsjuknande (incidens). Incidensstudier av psykisk sjukdom är ovanliga bland äldre. Resultat från olika studier ger en stor variation i hur stor incidensen av depression är och siffrorna varierar mellan 2 och 140 per 1 000 personer per år (27, 28, 67–70).

Orsaken kan vara olika definitioner av depression, hur ofta deltagarna undersökts och vilka informationsmetoder som använts för att fånga upp depressionsepisoder mellan undersökningarna. Registerstudier underskattar till exempel depressionsförekomst betydligt.

3.1 Ytrar sig depressionen annorlunda hos äldre?

Depression hos äldre har oftast en liknande bild som hos yngre. Det anges dock ofta att depression hos äldre ter sig kliniskt annorlunda än hos yngre. Den blir därför svårare att upptäcka både för den äldre själv och för omgivningen. Beskrivningen är ofta att symtomen blir diffusare. Ofta dominerar ett enstaka symtom eller atypiska symtom som aggressivitet och irritation. Kroppsliga symtom är vanliga då smärtröskeln och smärttoleransen sjunker vid depression (225) och äldre oftare har olika krämpor som då blir mer framträdande. Typ av smärts stimuli kan här vara viktigt (226). En depression i hög ålder präglas ofta av hopplöshetskänsla, ångest eller oro, men det är också vanligt att äldre personer söker vård för kroppsliga symtom i stället för depression. Sömnproblem är dessutom vanliga vid depression hos äldre. Deprimerade äldre blir ofta inaktiva och oföretagsamma, lättirriterade och missnöjda. Förloppet är ofta långdraget och symtomen mindre tydliga. Att en äldre man blir sur och tvär och inte vill vara med om något kan vara ett tecken på depression. En bekant som inte dyker upp på föreningsmötet kan också ha en depression. Många äldre och deras anhöriga misstolkar depressionen som en begynnande demenssjukdom då de får ett sämre minne. Detta blir då ytterligare en källa till oro.

4. Samsjuklighet

Få studier har undersökt förekomsten av samsjuklighet (dvs. att flera psykiska sjukdomar förekommer samtidigt hos samma person) hos äldre (1). Samsjukligheten är speciellt hög mellan depression och olika ångestsjukdomar, och mellan de olika ångeststillstånden, också bland äldre (11, 12, 32, 43, 48, 49, 66, 71–76), med en samsjuklighet på 50–90 procent. Denna samsjuklighet noterades redan på 60-talet (77), då det rapporterades att de flesta affektiva sjukdomar hos äldre uppvisade en blandning av depression och ångestsymtom. 91 procent av äldre personer med GAD i befolkningen har också depression (21), och att 95 procent av deprimerade äldre har ångestsymtom (70). Den höga samsjukligheten mellan GAD och depression (78) har orsakat en diskussion om huruvida GAD ska räknas in bland de affektiva sjukdomarna (61).

Det är också en hög samsjuklighet mellan olika ångeststillstånd, såsom social fobi, enkel fobi, paniktillstånd, OCD och GAD (66, 71, 72). Diagnostiska gränsdragningar är därför ofta svåra att göra. Det är viktigt att diagnostisera samsjuklighet eftersom det leder till ökat lidande och funktionsinskränkningar (66, 71).

Sambandet mellan depression och demens och kogni-

tiv nedgång är omdiskuterat (1). Kognitiva symtom är ett av nyckelsymtomen för depression i DSM-5 (3). Det är därför inte förvånande att många studier visar att personer med depression presterar sämre på kognitiva tester (17, 22, 79–82). Nedgången är ofta mild (83, 84) och syns ofta i förmågor kopplade till främre delar av hjärnan och områden under hjärnbarken (80–84), och är oftast för milda för att uppfylla kriterierna för demens. Kognitiva symtom vid depression är troligen mer accentuerade hos äldre, och har angetts vara mer vanliga hos deprimerade med sin första episod sent i livet än hos dem med tidigare debut (85). Också ångesttillstånd hos äldre (76), inklusive social fobi (66), GAD (86) och OCD (64) har relaterats till sämre resultat på kognitiva tester.

