

PÅ TAL OM ÅLDER

Psykiskt välbefinnande – oavsett generation



**Mi
ND**

Mind är en ideell organisation som sedan 1931 har arbetat med psykisk hälsa genom kunskaps spridning, påverkansarbete och medmänskligt stöd. Mind driver bland annat Självmordslinjen, Äldrelinjen, Föräldralinjen och Mind Forum, ett modererat stödforum på nätet.

Text: Forskarna Carin Lennartsson, Josephine Heap och Neda Agahi på Karolinska Institutet, vad gäller kunskapsöversikten. Övrigt text: Johanna Nordin (projektledare) och Johanna Wester (kommunikatör), Mind.

Foto omslag: Edu Carvalho/Pexels

Grafisk form: Petra Handin/Poppi Design



Till vår hjälp har vi även haft en rådgivande expertgrupp och referensgrupper med volontärer från Minds Äldrelinje. Postkodlotteriet har finansierat omkostnaderna i samband med produktionen, men inte varit involverade i framtagningen av texten. Citaten i rapporten kommer från deltagare i Minds äldre enkät som genomfördes under vintern 2020/2021.





Innehåll

Förord	4
Sammanfattning	5
Psykiskt välbefinnande – oavsett generation	8
1. Kunskapsöversikt om äldre personers psykiska hälsa och känsla av ensamhet i Sverige	10
Inledning	11
Vem är "äldre"?	12
Vad är psykisk ohälsa?	13
Vad är ensamhet?	14
Hur vanligt är psykisk ohälsa och ensamhet bland äldre personer?	15
Skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper och faktorer som är relaterade till psykisk ohälsa och ensamhet	21
Förebyggande och behandlande insatser för att motverka psykisk ohälsa	24
Insatser för att motverka ensamhet	27
Hälso- och sjukvård, äldreomsorg och samverkan mellan aktörer	29
2. Minds rekommendationer för att främja äldre vuxnas psykiska välbefinnande	32
Låg kunskapsnivå om psykisk ohälsa	33
Fördomar och attityder som leder till diskriminering	34
Ensamhet och utanförskap	35
Bristande ekonomiska resurser	36
Bristande vård och omsorg	37
Referenser	38

Förord

När jag tar emot samtal i Självordslinjen slår det mig ofta att vårt psykiska lidande ser ganska lika ut oavsett om vi är 15 eller 90 år. Våra mänskliga behov som meningsfullhet, engagemang, sociala relationer, att känna glädje och kunna bemästra livets olika svårigheter är i grund och botten de samma, även om psykiskt lidande tar sig lite olika uttryck.

Den grupp vi brukar kalla äldre omfattar cirka två miljoner av vår befolkning. De utgör flera generationer och lever därför på många olika sätt, förutom att de också är lika många unika individer. Ändå blir de ofta utsatta för stereotypa attityder och fördomar och upplever att de inte erbjuds samma rättigheter.

När det gäller psykisk hälsa görs inte lika mycket forskning och studier på äldre vuxna. Samtidigt vet vi att 15 procent av de äldre vuxna får antidepressiva läkemedel, ofta utan en psykiatrisk diagnos. Det är en oroväckande trend om det anses normalt att vara nedstämd för att man närmar sig döden, eller att man behandlar ofrivillig ensamhet med psykofarmaka.

Mind vill med den här rapporten samla den kunskap som finns kring den äldre vuxna befolkningen, för att uppmärksamma de utmaningar som de äldre generationerna har och vad vi som samhälle bör göra åt dem. Kunskapsöversikten är en del av Minds inledande arbete med Psykiskt välbefinnande – oavsett generation, ett projekt som kommer att pågå i två år. Genom samtal med äldre vuxna, en enkätundersökning och referensgrupper med bland annat volontärer i Äldrelinjen har vi samlat in röster med vitt skilda erfarenheter. Från de som njuter av frihet, ledig tid och ökad självkännetill till de som kämpar i en värld där många ser kopplingen mellan psykisk ohälsa och hög ålder som något oundvikligt.

För alla har rätt att må bra – både fysiskt och psykiskt – och har rätt till en god vård för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, oavsett generation.

Karin Schulz

Generalsekreterare Mind



Sammanfattning

Psykisk ohälsa ses ofta som en naturlig del av åldrandet – något att acceptera snarare än att förebygga eller behandla. Psykisk ohälsa i hög ålder kan dock ofta vara konsekvenser av sociala förändringar och försämrad hälsa och funktionsförmåga. Denna rapport syftar till att ge en översikt av forskningsläget gällande psykisk ohälsa bland äldre personer; dess förekomst, grupper som har ökad risk för psykisk ohälsa samt förebyggande och behandlande arbete. I den här rapporten fokuserar vi på åldersgrupper över 65 år – en grupp med stor variation i hälsa och levnadsförhållanden.

Förekomst av psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet

Sammanfattningsvis visar studier att psykisk ohälsa i allra högsta grad är närvarande bland äldre vuxna. Uppemot 40 procent rapporterar icke-diagnosticerade besvär med nedstämdhet, ångslan, oro eller ångest. Ungefär tio procent av den äldre befolkningen uppger att de upplever ofrivillig ensamhet. Den här andelen ökar med stigande ålder.

Skillnader

Det finns stora skillnader i psykisk ohälsa, till exempel har grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa. En ökad utsatthet för att utveckla psykisk ohälsa finns bland personer med låg utbildning och dålig ekonomi, personer med fysisk ohälsa, migrationserfarenheter eller funktionsnedsättningar, hbtqi-personer och ensamboende. Många studier visar att äldre kvinnor har depressiva symtom och ångest oftare än män i samma åldersgrupp.

Förebygga och behandla

Det finns flera förebyggande insatser som verkar lovande och flera behandlingsmetoder mot psykisk ohälsa. Det behövs dock mer forskning för att säkerställa deras effektivitet i äldre åldersgrupper. I rapporten tar vi bland annat upp fysisk aktivitet, samtalsbehandling och läkemedelsbehandling.

