

Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas – inte avvecklas

Ny inventering visar dystra resultat



PER ALLARD, docent, överläkare, äldrepsykiatriska enheten, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
per.allard@psychiat.umu.se
LARS GUSTAFSON, professor emeritus, psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund

INGVAR KARLSSON, docent, överläkare, neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, Göteborg
KARIN SPARRING BJÖRKSTÉN, med dr, överläkare, Psykiatri Sydöst, Stockholm

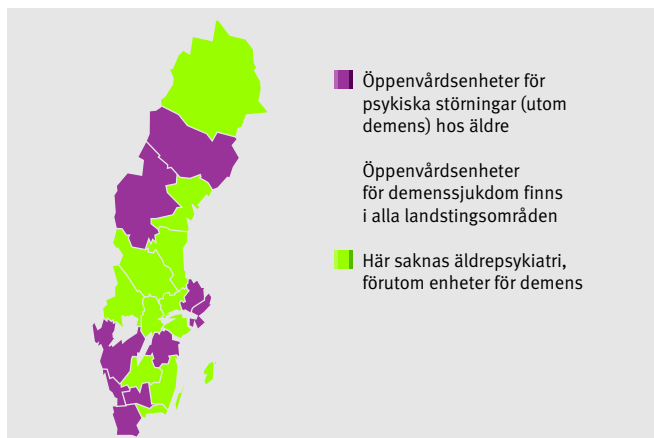
Sverige har i dag 1,6 miljoner invånare som är 65 år eller äldre. Andelen äldre ökar. År 2030 kommer omkring en fjärdedel av hela befolkningen att vara över 65 år. Nästan en halv miljon äldre i Sverige kan antas ha en behandlingskrävande psykisk sjukdom [1].

Även psykiska sjukdomar utanför demensområdet har hos äldre patogenetiska samband med neurodegenerativ sjukdom. Dessa samband är tydligast påvisade vid depression i hög ålder [2]. Kognitiva störningar förekommer ofta vid psykisk sjukdom hos äldre [3]. De neurodegenerativa förändringarna kan bidra till en avvikande och mer varierande symtomatologi [4] än vid psykisk sjukdom hos yngre. Den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder, depression, har inte sällan en atypisk symtombild. Sänkt stämningsläge är inte lika vanligt som hos yngre [5]. Samsjuklighet med ångest [6] och/eller demens [7] är vanligt förekommande liksom exekutiva störningar [8].

Jämfört med yngre grupper har somatisk sjuklighet större betydelse som riskfaktor [9], medan hereditet för psykisk sjukdom betyder mindre [10]. Depression i hög ålder är associerad med ökad dödlighet i kroppslig sjukdom [11]. Antalet självmord bland äldre är högre än andelen av befolkningen i stort [12]. Ett starkt samband finns mellan depressivt syndrom hos äldre och suicid [13]. Underdiagnostik [14] och överbehandling [15] är vanliga vid psykisk sjukdom hos äldre. Trots komplexa orsaks-sammanhang är framgångsrik behandling ofta möjlig [16].

Ny inventering med samma enkät

Svensk förening för äldrepsykiatri (SFÄP) genomförde 1999–2000 en nationell inventering av organisation, resurser och kompetens inom området äldre med psykisk sjukdom [17]. Undersökningen visade på stora brister. Äldrepsykiatri i Sverige befanns vara svåröverskådlig, ojämnt regionalt fördelad och huvudsakligen etablerad i och omkring universitetsorterna. Verksamheten bedrevs av ett mycket begränsat antal läkare med speciell inriktning på äldrepsykiatri. Utbildning och handledning inom äldrepsykiatri var kraftigt eftersatta.



Figur 1. Förekomst av öppenvårds- och slutenvårdsenheter för psykiska sjukdomar (utom demens) hos äldre och öppenvårdsenheter för demens samt landstingsområden utan äldrepsykiatriska enheter, förutom enheter för demens.