Depression har i många studier rapporterats vara ett förstadium eller riskfaktor för demens (87–89). Framåtblickande befolkningsstudier ger olika resultat, flera studier rapporterar att depression ökar risken för demens (80, 90–92), medan andra inte finner något sådant samband (69, 93–96). En meta-analys drog slutsatsen att depression ökar risken för senare utveckling av demens (89). Denna meta-analys innehöll dock en blandning av befolkningsbaserade studier och studier från minnesmottagningar vilket gör det svårt att värdera resultaten. Än så länge är det inte klarlagt om depression ökar risken för demens, eller om det är ett tidigt tecken på sjukdomen. En ny studie fann att depression ökade risken för demens inom fyra år, men inte inom tio år (97). Forskarna drog därför slutsatsen att depression var ett tidigt tecken på demens, inte en orsak till demensen. Färre studier har undersökt om ångest och ångestsjukdom ökar risken för demens. En studie (98) har sett ett samband med ångest, medan en annan inte funnit det (99).

5. Riskfaktorer

De flesta studier om riskfaktorer har gjorts på depression, medan färre har studerat ångesttillstånd (1). Liksom alla folksjukdomar har depression i hög ålder flera olika orsaker (1, 5, 100, 101), där var och en för sig bara bidrar med en liten del. Ofta är det svårt att bedöma vad som är riskfaktor och vad som är konsekvens av sjukdomen. Ofta går sambanden i båda riktningarna.

Några av de mest robusta fynden i psykiatrisk epidemiologi är att förekomsten av depression, GAD och specifika fobier är högre bland kvinnor än bland män, oavsett var i världen studierna har gjorts. Skillnaden mellan män och kvinnor är högst i medelåldern och minskar sedan med ålder. De flesta studier bland äldre rapporterar dock en högre förekomst bland kvinnor än bland män. Bland förklaringsmodellerna finns olika biologiska och sociala hypoteser. En annan förklaring är att män är mindre benägna än kvinnor att rapportera depressions- och ångestsymtom. Kvinnor söker också vård för depressions- och ångestproblem i större utsträckning än män, och psykofarmaka skrivs oftare ut till kvinnor. Få studier har undersökt betydelsen av

könsroller. En del forskare menar att depression yttrar sig olika hos män och kvinnor och att det bör användas andra kriterier för att studera depression hos män. Män visar oftare symtom som irritabilitet och aggressivitet och överanvändning av alkohol kan vara ett depressionstecken (102). Suicid är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor i Sverige och i de flesta länder i västvärlden, och detta gäller i högsta grad hos äldre. För gruppen 85+ var suicidtalet hos män 43/100 000 år 2015, vilket kan jämföras med 9/100 000 hos kvinnor (103). Den stora könsskillnaden kan te sig något paradoxalt med tanke på att depression är vanligare bland kvinnor. Studier på könsskillnader med fokus på äldre saknas dock både för depression och ångesttillstånd och vi vet lite om betydelsen av könsskillnader för behandlingssvar vid olika typer av interventioner för äldre med psykisk ohälsa.

Andra faktorer som ofta rapporteras som riskfaktorer för depression hos äldre är:

- negativa livshändelser, till exempel förlust av nära anhörig (9, 104, 105)
- kroppslig ohälsa (9, 100, 106–109)
- nedsatt funktionsförmåga (9, 100, 106, 109–111)
- institutionalisering (15, 112, 113)
- biverkan av läkemedel (114)
- ensamhet, minskat socialt nätverk och stöd (9, 100, 115–117)
- organiska hjärnfaktorer (8), såsom hjärnatrofi (tillbakabildning av nervceller) och cerebrovaskulär sjukdom (kärlsjukdom i hjärnan) (118)
- psykisk sjukdom tidigare i livet (9, 100, 119)
- depression hos familjemedlemmar (9)
- låg utbildningsnivå (9, 23)
- neurotisk personlighet (9, 120, 121)
- rökning (115)
- hög alkoholkonsumtion (122)
- låg födelsevikt (123)

När det gäller fysisk aktivitet är resultaten motsägelsefulla (124).