Hälso- och sjukvård och vikten av samverkan

I Sverige ligger ansvaret för all hälso- och sjukvård, primärvård, specialistvård och rehabilitering hos landets regioner. I flera regioner har man valt att utveckla primärvården genom särskilda verksamheter som är riktade till äldre personer. I andra regioner har man valt att öka den geriatriska kompetensen i befintliga primärvårdsverksamheter eller mobila team. Hemsjukvård organiseras av kommunerna, utom i Stockholm där regionen har ansvaret. Primärvården är första linjens psykiatri, vilket innebär att det är till primärvården man i första hand ska vända sig vid behov av hjälp för psykisk ohälsa. Vid mer omfattande behov, ligger ansvaret hos den specialiserade psykiatrin, dock är det mer ovanligt att äldre remitteras dit, jämfört med yngre. Omsorg om äldre personer inom kommunernas socialtjänst omfattar flera olika insatser som utgår ifrån behov hos den enskilda och ges först efter att den enskilda personen ansökt om en insats. Äldreomsorgen har inte bara en praktisk funktion utan skulle också kunna hjälpa till att upptäcka och motverka psykisk ohälsa i den nära och regelbundna kontakten.

En välfungerande samverkan mellan de olika vård- och omsorgsgivarna är av största vikt för att tillgodose den äldre personens olika behov, samt för att upptäcka och motverka psykisk ohälsa.



Alla jämnåriga är så gamla :-)

Minds rekommendationer för att främja äldre vuxnas psykiska välbefinnande

I slutet av rapporten har vi identifierat fem problemområden kopplade till äldre vuxnas psykiska ohälsa; bristande kunskap, fördomar och diskriminering, ensamhet och utanförskap, bristande ekonomiska resurser och bristande vård och omsorg. Här har vi tagit in både fakta från kunskapsöversikten och det underlag vi har från äldres egna röster i form av enkätundersökningar och samtal med äldre vuxna och därefter tagit fram rekommendationer.

■ Låg kunskapsnivå om psykisk ohälsa

Kunskapen om hur psykisk ohälsa tar sig uttryck hos äldre vuxna är idag bristfällig. Många av de insatser som används för att stödja äldre personers psykiska hälsa är inte evidensbaserad eller baseras på underlag från yngre åldersgrupper. Undantaget är forskning om kopplingen mellan fysisk aktivitet och minskning av depressiva symtom. Den här kunskapsbristen förekommer både inom vård och omsorg samt hos många äldre vuxna själva. Exempelvis kan det handla om hur depression, ångest, ångslan, oro, nedstämdhet och ofrivillig ensamhet känns och förebyggs. Det råder dessutom bristande kunskap och förståelse för variationen och mångfalden bland äldre vuxna, som är en mycket heterogen grupp med ett stort åldersspann.

■ Fördomar och attityder som leder till diskriminering

Många äldre personer/vuxna upplever att när man slutat jobba är man inte viktig längre, utan anses i stället vara en belastning och en börda för samhället. Detta trots att många äldre personer är aktiva samhällsmedborgare och även ofta hjälper sina anhöriga. Det finns stora variationer i livssituation bland de äldre generationerna; kronologisk ålder säger ganska lite om vad individer har för livssituation, hur de mår och hur deras vardag

ser ut. Osynliggörandet är något som kan påverka självbilden, men också andra åldersgruppers synsätt och attityder gentemot äldre vuxna.

■ Ensamhet och utanförskap

Ungefär en tiondel av äldre vuxna upplever ofrivillig ensamhet. Känslan ökar med stigande ålder och är som vanligast bland åldersgrupper över 80 år. Försämrad hälsa och förlust av partner och/eller vänner bidrar till social isolering och bristande stöd.

Förlorad självständighet, som att till exempel inte längre klara av hushållssysslor eller ta hand om sin personliga hygien, har också visat sig ha ett samband med upplevd ensamhet. För en del har känslan av sammanhang och samhörighet försvunnit så fort arbetslivet tagit slut. Andra är drabbade av ett digitalt utanförskap som gör det svårt att ta del av grundläggande samhällsfunktioner. Begränsad ekonomi, kompetens och/eller kognitiv förmåga försvårar möjligheterna att hänga med i den digitala utvecklingen. Ensamhet har generellt sett inte ökat över tid, men det finns indikationer på att fler känner sig ensamma till följd av pandemin. Det finns få evidensbaserade interventioner gällande aktiviteter för att minska social isolering och ensamhet, trots att just utanförskap är en riskfaktor för psykisk ohälsa.

■ Begränsningar på grund av dålig ekonomi

Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa. Oro över privatekonomin, begränsad möjlighet att påverka sin situation, trångboddhet och sämre boendemiljö är flera exempel på bakomliggande stressande faktorer. Äldre vuxna är inget undantag. Att inte ha råd att delta i sociala sammanhang, kulturliv eller kunna köpa hälsosam mat, kläder eller gå till tandläkaren bidrar starkt till social isolering. Dålig ekonomi uppges också som en viktig orsak till digitalt utanförskap.

”

Jag inser att jag är lyckligt lottad som är frisk nog att kunna roa mig med att göra saker som gör mig lycklig.

■ Bristande vård och omsorg

Personer över 65 år har inte tillgång till bästa möjliga stöd inom vård och omsorg – varken sett till utbud eller kvalitet. Fysiska besvär behandlas, medan eventuella bakomliggande psykiska besvär ofta förbises. Dessutom ersätter psykofarmaka ofta psykologisk behandling. Det trots att hög ålder ökar risken för biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem. Äldre vuxna är dessutom underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård, trots att behovet av denna typ av vård bedöms vara lika stort bland äldre vuxna som hos yngre personer.