För att undersöka om de resultat som framkom vid förra inventeringen givit upphov till resursförstärkningar och organisationsförändringar genomförde SFÄP 2006–2007 en ny inventering av äldrepsykiatri i Sverige. Med några få förändringar användes samma enkät. Ekonomiskt stöd erhöles från Socialstyrelsen med 50 000 kr.

METOD

Frågeformulär sändes till läkare och andra informatörer i ansvarig ställning, alternativt verksamhetschefer inom psykiatri och geriatrisk, i Sveriges samtliga 21 landstingsområden. Ett hundratal uppgiftslämnare var involverade. Inventeringen avsåg förhållandena under perioden andra halvåret 2006 till och med första halvåret 2007. Studien omfattade inte kommunal verksamhet eller privata alternativ.

Med äldrepsykiatri avses all psykisk sjuklighet hos individer 65 år och däröver. De två huvudgrupperna av sjuklighet defini-

»Nästan en halv miljon äldre i Sverige kan antas ha en behandlingskrävande psykisk sjukdom ...«

SAMMANFATTAT

En ny inventering av äldrepsykiatri är genomförd. Ytterligare försämringar har skett sedan den förra inventeringen 1999–2000.

I en majoritet av landets 21 landstingsområden saknas specialiserad verksamhet för äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos.

Slutenvårdsplatserna har reducerats med nästan hälften.
Utredning och behandling enligt vårdprogram sker endast undantagsvis vid andra tillstånd än demens.

Andelen tjänsteutrymmen för

specialister inom äldrepsykiatri har minskat, liksom antalet neuropsykologer. Tillgången till steg 1-utbildad personal i psykoterapi är närmast försumbar.

Äldrepsykiatri är i starkt behov av en genomtänkt utvecklingsstrategi. Utbildningen i äldrepsykiatri måste förstärkas. En äldrepsykiatrisk specialismottagning i varje landstingsområde är ett minikrav.

Berörda och ansvariga myndigheter måste verka för ökad uppmärksamhet på äldre med psykisk ohälsa.

■ FAKTA. Landstingsområden med rapporterad förekomst av enhet för äldrepsykiatri

Öppenvårdsenhet: psykiska sjukdomar (förutom demens)	Öppenvårdsenhet: demens	Slutenvårdsenhet: psykiska sjukdomar (förutom demens)	Slutenvårdsenhet: demens
Västerbotten	Samtliga landstingsområden	Västerbotten	Västerbotten
Jämtland		Jämtland	Jämtland
Uppland		Uppland	Uppland
Stockholm		Stockholm	Stockholm
Östergötland		Kronoberg	Örebro
Kronoberg		Västra Götaland	Östergötland
Västra Götaland		Skåne	Jönköping
Halland		Halland	Västra Götaland
Skåne			Skåne
			Blekinge

Anmärkning: En avdelning i Sundsvall med 14 vårdplatser för både dementa patienter och patienter med övriga psykiska sjukdomar lades ner under 2006. Några avdelningar är nyligen nedlagda i Örebro läns landsting. Avdelningen i Umeå för psykiska sjukdomar (förutom demens) hos äldre delas med beroendepatienter i yngre åldrar.

eras i inventeringen som demenssjukdomar och övriga psykiska sjukdomar. I den senare gruppen ingår sjukdomar som depression, ångest och psykos.

ENKÄTENS FRÅGOR OCH SVAR

Finns enhet för äldrepsykiatrisk verksamhet?

För demens finns enhet i alla landstingsområden. För övriga psykiska sjukdomar finns enhet i 9 av landets 21 landstingsområden (Figur 1, Fakta).

Om ja, är den äldrepsykiatriska verksamheten uppdelad i demens och övriga psykiatriska störningar eller är den gemensam för dessa grupper?

Uppdelning råder i alla landstingsområden utom Jämtland. I Kronobergs län (Växjö) finns gemensam verksamhet liksom i lokala öar i Region Skåne (Helsingborg och Trelleborg). Uppdelningen är olika i olika landstingsområden.