Riskfaktorer för ångesttillstånd hos äldre är:

- kroppslig sjukdom (11, 40)
- att vara ogift (11, 40)
- låg utbildningsnivå (11, 40)
- negativa livshändelser (41, 125)
- försämrade funktionsförmåga (126)
- neurotisk personlighet (76)

Riskfaktorerna för ångesttillstånd hos äldre liknar alltså de för depression (127). En del forskare anser dock att riskfaktorerna för depression och ångesttillstånd hos äldre är olika (125), och att riskfaktorerna för depression är mer biologiska än de för ångesttillstånd (127). En anledning kan vara att få studier har undersökt sambandet mellan biologiska faktorer och ångesttillstånd hos äldre.

Förekomsten av strukturella hjärnförändringar ökar med stigande ålder (128), och har kopplats till ökad risk för psykisk sjukdom i flera studier. Depression hos äldre, speciellt egentlig depression, har kopplats till förändringar i särskilda delar av hjärnan, till exempel nukleus kaudatus och

putamen, och med atrofi i frontala, temporala och parietala lobar (129–140). De flesta studier är kliniska och har använt tvärsnittsanalyser. En longitudinell befolkningsstudie rapporterade ett samband mellan atrofi i tinningloben på datortomografi och utveckling av egentlig depression under en 5-års uppföljning (139). Även ApoE e₄, en genetisk faktor kopplad till Alzheimers sjukdom, har relaterats till nyinsjuknande i depression i hög ålder i en svensk studie (141). Resultaten från andra delar av världen är dock inte samstämmiga.

Förekomsten av cerebrovasculära sjukdomar (kärlsjukdom i hjärnan), som stroke (142) och ischemiska vitsubstansskador (WML) (128) ökar med stigande ålder. Konceptet 'vaskulär depression' (143) innebär depression i samband med sådana cerebrovasculära sjukdomar. En studie visade att det inte var någon skillnad i depressionens yttringar mellan deprimerade strokepatienter och deprimerade utan stroke (144). En tidigare mindre studie rapporterade att patienter med depression hade färre melankoliska, men mer fysiska symtom än deprimerade utan stroke (145). Fler studier behövs för att kunna fastslå om depression efter stroke har en annan symtombild än depression utan stroke.

Depression är vanligt efter stroke (146–150). En systematisk översikt (146, 147) fann en depressionsförekomst av 33 procent efter stroke. En svensk studie (150) fann att stroke var relaterat till tre gånger högre risk för depression hos kvinnor och fyra gånger ökad risk hos män. Senare studier har funnit att personer med depression efter stroke svarar bra på antidepressiva läkemedel (151).

En vanlig kärlsjukdom i hjärnan är vitsubstansskador som orsakas av förtjockning av kärlväggen hos de små kärl som försörjer den djupa vita substansen i hjärnan, vilket leder till försämrat blodflöde till dessa delar (152). Vitsubstansskador är ett mycket vanligt fynd vid undersökningar med magnetkamera eller datortomografi på äldre personer (128, 153). Orsaken till vitsubstansskador är långvarigt högt blodtryck. Tvärsnittsstudier, oftast på patientpopulationer, visar oftast ett samband mellan vitsubstansskador och depression (134, 137, 138, 140, 155, 156). Resultaten från longitudinella befolkningsstudier är mer motsägelsefulla (139, 140, 156–159). Vitsubstansskador hos äldre deprimerade kan påverka prognosen, såsom tid till återfall (160) och svar på antidepressiv behandling (161). Mycket lite kunskap finns om sambandet mellan vitsubstansskador och ångestsjukdomar hos äldre.

6. Konsekvenser och prognos

Även lindrigare former av depression är kopplade till negativa konsekvenser (1), såsom ökad förekomst av stroke, försämrad funktionsförmåga, självmordsrisk och ökad dödlighet (67, 162–164). Bland konsekvenserna av depression är

social isolering och ensamhet (9, 165), försämrad livskvalitet och funktionsförmåga (111, 165–167), ökad användning av sjukvård och hemvård (70, 168), försämrad kognitiv förmåga (79, 81, 82), ökad risk för kroppslig sjukdom (till exempel stroke) (162, 169), självmord (170) och en ökad mortalitet (69, 169, 171–175). Flera longitudinella befolkningsstudier visar att depression ökar risken att nyinsjukna i stroke (162, 176, 177). Depression är också viktigt att upptäcka hos äldre strokepatienter eftersom det är kopplat till försämrad prognos (178–180). Deprimerade strokepatienter har mer kognitiva problem (149), mer sjukhusdagar (181) och behöver mer stöd än andra strokepatienter (182). Depression har också kopplats till ökad dödlighet vid

- kardiovaskulär sjukdom (183),
- hjärtinfarkt (184, 185),
- prostatacancer (186),
- hjärtklaffoperation (187) och
- diabetes (188).