Slutligen

Kunskapen om äldres livssituation och behov är idag begränsad. Det behöver satsas mer på att skapa rätt förutsättningar för alla individer oavsett ålder. Här behövs mer forskning, ökad kunskap, ett icke-diskriminerande och mer fördomsfritt synsätt. Här behövs läggas resurser på välfärdssystem som stärker äldre vuxnas möjligheter.

Introduktion till rapporten

Den här rapporten innehåller en kunskapsöversikt över forskningsläget inom området psykisk hälsa hos äldre vuxna. Här finns också flera breda undersökningar av folkhälsa både från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Utöver kunskapsöversikten har vi valt att låta många olika äldre personer själva komma till tals. De citat som dyker upp genom hela rapporten kan därför ses som ett komplement och ett sätt att illustrera den mer faktatunga kunskapsöversikten. I slutet av rapporten har vi definierat några olika områden, där vi belyser behov och de rekommendationer vi vill föra fram.

Språket som används för att benämna olika grupper av människor är av stor vikt då det återspeglar attityder och människosyn. Mind väljer att använda begreppet ”äldre vuxna”. Vi anser att ”äldre vuxna” bättre än många andra begrepp signalerar att äldre personer, precis som ”unga vuxna” och ”vuxna mitt i livet”, fortfarande är just vuxna, med kompetens och egenmakt.

”

Jag är faktiskt precis samma människa som jag alltid varit men andra ser mig som någon helt annan bara för att jag är äldre.

Psykiskt välbefinnande – oavsett generation

Bakgrund

Idag har inte alla personer över 65 tillgång till bästa möjliga stöd och vård. Det finns en uppfattning om att psykisk ohälsa är något man får stå ut med i slutet av livet. Den här uppfattningen beror både på bristen på kunskap om hur psykiska besvär yttrar sig hos äldre vuxna och hur de bäst behandlas, men också på de fördomar och attityder som finns kring äldre personer och åldrande. Det här gäller både hos yrkesverksamma inom vård och omsorg och vår primära målgrupp äldre vuxna själva och deras anhöriga. Mind vill göra upp med föreställningen om att det finns en koppling mellan hög ålder och psykisk ohälsa. Människor i alla åldrar har mänskliga behov och rätt till psykiskt välbefinnande.

Syfte

Projektet Psykiskt välbefinnande – oavsett generation syftar till att öka kunskapen om psykisk hälsa. Dels hos målgrupperna äldre vuxna, dels deras anhöriga. Vidare syftar projektet till att öka kunskapen om psykisk ohälsa hos allmänheten, beslutsfattare, organisationer samt yrkesverksamma som möter äldre i vård och omsorg. Fokus i projektet ligger på att öka kunskap om psykisk hälsa hos äldre vuxna och minska ålderism, det vill säga de fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering. Vi vill också ge äldre vuxna och deras anhöriga verktyg för att skapa motståndskraft och lättare tolka och hantera känslor och behov, samt visa på rättigheter relaterade till vård, mående och att få anpassat, värdigt stöd.



FOTO: SHUTTERSTOCK

Du bär på en unik berättelse

En central del i Minds verksamhet är att låta människor berätta om sina liv. Det finns gott om forskning som påvisar den positiva och terapeutiska effekten av att sätta ord på sina tankar, till exempel genom att skriva eller genom samtal individuellt eller i grupp. Vi har därför, i samband med detta projekt, tagit fram inspirationsmaterial både för den som vill skriva ner sitt livs historia och för den som vill kunna hålla i gruppsamtal med fokus på att samtala om livet. Vi kallar materialet ”Du bär på en unik berättelse”. För den som väljer att skriva ner sin livshistoria finns möjlighet att dela sin berättelse med andra på vår webbplats mind.se. Det går bra att vara anonym, eller med namn och bild. Berättelser ger oss en bredare bild av äldre vuxnas verklighet. Att läsa om andras liv kan också göra att man känner sig mindre ensam, eftersom många situationer, känslor och svårigheter finns hos oss alla.

Livssamtal – ett inspirationsmaterial för grupper

Materialet är framtaget i samarbete med Marie-Louise Söderberg, tidigare projektledare för Stadsmissionens projekt om äldres psykiska hälsa och Livsberättargrupper.

Skriv ditt liv – ett inspirationsmaterial

Inspirationsmaterialet är också framtaget i samarbete med Marie-Louise Söderberg och används av både enskilda privatpersoner och av företaget Picapen – en digital tjänst för att skriva, dela och spara texter. Att skriva om sitt liv kan vara ett bra sätt att sortera och reflektera över händelser och känslor.

Kommande aktiviteter

Under hösten påbörjas arbetet med en kampanj för att öka kunskapen kring äldre vuxnas psykiska hälsa och vi arbetar vidare med att minska fördomar kring äldre och åldrande.



ÄLDRELINJEN

Sedan 2012 driver Mind Äldrelinjen, en stömlinje där volontärer möter äldre vuxna i medmänskliga samtal. Varje samtal är unikt och en möjlighet att få tala om det som är viktigt just här och nu. Här finns möjlighet till ett samtal där ingen värderar, kritiserar eller kommer med oömbdda råd.

Äldrelinjen telefon 020-22 22 33



1.

Kunskapsöversikt om äldre personers psykiska hälsa och känsla av ensamhet i Sverige

Kunskapsöversikt om äldre personers psykiska hälsa och känsla av ensamhet i Sverige

Inledning

Äldre vuxna över 70 år utgör en väldigt heterogen grupp i vårt samhälle. Många är vid god hälsa, har en god kognitiv och fysisk funktionsförmåga och lever aktiva liv. Andra är sköra, har flera kroniska sjukdomar och nedsatt kognitiv funktionsförmåga. Med ökad ålder förändras och försämras hälsan. Den kognitiva och fysiska funktionsförmågan, sjukdomar och komplexa hälsoproblem blir allt vanligare. Trots att de stora individuella variationerna för när hälsoproblem och funktionsnedsättningar inträder är det emellertid klart att de flesta av oss förr eller senare får svårt att klara oss själva och därmed kommer att bli beroende av andra för vår omsorg. I hög ålder är det också många som upplever förluster av nära vänner och anhöriga, händelser som kan drabba oss på olika sätt och i olika grad. Dessa kroppsliga och sociala förändringar kan både enskilt och var och en för sig leda till tillfälliga psykiska besvär och en ökad risk för ensamhet. Ibland blir besvären och svårigheterna i vardagen ihållande och av en sådan karaktär att de kräver socialt stöd och vårdande behandling.

Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet är ett problem för enskilda personer som drabbas, liksom för deras anhöriga och samhället. Både ensamhet och psykisk ohälsa har uppmärksamats av en rad myndigheter såsom bland andra Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, inom regioner och kommuner, intresseorganisationer samt inom forskningen. Depression är så pass vanligt förekommande bland äldre vuxna att det har betecknats som ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2008). Intresset och förståelsen för dessa frågor har under senare tid ökat, vilket bland annat tar sig uttryck i många nystartade initiativ för att öka kunskapen och möta behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet.

Syftet med den här kunskapsöversikten är att bidra med kunskap kring psykisk ohälsa och ensamhet, identifiera olika livsvillkor och aspekter som hänger samman med psykisk ohälsa och ensamhet samt att ge en överblick över förebyggande och behandlande insatser. Målsättningen är att därigenom stärka förutsättningarna för att främja arbetet med att förebygga och minska psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet bland äldre vuxna.

Vi vill poängtera att enbart ett gemensamt förhållningssätt, en långsiktig plan och en sammanhållen vård och omsorg kan skapa bättre förutsättningar för att förebygga, behandla och ge omsorg till äldre personer med risk för eller med psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet.

Avgränsningar

Begreppet psykisk ohälsa är omfattande och kan betyda både diagnostiserad depression och annan psykisk sjukdom, men även icke diagnostiserade tillstånd av till exempel depression, ångslan, oro och ångest. Samlingsbegreppet inkluderar således både diagnostiserade och icke diagnostiserade tillstånd. I kunskapsöversikten har vi fokuserat på ångest och depression samt ofrivillig ensamhet. Översikten omfattar således inte olika former av missbruk som ibland tas upp som uttryck för psykisk ohälsa.



Det känns som man är lite "osynlig". En del av den grå massan.

Vem är "äldre"?

Det är inte självklart vem som är "äldre" – i Sverige och i många andra länder har vi en stark betoning på kronologisk ålder. Den lagstadgade pensionsåldern representerar samhällets uppfattning om när utträdet från arbetsmarknaden ska ske. Därför används åldrarna kring 65 år i många sammanhang som en skiljelinje för när man blir "äldre".

I högre åldersgrupper säger kronologisk ålder ganska lite om vad individerna har för livssituation, hur de mår och hur deras vardag ser ut. Stereotypa föreställningar kring hur äldre personer "är" och en generell nedvärdering av äldre personers kunskaper och förmågor, även kallat ålderism, påverkar hur äldre vuxna betraktas och bemöts – både i samhället i stort och inom vården och andra verksamheter (Jönson, 2021). Ålderism kan också påverka den bild av åldrandet som äldre vuxna internaliserar, det vill säga den egna självbilden, och därmed vad vi förväntar oss av den egna kroppen och av samhället när vi åldras.

Lite demografi

Sveriges befolkning åldras. En ökad livslängd och minskat barnafödande har lett till att de allra äldsta utgör den snabbast växande åldersgruppen i Sverige. Idag är närmare 1,5 miljoner personer i Sverige 70 år eller äldre – och om 50 år förväntas den gruppen ha ökat till drygt 2,5 miljoner personer. Då kommer alltså var femte person vara 70 år eller äldre (19,8 procent) (Statistikmyndigheten, SCB, 2021a).

Idag är medellivslängden i Sverige drygt 82 år (kvinnor 84 år, män 80 år) och en person som har överlevt till 70 års ålder kan förvänta sig att få leva i ytterligare 17 år. Samtidigt kan vi konstatera att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Män har högre dödlighet än kvinnor och dessutom är dödligheten ojämnt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper – individer som har en hög utbildning, goda arbetsvillkor och en hög

inkomst tenderar, i genomsnitt, att leva längre och friskare liv än individer med sämre socioekonomiska resurser och förutsättningar. Till exempel återfinns ett tydligt mönster av ojämlikhet i medellivslängd mellan utbildningsgrupper. På sin 30-årsdag kunde personer med förgymnasial utbildning förvänta sig att leva ytterligare 51 år, medan denna siffra var hela 56 år för personer med eftergymnasial utbildning (Statistikmyndigheten, SCB, 2021b). Det bör poängteras att dessa skillnader är stora och har dessutom ökat sedan i början av 1990-talet (Rostila & Toivanen, 2018). Ojämlikhet i hälsa i hög ålder är till stor del ett resultat och en förlängning av individens livshistoria från barndomen till ålderdomen. Skillnader i exponering av gynnsamma eller mindre fördelaktiga miljöer, livsstil, sociala och ekonomiska resurser bidrar till hälsans utveckling.

Att livslängden ökar och allt fler uppnår en hög ålder medför inte nödvändigtvis en kortare period av sjuklighet och funktionsnedsättning. Studier har visat att trots att antalet friska år efter 75 har ökat både bland äldre kvinnor och äldre män, så finns det bland männen även en ökning i år med sjuklighet och nedsatt funktionsförmåga (Sundberg et al, 2016; Fors et al, 2013).