Demenssjukdomar handläggs ofta inom geriatrik och övriga psykiska sjukdomar inom psykiatri. Denna uppdelning är vanligast i landets norra delar, men förekommer även i flera landstingsområden i Mellansverige och södra Sverige. I Västra Götaland och Halland föreligger en uppdelning mellan demens och övriga psykiska sjukdomar inom den psykiatriska organisationen. I Skåne och Blekinge riktas den specialiserade äldrepsykiatri i första hand mot demens. Den dominerande specialisttillhörigheten för läkare är psykiatri.

I några landstingsområden handläggs demenssjukdom inom den internmedicinska organisationen.

I flera landstingsområden finns ett organiserat samarbete mellan geriatrik och primärvård när det gäller demens. Sedan förra inventeringen har detta samarbete blivit mer etablerat.

Öppenvårdsenheter

Finns öppenvårdsenheter för äldrepsykiatrisk verksamhet? Var? Antal? Ange om öppenvårdsenheter handlägger demenspatienter och/eller patienter med övriga psykiatriska störningar.

Se svar på första frågan ovan samt Fakta och Figur 1.

Kommentar: I en majoritet av Sveriges landsting saknas specialiserad medicinsk kompetens för den stora gruppen äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos. Någon ökning av antalet landstingsområden med sådan verksamhet har inte skett sedan förra inventeringen. Förekomst av äldrepsykiatrisk öppenvårdsmottagning innebär i regel enbart tillgång till sådan kompetens i det lokala sjukvårdsområdet i fråga, inte i övriga delar av landstingsområdet. För

demenssjukdom finns öppenvårdsmottagning, en eller flera, i samtliga landstingsområden. År 2000 saknades sådana i 2 landstingsområden.

Slutenvårdsenheter

Finns slutenvårdsenheter för äldrepsykiatrisk verksamhet? Hur många vårdplatser? Ange om slutenvårdsenheter handlägger demenspatienter och/eller patienter med övriga psykiatriska störningar.

Slutenvårdsenheter för demenstillstånd finns i 10 landstingsområden (Fakta). Därutöver finns avdelningar inom geriatrik och psykiatri med ett fåtal insprängda platser för denna patientkategori. För övriga psykiska sjukdomar finns specialiserade slutenvårdsenheter i 8 landstingsområden (Fakta). Samma reservation som för demens kan göras här; äldre vårdas även på allmänpsykiatriska akutavdelningar tillsammans med yngre patienter med begränsad tolerans för den äldre patientens sätt att vara. På dessa avdelningar saknas dessutom ofta specialiserad kompetens för behandling och omvårdnad av äldre.

I många landstingsområden sker slutenvård av demenspatienter på institution i kommunal regi, ofta utan tillgång till läkare med särskild kompetens i äldrepsykiatri.

Totalt antal platser i vårdenheter speciellt ämnade för äldre med psykisk sjukdom är ca 400. För demens är antalet platser ca 250, för övriga psykiska sjukdomar ca 120 och gemensamma för båda kategorierna ca 25.

Kommentar: I förra inventeringen fanns ca 750 vårdplatser för äldre med psykisk sjukdom. Då redovisades totalt 5 873 vårdplatser i psykiatri och 3 627 i geriatrik. Motsvarande antal som rapporteras nu är 3 294 respektive 2 292. Andelen vårdplatser för äldre med psykiska störningar utgör i båda undersökningarna 7–8 procent av totala antalet vårdplatser. I nära anslutning till eller under senaste inventeringen fortsatte nedläggningen av antalet vårdplatser för äldre med psykisk sjukdom.

Utredningsverksamhet

Bedrivs utredningsverksamhet, enligt gängse riktlinjer, avseende äldre med psykisk sjukdom?

I alla landstingsområden bedrivs utredning av demens enligt nationella och/eller regionala riktlinjer. När det gäller övriga psykiska sjukdomar finns och tillämpas särskilda riktlinjer vid de förekommande äldrepsykiatriska enheterna.