En meta-analys har funnit att depression också ökar risken för höftfraktur och osteoporos (189). Några studier har funnit att behandling av depression minskar mortalitet i kroppslig sjukdom (190–192) och även förbättrar funktionsnivån. Konsekvenserna av olika ångesttillstånd hos äldre är otillräckligt utforskat.

Cirka hälften av deprimerade äldre personer i befolkningsundersökningar har kvarstående depression flera år senare (193). Förloppet av ångesttillstånd är mindre välstuderat. Vid social och specifik fobi tycks prognosen vara något bättre än vid depression; de flesta personer med dessa besvär hade kvar dem vid uppföljning, men endast en minoritet hade fortfarande så uttalade besvär att de hade kvar sin diagnos (194–198). Resultat från studier på sambandet mellan ångest och mortalitet/sjukdom varierar. En förklaring kan vara att ångest kan innebära många olika saker och att olika former av ångest har olika påverkan på kroppslig hälsa. Det är omtvistat om ångest leder till ökad dödlighet (199–201). En studie fann att ångestsyndrom hos äldre var förknippat med ökad mortalitet, ökad risk för ischemisk hjärtsjukdom och stroke och ökad självmordsrisk (202). Andra har funnit samband med nedsatt kroppslig hälsa (203). Social fobi är kopplad till försämrad social och mental funktion, och reducerad livskvalitet hos äldre (66, 204), liknande fynd har gjorts hos äldre med OCD (64).

6.1 Självmordsproblematik

I Sverige och på de flesta håll i västvärlden har äldre höga suicidtal. Detta gäller framförallt för männen. Enligt Socialstyrelsen skedde 43 självmord per 100 000 män i åldersgruppen 85+ år 2015 (103). Motsvarande siffra för unga män (15–24 år) var 11 per 100 000. Suicidförsök sker däremot betydligt mer sällan hos äldre jämfört med hos yngre. När det sker finns oftast en starkare dödsavsikt och större beslutsamhet hos den äldre individen jämfört med yngre (205). Ett suicidförsök hos en äldre person kan därmed vara en kraftigare markör av risk för död genom suicid.

De flesta äldre som tar sina liv gör det under inverkan av

psyisk ohälsa (170, 206), framför allt depression. Suicidtankar (207, 208) och suicidförsök (209) är ovanliga hos psykiskt friska äldre. Studier på självmordsförsök (206, 209–211) och fullbordade självmord (170, 212) hos äldre visar att sambandet med depression är starkare än i yngre åldersgrupper. Detta är ett starkt argument för att depression hos äldre bör identifieras och behandlas. Det är av central betydelse för suicidprevention hos denna åldersgrupp att depressionsbehandling följs upp aktivt, med utvärdering av behandlingseffekt. Multimodala behandlingar kan vara motiverande. Även lindrigare depressioner kan ge ökad risk för suicid och suicidförsök hos äldre. Alkoholmissbruk är kopplat till en ökad risk för både självmord (213) och självmordsförsök (214) hos äldre i Sverige. Ångesttillstånd är också kopplade till en ökad risk för självmord hos äldre (170), och äldre med ångestsymtom har oftare suicidtankar, oavsett graden av samtidiga depressionssymptom (215). De flesta studier talar mot att demens skulle vara en riskfaktor för suicid hos äldre. Mildare former av nedsatt kognition kan ha betydelse (216), sannolikt beroende på minskad problemlösningsförmåga.

Samsjuklighet mellan psykisk och fysisk hälsa är viktigt att ta i beaktande när det gäller suicidproblematik hos äldre. Ökad risk för suicidalt beteende hos äldre har konstaterats vid neurologiska tillstånd, cancersjukdomar, smärttillstånd, kronisk obstruktiv lungsjukdom, leversjukdom, ledsjukdomar samt urogenitala sjukdomar hos män (217). Fysisk funktionsnedsättning är en annan faktor av betydelse (218). Forskningen tyder på att det kan finnas köns- (219) och ålderskillnader inom åldersgruppen (220), men det finns mycket lite genus- och åldersspecifik forskning kring suicidproblematik hos äldre. Sociala faktorer spelar en stark roll (221), något som blir mycket påtagligt bland de allra äldsta (218, 222). Prevention av suicidalt beteende hos äldre är ett område som är mycket lite studerat (223). Den begränsade litteraturen som finns talar för lyckade preventionsinsatser för kvinnor, men inte för män (224).

