

Behoven stora – *men få satsningar* på

Själv mord är vanligare bland äldre än bland yngre. Och psykisk ohälsa har en större negativ påverkan på äldres livskvalitet än alla åldersrelaterade medicinska diagnoser tillsammans. Men medan kurvan för läkemedelsförskrivning – en ofta direkt olämplig behandling för äldre – stiger med ökad ålder sjunker kurvan för psykologisk behandling.

Text: Peter Örn Ill: Annika Huett

”Hade någon kroppslig sjukdom orsakat motsvarande överdödlighet bland äldre som psykisk ohälsa gör så hade det blivit ett ramaskri”. Det förklarade Ingvar Karlsson, överläkare och verksam inom äldrepsykiatri i Göteborg, då psykisk ohälsa bland äldre togs upp i Sveriges Radios program *Kropp & Själ* (26/11 2013).

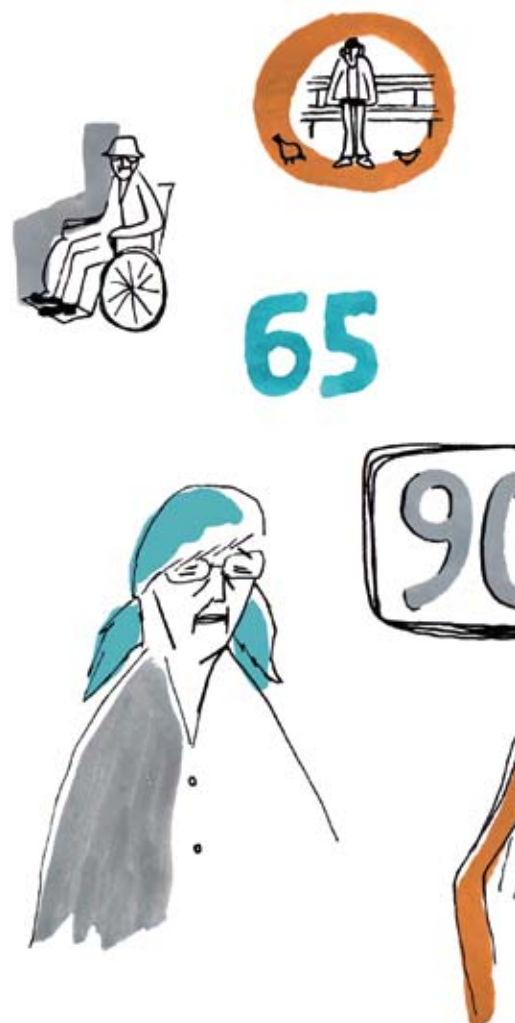
Äldres psykiska ohälsa tycks i många avseenden vara en vit fläck på kartan: Det är svårt att hitta psykologer som arbetar specifikt med psykologisk behandling för äldre med depression, ångest och andra psykiatriska diagnoser, det saknas adekvata kriterier för äldrepsykiatriska diagnoser och därför även specifika behandlingsrekommendationer, i den nationella satsningen PRIO Psykisk ohälsa – som regeringen satsar 870 miljoner kronor per år på – är äldre en oprioriterad grupp, etc. Samtidigt blir andelen äldre snabbt större.

I dag är 1,6 miljoner svenskar över 65 år och år 2030 uppskattas antalet vara 2,3 miljoner, enligt SCB (en ökning med 23