Kommentar: I de flesta av Sveriges landsting saknas skrivna ut-

»Resultaten av den aktuella inventeringen är alarmerande.«

redningsprinciper för äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos.

Specialistläkartjänster

Hur många specialistläkartjänster (psykiatri, geriatrik eller annan specialitet) respektive ST-läkartjänster är enbart eller huvudsakligen ämnade för äldrepsykiatri? Ange om dessa tjänster är ämnade för demenspatienter och/eller patienter med övriga psykiatriska störningar.

Det finns ca 115 specialisttjänster/tjänstetrymmen, varav ca 25 är tjänster för psykiatrer. Ungefär hälften av dessa tjänstetrymmen är ämnade för övriga psykiska sjukdomar. Totala antalet specialister är enligt offentlig statistik i november 2006 2 656 i psykiatri och 995 i geriatrik. Totalt 3 procent av dessa specialister arbetar i dag således i äldrepsykiatrisk verksamhet. Totalt har 8 ST-block rapporterats, de flesta i geriatrik och för demenssjukvård.

Kommentar: År 2000 var 93 tjänster ämnade för äldrepsykiatri. Då som nu var en majoritet av tjänsterna ämnade för demens. Då fanns 1 469 specialister i psykiatri och 571 i geriatrik. Andelen specialister som arbetade inom äldrepsykiatri var då 5 procent. Denna andel har således minskat. Vad gäller ST-block har en minimal ökning skett jämfört med 2000, då 6 ST-block rapporterades.

Psykologtjänster

Hur många psykologtjänster är enbart eller huvudsakligen neuropsykologiskt inriktade?

Det finns ca 50 psykologtjänster för neuropsykologi inom äldrepsykiatri; de flesta inom demensområdet och i universitetsorterna.

Kommentar: År 2000 rapporterades 61 tjänstetrymmen med samma fördelning som nu. Totala antalet legitimerade psykologer i Sverige är ca 8 000. Här har således skett både en absolut och relativ minskning av tillgång på neuropsykologisk kompetens för äldre med psykisk sjukdom.

Steg 1-utbildad personal

Har patienter i behov av psykoterapi tillgång till steg 1-utbildad personal i den äldrepsykiatriska verksamheten?

Totalt 4 landstingsområden – Västerbotten, Västra Götaland, Kronoberg och Skåne – har rapporterat att där finns tillgång till steg 1-utbildad personal. I de flesta landstingsområden är svaret ett entydigt nej.

Kommentar: Det finns i dag inte tillräckligt underlag för att värdera effekten av psykoterapi vid exempelvis depression hos äldre. Dock finns tendenser som pekar på att kognitiva psykoterapeutiska metoder kan vara effektiva [18]. Tillgång till kvalificerad psykologisk behandling kan i ett vidare behandlingsperspektiv ses som uttryck för en övergripande människosyn i vården som beaktar psykologiska och sociala faktorerets betydelse. Det är därför anmärkningsvärt att kvalificerad psykologisk behandling tillhandahålls endast vid en närmast försumbar andel av enheter.

DISKUSSION

Resultaten av den aktuella inventeringen är alarmerande. Utvecklingen av äldrepsykiatrins resurser har fortsatt utan att

mötas av några motåtgärder. Sverige har framför sig en demografisk utveckling med allt fler äldre individer, varav många drabbas av svåra, långvariga psykiska sjukdomstillstånd. Individens och samhällets behov av en lättillgänglig och specialiserad äldrepsykiatrisk sjukvård är uppenbart.

Den medicinska utvecklingen har i flera viktiga avseenden förbättrat diagnostiken och behandlingsmöjligheterna vid olika psykiska sjukdomstillstånd hos äldre. Dessa landvinningar är tyvärr inte tillgängliga på det sätt som vore naturligt om samhällets resurser kunde anpassas till aktuella behov och dessutom användes mer rationellt.