7. Förebyggande

Depression och ångestsjukdomar är så vanliga bland äldre att det är ett folkhälsoproblem. Depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa i alla åldersgrupper. En del av problembilden är avsaknaden av folkhälsouppläsning om depression hos äldre. Sannolikt är majoriteten av de drabbade inte medvetna om depressionen själva, och bara 10–20 procent får en riktig behandling. Här kan de offentliga och de ideella sektorerna ta efter de framgångsrika kampanjer som gjorts om cancer, hjärt-lungsjukdom, och slaganfall. När en äldre person i sällsynta fall söker hjälp för sin depression sker diagnosstämning och behandling oftast inom primärvården. Men bara en liten andel av de som har depression söker hjälp för just depressionen. Det är inte ovanligt att de söker för fysiska besvär i stället (227, 228)

Det finns en rad åtgärder för att förebygga depression.

En faktor som ofta nämns är betydelsen av fysisk aktivitet, som dessutom har effekt på hjärtkärlsjukdom, välbefinnande, kondition, livskvalitet och livslängd. Det kan dock vara så att sambanden beror på att deprimerade rör sig mindre. En nyligen publicerad longitudinell studie rapporterade att depression vid studiens start ökade risken för låg fysisk aktivitet vid uppföljningen, medan det inte fanns något samband åt andra hållet (124). Resultat från behandlingsstudier av äldre har varit motstridiga.

En förbättring av den psykosociala situationen, till exempel genom en meningsfull sysselsättning som till exempel någon form av frivilligarbete och att få en ny gemenskap när vänner och anhöriga har gått bort kan också vara viktigt. En systematisk översikt visade att psykosocial intervention (åtgärder som riktar sig till personens hela situation) kunde vara bra mot depressiva symtom hos äldre om den pågick mer än tre månader (229). En svensk studie har påvisat betydelsen av ensamhet för depressionsförekomst (230). I en efterföljande undersökning genomfördes en lång rad olika sociala aktiviteter avsedda att minska äldres ensamhet i en kommun och jämförde med en annan kommun i samma norrländska län och fann att nysjuknandet i depression vid efterundersökning 1,5 år senare minskade (231). Depressionsgrad hos dem som inte var kliniskt sjuka men i riskzon för depression kunde även minska med hjälp av reminiscensgrupper.

Att depression och ångesttillstånd har så många samverkande riskfaktorer hos äldre gör att det är extra viktigt att upptäcka dem i tid. Ju tidigare upptäckt desto större möjlighet att behandla framgångsrikt. Kroppsliga besvär, inaktivitet och dålig psykosocial situation går att påverka.

8. Behandling

De flesta äldre med psykisk sjukdom tar inte kontakt med sjukvården och får därmed ingen behandling. Läkemedelsbehandling bygger ofta på läkemedelsstudier gjorda på friska yngre personer. Äldre patienter har ofta sämre omsättning av läkemedel i kroppen och kan ha en förändrad reaktion på läkemedel. Äldre har också ofta olika kroppsliga sjukdomar som behandlas med läkemedel som kan interagera med antidepressiva läkemedel. Detta kan påverka såväl behandlingen som hur personen svarar på läkemedel.

Depression hos äldre ska i de flesta fall behandlas på samma sätt som hos yngre personer, dvs. med en kombination av psykosociala åtgärder, psykoterapi (t. ex. kognitiv beteendeterapi och problemlösningsterapi) och läkemedel. Äldre personer ska i regel starta med lägre doser av läkemedel. Det tar också ofta längre tid för äldre att svara på behandlingen. Liksom hos yngre kan olika antidepressiva läkemedel kombineras vid utebliven effekt och vid svåra fall kan tillägg av antipsykosmedel prövas. Behandlingseffekten av selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI) hos äldre är relativt ringa jämfört med placebo (232). Liknande

slutsatser fanns i en meta-analys som visade att SSRI och andra nya antidepressiva läkemedel visserligen var bättre än placebo (233), men att effekten var modest. De flesta studier inkluderar förhållandevis ”yngre” äldre och kunskap om effekter av antidepressiva i högre åldrar och bland sköra personer är ofullständig. Det vetenskapliga underlaget för såväl antidepressiva läkemedel som psykoterapi som behandling för depression är relativt begränsat hos äldre (232).