Generellt lever kvinnor längre än män och i heterosexuella relationer är en gift kvinna dessutom ofta några år yngre än sin make. Därför är merparten av äldre män ofta samboende livet ut, med tillgång till omsorg och hjälp som en partner ofta innebär. Majoriteten av de äldre kvinnorna bor däremot ensamma i slutet av livet. Med stigande ålder behöver en ökande andel äldre personer stöd i vardagen. Det kan röra sig om hjälp från partner, från andra anhöriga eller från äldreomsorgen i form av hemtjänst eller om flytt till särskilt boende. I åldrarna 65–79 år får cirka fem procent hjälp från hemtjänsten och cirka två procent bor på särskilt boende. I åldrarna över 80 år har nästan fyra av tio personer någon form av äldreomsorg (Socialstyrelsen, 2020). Eftersom en majoritet av kvinnorna bor ensamma i slutet av livet, är de också i större utsträckning beroende av hjälp från andra utanför hushållet. Könsskillnaderna reflekteras tydligt i

andelarna som har hemtjänst respektive bor på särskilt boende i åldrarna över 80 år – cirka 35 procent av kvinnorna, respektive 27 procent av männen har hemtjänst, medan 20 procent av kvinnorna, respektive 13 procent av männen bor på särskilt boende. En genomsnittlig äldreomsorgsmottagare är kvinna, hon är 87 år gammal och bor ensam.

Vad är psykisk ohälsa?

Samlingsbegreppet ”psykisk ohälsa” inkluderar både diagnostiserade och icke diagnostiserade tillstånd, och tillstånd som är olika allvarliga och långvariga. I denna rapport ligger fokus på olika depressions- och ångesttillstånd.

Depression karaktäriseras huvudsakligen av ihållande känslor av nedstämdhet och minskat intresse för sådant som vanligen känns roligt eller meningsfullt. Den vanligaste formen av depression kallas egentlig depression och diagnosticeras ofta genom att utgå ifrån följande kriterier: a) nedstämdhet, b) minskat intresse eller lust inför aktiviteter som vanligtvis känns roliga c) aptitnedsättning, d) sömnproblem, e) psykomotorisk oro (kroppsliga rörelser utlösta av oro) eller hämning (minskade kroppsliga rörelser och utslätad ansiktsmimik), f) trötthet eller minskad energi, g) koncentrationssvårigheter eller obeslutsamhet, h) värdelöshetskänslor eller skuldkänslor, och i) självmordstankar. Ibland räknas även nedsatt självförtroende eller självkänsla in bland kriterierna (FORTE, 2017; Sjöberg, 2018). Ett av symtomen måste vara nedstämdhet eller intresselöshet för att det ska klassas som egentlig depression. Egentlig depression brukar delas upp i tre svårighetsgrader: lätt eller lindrig depression, medelsvår eller måttlig depression, svår eller djup depression.

Ångest kan definieras som en stark rädsla eller oro, som håller i sig under en längre tid och som påverkar hur personen fungerar i vardagen. Ångest kan kännas tydligt i kroppen, till exempel genom hjärtklappning, svettningar eller yrsel men kan också vara en mer diffus känsla av obehag (1177.se). Ångestsyndrom är ett



Jag vill helst inte besvära andra, alla har nog med sitt.

samlingsbegrepp för sjukdomar som generaliserat ångestillstånd (GAD), panikångest, tvångssyndrom (OCD) och olika typer av fobi (FORTE, 2017). Generaliserat ångestillstånd (eng. generalized anxiety disorder, GAD) är förknippat med en ständig ångslan och överdriven rädsla och oro inför olika vardagliga aktiviteter (förväntansångest).

Det kan vara svårt att identifiera psykisk ohälsa hos äldre personer (Socialstyrelsen, 2008). Det finns exempelvis indikationer på att symtomen på generaliserat ångestillstånd (GAD) kan förändras i högre ålder (Nilsson et al., 2019). När det gäller depression är en vanlig beskrivning att de kliniska symtomen kan skilja sig mellan yngre och äldre personer och att symtomen ofta är mer diffusa hos äldre personer. Symtom som är vanliga bland yngre personer är kanske inte lika vanliga bland äldre personer. Hos äldre personer kan det till exempel vara ett enstaka symtom som dominerar, eller att icke-typiska besvär som till exempel aggressivitet och irritation är de mest framträdande (FORTE, 2017). Även om depression bland äldre personer också karaktäriseras av bland annat hopplöshets-känslor är det vanligt att deprimerade äldre personer uttrycker kroppsliga besvär. Detta har bland annat förklarats med att smärtröskeln sjunker vid en depression, och äldre personer har ofta sedan tidigare olika krämpor som då blir mer märkbara (FORTE, 2017). Det finns dock inget entydigt underlag för att säga att symtomen verkligen skiljer sig mellan yngre och äldre personer (Haigh et al., 2018). Det är däremot vanligt att äldre personer söker vård för just kroppsliga besvär även om det underliggande problemet är psykisk ohälsa (FORTE, 2017).

Det finns även komplexa samband mellan depression och demenssjukdomar där symtom såsom ångest och depression kan klassas som en del av demensdiagnosen (Sparring Björkstén, 2005). Detta, tillsammans med en diagnostisk rangordning där demens sätts som primär diagnos och depression som sekundär, kan bidra till en underskattning av psykisk ohälsa i den äldre befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Själv mord

En allvarlig konsekvens av psykisk ohälsa är att det ökar risken för självmordstankar, självmordsförsök och självmord. En svensk studie fann att i en grupp personer 65 år och äldre som begått självmord kunde någon form av psykisk ohälsa identifieras i över 90 procent av fallen (Waern et al., 2002). Bland äldre personer har ångestsymtom visat sig vara relaterat till självmordstankar (Cohen et al., 2009; Jonson et al., 2012), medan depression är den form av psykisk ohälsa som är starkast kopplad till självmord (Haglund, 2015; Socialstyrelsen, 2018; Waern et al., 2002). Forskning har visat att även andra faktorer, såsom fysisk ohälsa (exempelvis cancer och olika neurologiska sjukdomar) har ett visst samband med självmord bland äldre personer (Mellqvist Fässberg et al., 2016). Det har dock framhållits att det i många av de fallen finns en depressionsproblematik inblandad – den fysiska sjukdomen kan öka risken för depression som i sin tur ökar risken för självmord (Haglund, 2015). Själv mord är vanligare bland män än bland kvinnor. I Sverige är antalet självmord högt bland personer som är över 65 år, framförallt män, och särskilt frekvent i åldersgruppen 80–84 år (Haglund, 2015; Socialstyrelsen, 2018).