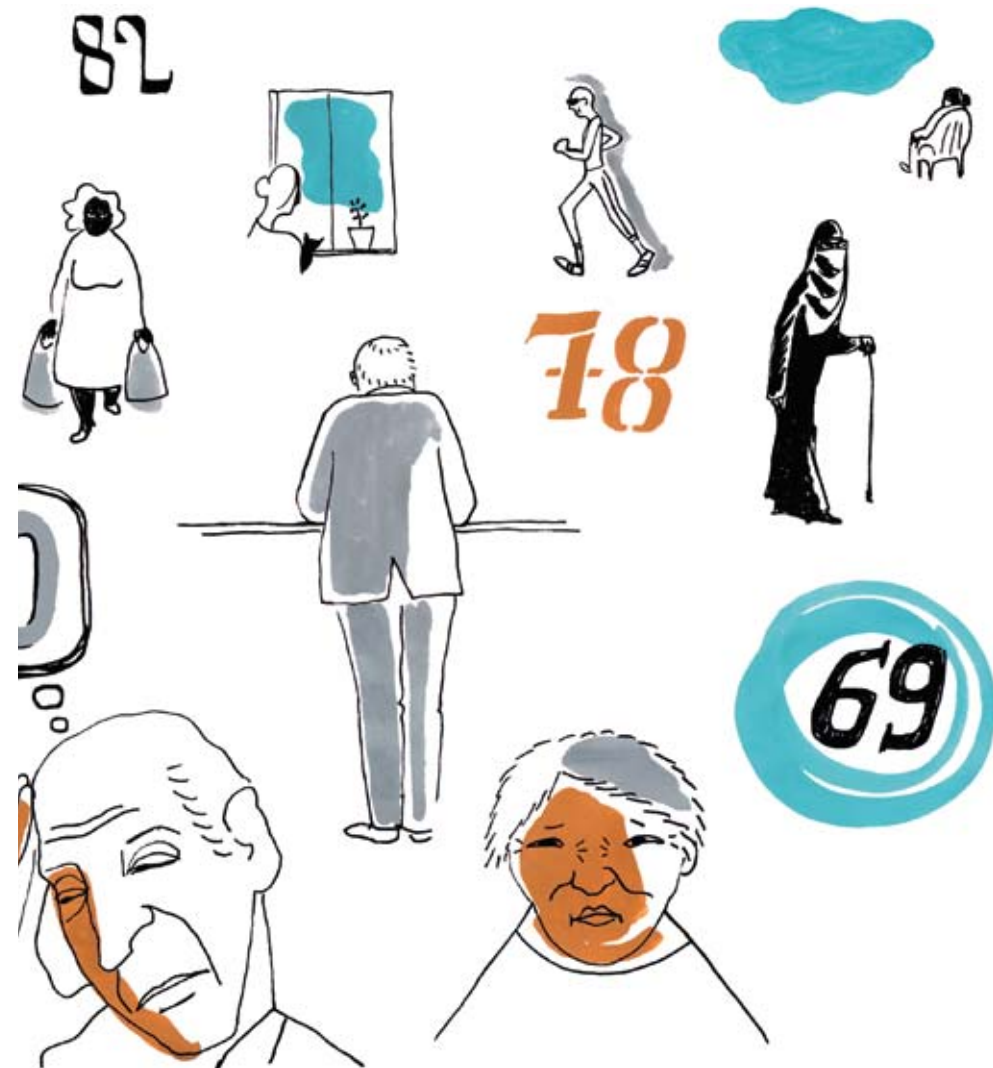
procent). Och bland dessa kommer 11-15 procent att drabbas av en depression (*Äldre med psykisk ohälsa*, Socialstyrelsen, 2013). Räknas samtliga psykiatriska diagnoser är andelen runt 20 procent. Det är cirka dubbelt så stor andel som för hela befolkningen.

Om nuvarande situation består kommer mycket få äldre att erbjudas KBT och annan evidensbaserad psykologisk behandling, medan majoriteten får farmakologisk behandling och en ökad risk för minnesstörningar, fallolyckor etc. De flesta förblir dock helt obehandlade vilket kan både påskynda demensutveckling genom depressionens effekt på hjärnan, sänka smärtröskeln och öka lidandet av fysiska åkommor, och fördubbla risken att dö. Det visar Gerda-projektet i Västerbotten, ett samarbetsprojekt om äldres livssituation mellan universitet och högskolor i Umeå och Vasa i Finland.

För en äldre person med exempelvis lungsjukdomen kol är en obehandlad depression en vanligare orsak till död än om personen fortsätter att röka



äldre med psykisk ohälsa



(professor Jan Beskow, konferensen *Äldre och psykisk ohälsa*, 2013).

Varför är det då så få som får psykologisk behandling? Enligt en av de psykologer som *Psykologtidningen* talat med, Tomas Tegethoff på Södermalms psykiatriska specialistmottagning i Stockholm och som åtminstone i viss utsträckning arbetar med behandling av äldre, beror det i stor utsträckning på psykologernas egen inställning. Han uppger att många äldre egentligen lider av ensamhet och understimulering, och att man som psykolog lätt blir en samtalspartner i stället för en behandlare. Något som inte upplevs vara tillräckligt utmanande och stimulerande för många psykologer.

Men i stor utsträckning handlar det om prioriteringar och bristande resurser. Det framgår bland annat av en aktuell kartläggning i Jönköpings län där såväl primärvården som specialistpsykiatri fick svara på en enkät. Drygt 60 procent uppgav att de gjorde tillräckligt för att möta behovet. Kurvan för läkemedel (psykofarmaka och sömnmedel) ►

”Mycket av det vi nu lär oss i satsningen på barn och ungdomar kan vi överföra på äldre”

➤ stiger medan kurvan för samtalsbehandling går ner i motsvarande grad. Inom primärvården var resurser sett till tid och personal huvudanledningen till att inte mer gjordes. Det fanns dessutom ett utbrett egennyttigt synsätt vilket ledde till bristande samverkan mellan olika enheter (Andersson A, Josephson I. *Gapet mellan behov hos äldre med psykisk ohälsa och verksamheter - nas behov av kompetens*, 2013).

Det är bara en i raden av rapporter om bristande resurser för äldre med psykisk ohälsa. Ett annat aktuellt exempel är *Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården* (Socialstyrelsen, 2013), som bland annat konstaterar att äldre mycket sällan får KBT vid depression och ångest, utan psykofarmaka eller andra direkt olämpliga läkemedel.