Förhållandevis få äldre med depression och ångest erbjuds psykoterapeutisk behandling (232). Det har dessutom gjorts relativt få behandlingsstudier. En meta-analys tydde på att effekten av psykoterapi är likvärdig mellan yngre och äldre patienter (234). Lovande resultat har setts vid problemlösningsterapi där behandlingen går ut på att lära sig att hitta och genomföra lösningar på problem som uppstår i livet. Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en effektiv behandling mot depression, särskilt vid djupa depressioner, depression med psykotiska symtom eller där patienten inte blivit hjälpt av antidepressiva läkemedel. ECT har visats ge snabbare antidepressiv effekt än läkemedel hos äldre (235) och används oftare vid behandling av äldre personer än av yngre (236). Övergående minnesproblem är en vanlig biverkan. En mindre studie fann dock inga tecken på att ECT gav någon långsiktig påverkan på minne och andra kognitiva funktioner hos äldre (237).

Antalet behandlingsstudier på ångesttillstånd hos äldre är mycket begränsat och har nästan enbart utförts på GAD. Effekter har setts för moderna antidepressiva läkemedel och för kognitiv beteendeterapi (KBT) (76). Det är oklart om effekterna av behandling är bättre eller sämre på äldre än på yngre personer. Läkemedel är dock den vanligaste behandlingen, även om psykoterapi verkar ha effekt också bland äldre.

9. Kunskapsbehov

- Mycket forskning görs på demenssjukdomar bland äldre. Depression hos äldre har fått mindre uppmärksamhet. Forskning på ångestsyndrom bland äldre är ett negligerat område, likaså suicidprevention och annan prevention hos äldre. Några exempel på kunskapsbehov är: Upplever en äldre människa sin depression annorlunda än yngre och i så fall, varför? Är atypiska depressioner vanligare hos äldre personer?
- Mer kunskap behövs kring mekanismerna för depression och ångestsjukdomar hos äldre; hur dess yttringar och orsaker skiljer sig mot yngre åldersgrupper, om riskfaktorer samt hur riskfaktorerna förändras över tid. Mer kunskap behövs också kring vad som behöver göras för att förebygga depression och ångesttillstånd hos äldre.
- När det gäller ångesttillstånd som GAD, panikångest, social fobi, specifik fobi och OCD hos äldre är detta ett område som hittills utforskats mycket lite, också ur ett globalt perspektiv. Här behövs en kartläggning av riskfaktorer, prognos, klinisk bild och biologiska mekanismer. Behandling av ångesttillstånd hos äldre behöver också studeras närmare.
- Vi behöver mer befolkningsbaserad forskning för att kartlägga om förekomsten av psykisk ohälsa ökar eller minskar bland äldre.
- Ett område som behöver studeras närmare är mekanismerna bakom att kvinnor har ett högre insjuknande i depression och GAD än män. Speciellt behöver betydelsen av könsroller studeras.
- Fler behandlingsstudier med läkemedel behöver utföras i äldre populationer, och vi behöver veta om behandlingen påverkar prognosen vid samtidig kroppslig sjukdom. Med tanke på de relativt modesta effekterna av antidepressiva läkemedel bör framtida studier också sträva efter att finna metoder för att i förväg förutsäga om en person har stor eller liten sannolikhet att bli hjälpt av en viss medicinsk behandling.
- Andra behandlingsformer, som psykoterapi och sociala insatser, behöver studeras närmare då sådana behandlingsformer kan vara mer lämpliga än läkemedel för de äldre som använder många andra läkemedel.
- Studera de hälsoekonomiska effekterna av depression hos äldre.
- För att öka kunskapen om depression och ångesttillstånd hos äldre är det viktigt med multidisciplinär forskning.