Vad är ensamhet?

I forskningen betraktas ensamhet ofta som en negativ känsla som uppstår när en person upplever en skillnad mellan sin önskade och sin faktiska nivå av sociala relationer (Perlman & Peplau, 1981). Skillnaden kan utgöras av att en person har färre sociala relationer än hen önskar eller träffar dem för sällan eller av att relationerna inte uppfyller den kvalitet eller närhet som önskas. Känslan av ensamhet ska inte blandas ihop med begrepp som ensamboende eller ogift, inte heller med att vara socialt isolerad – det vill säga ha få eller inga sociala kontakter. När vi talar om ensamhet i den här rapporten är det med andra ord ofrivillig ensamhet som åsyftas.



Jag lever inte i något sammanhang. Ingen saknar mig om jag inte kommer hem.

Konsekvenser av ensamhet

I en nyligen genomförd sammanfattning av forskningsöversikter om dödlighet och ohälsa till följd av ensamhet (Lennartsson, 2020) sammanfattas att ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet. Det har också visats att ensamhet ökar risken för såväl fysisk som psykisk ohälsa (Leigh-Hunt, et al., 2017) och att ensamhet kan bidra till en ökad risk för dödlighet. Forskningen har visat att en person som upplever oönskad ensamhet har i det närmaste 30 procent större risk att dö i förtid jämfört med en person som inte upplever ensamhet. Denna risk är hög och i paritet med andra mera etablerade riskfaktorer för dödlighet såsom fetma, fysisk inaktivitet och missbruk (Holt-Lunstad, et al., 2015). Folkhälsoarbetet med dessa riskfaktorer är omfattande och betraktas som viktiga.

Sambandet mellan ensamhet och psykisk ohälsa har också påvisats inom forskningen. I en forskningsöversikt på området visas att det finns ett starkt samband mellan depression och ensamhet bland äldre vuxna. Trots detta är kunskapen om orsakssambandet mellan ensamhet och psykisk ohälsa begränsad, det vill säga det är inte alltid möjligt att avgöra sambandets riktning. Förhållandena tycks förekomma samtidigt och tenderar att förstärka varandra (O’Luanaigh, et al., 2008).

Hur vanligt är psykisk ohälsa och ensamhet bland äldre personer?

Förekomst av psykisk ohälsa

Att på ett exakt sätt ringa in förekomsten av psykisk ohälsa är svårt. Prevalenstalen skiljer sig bland annat beroende på vilken slags psykisk ohälsa som mäts (till exempel depression eller ångest), vilket diagnosinstrument som har använts eller om den har mätts genom så kallad självrapportering. Vid självrapportering av mildare psykiska besvär, som inte kvalificerar in på kliniska diagnoser, finns få allmänt accepterade mått. Även när studier använder sig av samma mått kan resultaten bli olika, bland annat beroende på om forskarna har studerat mildare eller svårare besvär och hur studiepopulationen ser ut – det kan vara skillnader i svarsfrekvens, olika åldersgränser och så vidare.



Det finns också anledning att tro att det finns ett mörkertal när det gäller äldre personers psykiska ohälsa. Detta kan bero på negativa attityder och okunskap kring psykisk ohälsa hos de äldre personerna själva som bidrar till en underrapportering. Det kan också bero på okunskap och ålderistiska föreställningar hos anhöriga och inom vården om vad som utgör ett naturligt åldrande, vilket kan leda till lägre vårdsökande och underdiagnostisering (t.ex. FoU Nordost, 2018; SOU, 2017:21).

Kort europeisk utblick

Att jämföra förekomsten av psykisk ohälsa i olika länder bör göras med försiktighet. Skillnader mellan olika länder skulle kunna bero på att det kan vara lättare för människor att få en klinisk diagnos i länder där medvetenheten kring psykisk ohälsa är större, stigma associerat till psykisk ohälsa är lägre och tillgången till psykiatrisk vård är högre (OECD/EU, 2018). Även självrapporterade mått på psykisk ohälsa kan påverkas av kulturella skillnader i förhållningssätt till psykisk ohälsa, vilket kan inverka på individers benägenhet att rapportera psykisk ohälsa (OECD/EU, 2020).

Enligt en beräkning, baserad på en bred definition som inbegrep bland annat ångest- och depressionsdiagnoser, schizofreni och alkohol- och drogmissbruk, var förekomsten av psykisk ohälsa 17,3 procent i EU:s vuxna befolkning i stort år 2016. Förekomsten av psykisk ohälsa beräknades vara som högst i Finland (18,8 procent), Frankrike och Irland (båda 18,5 procent) och som lägst i Polen (14,9 procent), Bulgarien (14,8 procent) och Rumänien (14,3 procent). I Sverige låg siffran på 18,3 procent (OECD/EU, 2018).

En annan EU-studie mätte psykisk ohälsa med ett självrapporterat mått om huruvida personen bland annat känt sig nervös, nedstämd eller deprimerad. År 2018 varierade förekomsten av psykisk ohälsa enligt detta mått från cirka 5 procent (Irland, Polen, Estland, Slovakien och Finland) till över 20 procent (Kroatien och Portugal). I Sverige var förekomsten knappt 11 procent, vilket var nära EU-genomsnittet (OECD/EU, 2020).