Okunskap och att äldre över 65 år är en oprioriterad grupp är två centrala faktorer till att den gruppen inte får adekvat behandling vid psykisk ohälsa. Okunskapen består bland annat i svårigheten att känna igen symtomen på depression hos äldre, som ofta tar sig uttryck i låg smärtröskel, sömnsvårigheter, förstoppning och andra somatiska symtom (Gerda-projektet). Enligt det påverkas livskvaliteten hos äldre mer negativt av psykiska sjukdomar än av alla andra somatiska sjukdomar tillsammans. Och det är dessutom ofta inte ensamhet i sig som leder till depression, utan omvänt: depressionen leder till en känsla av ensamhet.

Ing-Marie Wieselgren, psykiater och nationell psykiatrisamordnare på Sveriges kommuner och landsting, uppger att det har varit svårt att få in ämnet

psykisk ohälsa bland äldre i SKL:s diskussioner med landsting och kommuner.

– Jag tror det finns en stor okunskap om äldres psykiska ohälsa. För tio år sedan, då vi inte hade psykologiska korttidsbehandlingar i samma utsträckning som i dag, upplevdes det dessutom mer självklart att inte erbjuda äldre personer psykologisk behandling, säger Ing-Marie Wieselgren, och fortsätter:

– Men ska vi ställa krav på vården att erbjuda psykologisk behandling så måste den ges av personal med rätt kompetens. Vi drar oss fortfarande för att gå ut med rekommendationer när vi hela tiden stöter på problemet med bristen på psykologer inom olika sektorer. Personligen anser jag att psykologutbildningen i dag är underdimensionerad. Det är inte lyckat att använda terapeuter med bara en steg 1-utbildning om det inte finns psykologer i bakgrunden som handledare.

I den nationella handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa är det barn och ungdomar, samt de svårast sjuka oavsett ålder, som är prioriterade. Ing-Marie Wieselgren deltog i att ta fram handlingsplanen.

– Jag tycker fortfarande att det är en riktig prioritering. Ökningen av den psykiska ohälsan finns i alla grupper i samhället och prioriteringar blir alltid en kompromiss. Men unga har tidigare inte fått något alls i form av speciella satsningar på första linjens sjukvård, medan det har varit satsningar på äldre även om det inte har handlat om den psykiska ohälsan.

– Mycket av det vi lär oss i den nu-

varande satsningen på barn och ungdomar kan vi sedan överföra till äldre med psykisk ohälsa. Det gäller inte minst sett till de vinster som satsningar kan leda till för samhället, som för äldre kan handla om minskade behov av boendestödande insatser och liknande, säger Ing-Marie Wieselgren.

Över hälften av Sveriges landsting saknar i dag speciella enheter för äldrepsykiatri, och därmed den specialkompetens som krävs för att ställa rätt diagnoser och erbjuda rätt behandling. Inom läkarprofessionen har problemet uppmärksamats och från och med 1 januari 2015 ska psykiatriker kunna genomgå en specialistutbildning i äldrepsykiatri. Inom psykologprofessionen har utvecklingen gått i motsatt riktning: vid mitten av 2000-talet lades den enda universitetskursen i geropsykologi ner på grund av för svagt intresse. Den var på motsvarande 5 högskolepoäng och gavs vid Göteborgs universitet.

Det behövs en tillräckligt stor grupp inom professionen med intresse för ett specifikt område för att driva fram specialiteter, tror Ing-Marie Wieselgren på SKL.

– För att ta tillvara den stora kunskapsutveckling som sker inom inte minst psykiatri behövs subspecialiseringar och enheter med specialistkompetens. Men när det är ont om pengar är det också svårt att få till stånd subspecialiseringar, och när det handlar om äldrepsykiatri så är det fortfarande ganska få som har den kompetensen och det behövs någon som driver dessa frågor. ●

FAKTA/SATSNINGAR PÅ ÄLDRE MED PSYKISK OHÄLSA

■ Även om de äldre med psykisk ohälsa i stor utsträckning är en oprioriterad grupp finns det ljusglimtar. Exempel på sådana är Socialstyrelsens vägledning för personal inom vård och omsorg för att upptäcka och behandla psykisk ohälsa bland äldre, som nu tagits fram på uppdrag av regeringen.

■ SKL har börjat utbilda speciella instruktörer för första hjälpen till äldre med psykisk ohälsa (*Första hjälpen till psykisk hälsa – äldre*), i samarbete med Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Utbildningen, som är den första i sitt slag i världen, är på två dagar och ett 50-tal

instruktörer med varierande yrkesbakgrund har nu utbildats.

■ Sedan 2012 bedriver den ideella föreningen *Mind Äldretelefonen*, dit äldre personer som mår psykiskt dåligt kan ringa.