Bristerna är mest uttalade inom området övriga psykiska sjukdomar, men berör i högsta grad även demenssjukdomar. Ett citat från en uppgiftslämnare är talande för inventeringens resultat: »... äldrepsykiatrin finns i en organisatorisk gråzon där patienterna varken hör hemma inom medicinkliniken eller inom den psykiatriska verksamheten ...«.

I svaren från de olika landstingsområdena gavs ofta kommentarer från psykiatrin av typ »vi har ingen verksamhet för äldre«. Visserligen ställdes inga direkta frågor om verksamhetsplanering eller framtida initiativ, men kommentarer om ambitioner eller planer inom området saknades helt.

Organisatoriska problem inom äldrepsykiatri

Det rationella i den gränsdragning som på många håll finns mellan geriatrik och psykiatri kan ifrågasättas, eftersom den medför en relativt strikt uppdelning mellan demens och övriga psykiska sjukdomar. Demenstillstånd och övriga psykiska sjukdomar hos äldre har betydande patogenetiska, symtomatologiska och terapeutiska beröringspunkter. Den rågång som i dag tudelar det äldrepsykiatriska sjukdomsspektret är föråldrad och motverkar utvecklingen av en äldrepsykiatri som tillgodoser alla patienters behov av sjukvård utformad enligt aktuella vetenskapliga och kliniska rön.

En gemensam vårdorganisation för äldre med psykiska sjukdomar ter sig motiverad och önskvärd. Internationellt finns många goda exempel. I bl a Storbritannien, andra samväldesländer och USA utgör äldrepsykiatri en medicinsk specialitet som inrymmer hela sjukdomsspektret.

Nationella psykiatrisamordningen – ett svek mot de äldre

De brister inom äldrepsykiatri som påvisats i den förra inventeringen har av SFÄP presenterats för ansvariga tjänstemän och utredare. Psykiatrisamordnaren har i sitt huvuddokument ägnat 4 av 714 sidor [19] åt äldre med psykisk störning. Från de äldres synpunkt innebär dokumentet en marginalisering av deras behov av en professionell och aktivt behandlande psykiatrisk sjukvård.

Ett avsnitt uttrycker dock en klar ambition om förbättring:

4.11.3. Förbättrad kompetens och utökade insatser: »Bedömning: Nationell psykiatrisamordning anser att landsting och kommuner bör utveckla sina verksamheter så att man har kompetens och kapacitet att identifiera, utreda och behandla äldres psykiska ohälsa. Landstingen bör tillhandahålla äldrepsykiatrisk specialistkompetens som kan ge vård till patienter och konsultationer och handledning till andra vård- och stödgivare.«

Förslag till utvecklingslinjer

De ambitioner som psykiatrisamordningen uttrycker måste omsättas i organisatoriska förändringar. Resurstillskott krävs för att äldre personer med behov av specialiserad äldrepsykiatrisk vård får detta tillgodosett oavsett var man bor. För detta krävs minst en äldrepsykiatrisk enhet per landstingsområde. Enheten bör ha resurser för såväl öppen- som slutenvård, ha

»Utbildning, handledning och information rörande äldre-psykiatriska frågor är en stor bristvara.«

ett nära och formaliserat samarbete med primärvård, andra närallgande specialiteter och socialtjänst samt bedriva undervisning och FoU-verksamhet.

Inom demensområdet finns nationella och regionala riktlinjer för utredning och behandling. En motsvarande utveckling måste ske inom övriga psykiska sjukdomar. Svensk psykiatrisk förenings och SPRI:s tidigare utgivna rekommendationer för äldrepsykiatri [20] är i stort behov av revidering.