Den äldre delen av befolkningen

Olika typer av depressionsdiagnoser har både i svenska och internationella studier rapporterats förekomma hos mellan 1–15 procent av den äldre befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2019a; FORTE, 2017; Socialstyrelsen, 2018). Det saknas uppdaterade svenska siffror på prevalensen för depressionsjukdomar i gruppen äldre personer (65+ eller 70+) i stort. I en svensk studie med ett lokalt urval av personer som var 70 år gamla uppskattades någon form av depression förekomma hos cirka 15 procent i urvalet år 2014–2016 (Rydberg Sterner et al., 2019). Förekomsten av svår depression är lägre och har uppskattats till mellan 1–6 procent bland äldre personer, där åldersgränsen varierar mellan studier (Sjöberg et al., 2017; Skoog, 2011; Wiberg et al., 2013).

Ett annat sätt att mäta förekomsten av depression är att använda så kallade självrapporterade mått – att låta människor svara på en enstaka fråga om huruvida de känner sig deprimerade eller nedstämda. Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor – SWEOLD, som är baserad på ett nationellt representativt urval av personer 77 år och äldre i Sverige, visade att år 2014 rapporterade nästan 18 procent av kvinnorna och ungefär 11 procent av männen att de var deprimerade eller djupt nedstämda (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Även för prevalensen för ångestsjukdomar saknas uppdaterade och nationellt representativa svenska siffror för personer som är 65 år och äldre. En svensk studie av ett lokalt urval av personer som var mellan 75 och 95 år har uppskattat prevalensen för olika ångestsjukdomar till mellan 4–9 procent (Börjesson-Hanson et al., 2011; Nilsson et al., 2012). Studier från olika västländer har rapporterat att andelen personer över 65 år med ångestsyndrom varierar mellan 6–12 procent (FORTE, 2017). Ytterligare en internationell studie rapporterade att andelen personer i åldern 65–84 som har någon form av ångestsjukdom var 17,2 procent (Canuto et al., 2018).

När det gäller självrapporterade besvär med ångslan, oro eller ångest visade den svenska folkhälsoenkäten att år 2020 svarade



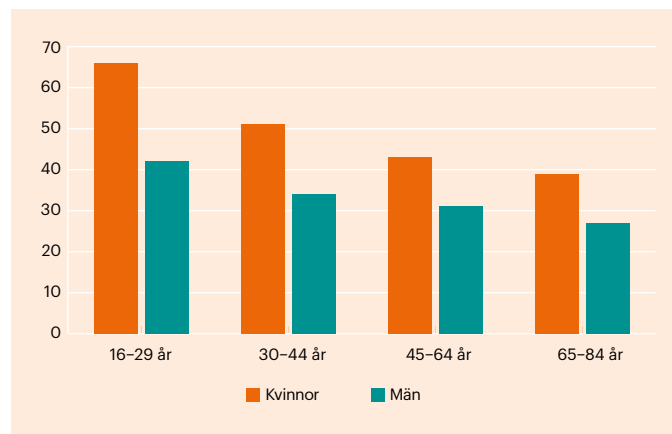
Det sämsta med att bli äldre är att man inte har kunskap vad som händer med kroppen. Ingen har sagt till mig vad som händer.

39 procent av befolkningen 65–84 år att de upplevt sådana besvär (Folkhälsomyndigheten, 2020). Det är dock viktigt att notera att denna studie inkluderar något yngre personer och exkluderar personer över 84 år.

Är psykisk ohälsa vanligare i vissa åldersgrupper?

Forskningsresultaten kring ålderskillnader i psykisk ohälsa är inte entydiga. Det finns ett flertal studier som visar på en ökning av depressiva symtom med stigande ålder (Sjöberg, 2018). Samtidigt har några nordiska studier funnit att psykisk ohälsa är vanligare bland personer i medelåldern än bland personer som är 75 år och äldre, både när det gäller egentlig depression (Markkula et al., 2015) och symtom på både depression och ångest som mätts med screeninginstrument (Strand et al., 2003).

En del studier med självrapporterade mått på psykisk ohälsa visar också på en lägre förekomst bland äldre personer. Folkhälsoenkäten från år 2020 visade att det var mycket vanligare bland personer i åldersgruppen 16–29 år att uppge besvär med ängslan, oro eller ångest (54 procent) än vad det var i åldersgruppen 65–84 år (33 procent). I Figur 1 redovisas data uppdelat på kön och åldersgrupp. Värt att notera är här att personer äldre än 84 år inte varit med i studien, och det går därför inte att dra några definitiva slutsatser om gruppen ”äldre” personer.

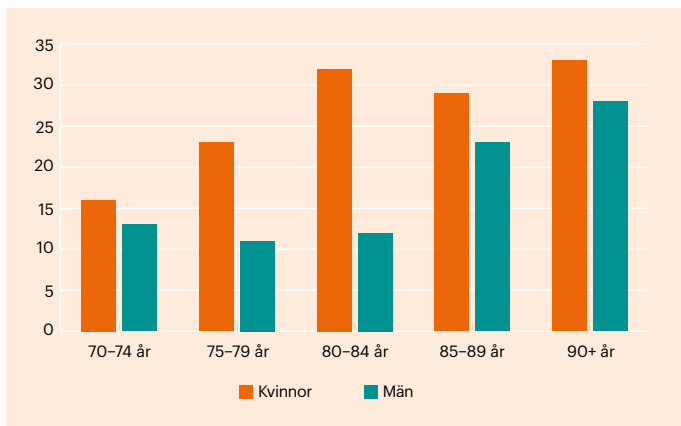


Figur 1. Andel som rapporterar ängslan, oro, ångest bland kvinnor och män i olika åldersgrupper upp till 84 år. Källa: Folkhälsoenkäten, 2020 (Folkhälsodata)

Att ta hela den äldre åldersgruppen i beaktande är viktigt, inte minst för att det finns indikationer på att bland personer som är 65 år och äldre kan högre ålder vara relaterat till en ökad risk för psykisk ohälsa, åtminstone när det gäller depression. Flera svenska tvärsnittsstudier har visat att depression är vanligare i de allra äldsta åldersgrupperna (Karlsson et al., 2016; Bergdahl et al., 2005). Detta syns också i den nationella SWEOLD-studien, se figur 2 på nästa sida. Nordiska studier som följt individer över tid (longitudinella studier) har visat att depression ökar med ålder under den senare delen av livet (Solhaug et al., 2012; Pålsson et al., 2001). Samtidigt bör det också påpekas att vissa svenska studier inte har funnit några ålderskillnader alls (till exempel Haynie et al., 2001).