Utbildning, handledning och information rörande äldrepsykiatriska frågor är en stor bristvara. Utbildningen av blivande läkare innehåller få och korta moment av undervisning med äldrepsykiatrisk profil [21]. Behovet av akademiska tjänster för grund- och specialistutbildning och behandlingshandledning är uppenbart. Förutom i grund- och vidareutbildningen av läkare måste utbildningsinsatser tillskapas på motsvarande nivåer för sjuksköterskor, psykologer och socionomer och även ingå i utbildningen för övrig personal i landstings-

sjukvård och kommunal äldreomsorg. Äldrepsykiatri är i behov av en genomtänkt utbildningsstrategi för att möta nuvarande och framtida behov.

WHO och andra internationella organisationers särskilda intresse för äldrepsykiatri finns väl dokumenterat i ett antal aktuella dokument som översatts till svenska av SFÄP [22-25]. Detsamma gäller ett internationellt accepterat förslag avseende utbildning av blivande specialister inom området [26]. Dessa dokument är lämpliga underlag för de olika delarna av utvecklingsarbetet.

Kommentar angående begränsningar i metod

Vi har i vår inventering av äldrepsykiatrisk verksamhet eftersträvat en så fullständig täckningsgrad som möjligt, vilket förklarar tidsutdräkt i genomförandet. Resultaten kan därför inte relateras till en distinkt tidpunkt utan till ett tidsintervall under vilket förändringar skett. Dessa har utgjorts av ytterligare resursinskränkningar inom äldrepsykiatrien.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

- Gallo JJ, Lebowitz BD. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv.* 1999;50(9):1158-66.
- Krishnan KR, Delong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry.* 2002;52(6):559-88.
- Lavretsky H, Ballmaier M, Pham D, Toga A, Kumar A. Neuroanatomical characteristics of geriatric apathy and depression: a magnetic resonance imaging study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(5):386-94.
- Girling DM, Barkley C, Paykel ES, Gehlhaar E, Brayne C, Gill C, et al. The prevalence of depression in a cohort of the very elderly. *J Affect Disord.* 1995;34(4):319-29.
- Lenze EJ. Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Curr Psychiatry Rep.* 2003;5(1):62-7.
- Lyketsos CG, Steele C, Baker L, Galik E, Kopunek S, Steinberg M, et al. Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9(4):556-61.
- Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. *Am J Psychiatry.* 2002;159(7):1119-26.
- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160(6):1147-56.
- Abas M, Hotopf M, Prince M. Depression and mortality in a high-risk population. 11-year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *Br J Psychiatry.* 2002;181:123-8.
- Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 2002;159(3):450-5.
- Olafsdóttir M, Marcusson J, Skoog I. Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(1):12-8.
- Fastbom J, Schmidt I. Brister vid depressionsbehandling hos äldre på sjukhem i Stockholm. Diagnos ställs på lös grund, uppföljning görs sällan. *Läkartidningen.* 2004;46:3683-8.
- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry.* 2005;162(9):1588-601.
- Allard P, Bringel Öhman AS, Gustafson L, Karlsson I, Lundmark J. Äldrepsykiatri inventerad i Sverige. En bristvara där efterfrågan inte styr resurstilldelningen. *Läkartidningen.* 2000;97:2976-80.
- Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD004853.
- Äldrepsykiatri. Ett konsensusuttalande. Genève: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization; 1996. http://www.who.int/mental_health/media/en/251.pdf
- Organisation av äldrepsykiatrisk vård. Ett konsensusuttalande. Genève: World Health Organization, World Psychiatric Association; 1997. http://www.who.int/mental_health/media/en/252.pdf
- Utbildning i äldrepsykiatri. Ett konsensusuttalande. Genève: World Health Organization, World Psychiatric Association; 1998. http://www.who.int/mental_health/media/en/253.pdf
- Graham N, Lindsay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JR, et al. Old Age Psychiatry section. World Psychiatric Association; World Health Organization. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18:670-8.
- Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, et al. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18:686-93.

**Söker du läkare?
Annonsera i Läkartidningen
Vi har 72 procent räckvidd i läkarkåren**

Orvesto Näringsliv 2008

Utmanande saklig
Läkartidningen