”

Det finns inga naturliga mötesplaster längre. Och folk är inte intresserade av en äldre person.



Figur 2. Andel som rapporterar depression eller djup nedstämdhet bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Källa: SWEOLD 2014

I mycket hög ålder kan förekomsten av depression påverkas av förekomsten av demens. Det har rapporterats att förekomsten av depression ökar kring åldrarna 75–80, men också att den minskar igen efter 85 års ålder. Att förekomsten av diagnostiserad depression minskar i mycket hög ålder skulle också kunna vara relaterat till demens (Börjesson-Hanson et al., 2011). Både deras och andra studier har visat att förekomsten av depression och ångest är lägre bland personer med demenssjukdom än bland personer som inte har demens. Detta resultat kan bero på att forskarna använt en diagnostisk rangordning. Vid en sådan rangordning kan inte depression vara en primär diagnos om demens har satts som primär diagnos. Eftersom det i högre åldersgrupper finns en större andel personer med demensdiagnos, blir det en lägre andel personer som inte har demens och som kan diagnostiseras med depression. Det kan också vara problematiskt att sätta diagnoser som depression och ångest hos personer med demens då sådana psykiska diagnoser utgår från självrapporterade symtom, vilket kan ha låg reliabilitet när de ges av demenspersoner. Dessutom kan olika former av psykisk ohälsa (exempelvis depression, ångest, psykotiska tillstånd) klassas som en del av demensdiagnosen (Börjesson-Hanson et al., 2011).

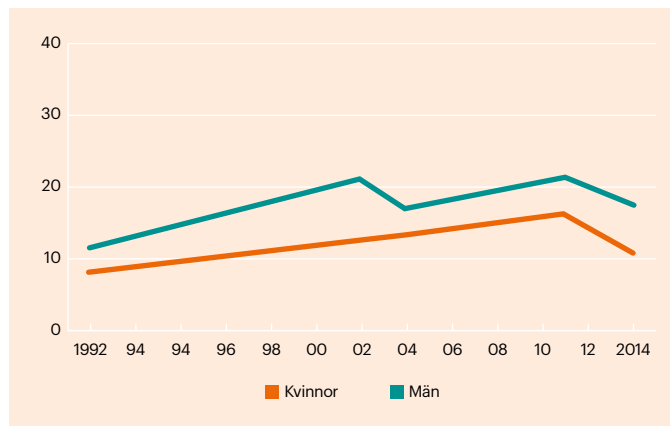


Förändring över tid

Det finns inga tydliga indikationer på att förekomsten av psykisk ohälsa såsom depression och ångest har förändrats i någon större utsträckning bland äldre personer i Sverige under de senaste decennierna. Underlaget är dock för litet för att dra några säkra slutsatser.

I en svensk studie med ett lokalt urval av 70-åringar (H-70-studien) undersöktes förekomsten av depression (mätt med screeninginstrument) mellan åren 1976 och 2016. Resultaten visade att förekomsten av depression, både mild och svår, minskade något bland kvinnor men inte bland män (Rydberg Sterner et al., 2019).

I en annan studie med nationella data för personer 77 år och äldre visades att andelen som rapporterade att de hade depression eller djup nedstämdhet ökade något mellan åren 1992 och 2014, med vissa fluktuationer under mätperioden. Resultaten illustreras i figur 3. Frågan som ställdes var ”Har du under de senaste 12 månaderna haft något av följande besvär? Depression/djup nedstämdhet?”. År 1992 var det drygt 11 procent av kvinnorna och drygt 8 procent av männen som rapporterade lätta eller svåra besvär med depression eller djup nedstämdhet. År 2014 var siffran 17,5 procent för kvinnor och knappt 11 procent för män (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

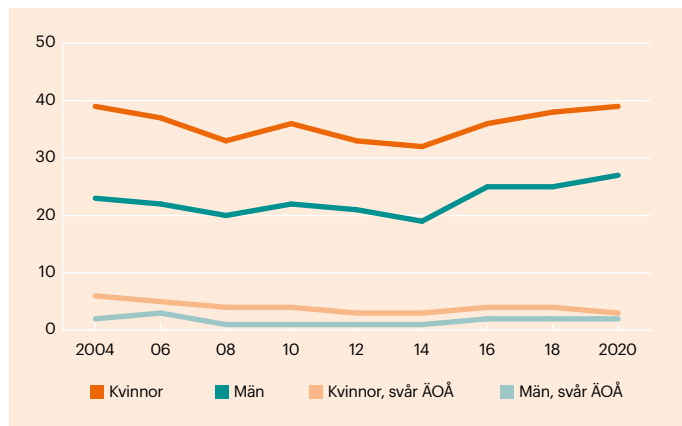


Figur 3. Andel som rapporterar depression eller djup nedstämdhet bland kvinnor och män 77 år och äldre under perioden 1992–2014. Källa: FMH, 2019a (data från SWEOLD 1992–2014)

Data från Folkhälsoenkäten visar att nivåerna av självrapporterad ängslan, oro och ångest var förhållandevis stabila under perioden 2004–2020 bland personer i åldersgruppen 65–84 år, se figur 4 på nästa sida. Vid studieperiodens början rapporterade 39 procent av kvinnorna att de hade lättare symtom på ängslan, oro eller ångest. Andelen var densamma år 2020. Över hela perioden var det en lägre andel män som rapporterade lättare symtom på ängslan, oro eller ångest. År 2004 var förekomsten bland män 23 procent. Från 2014 syns en viss ökning och år 2020 var andelen 27 procent. Förekomsten av svår ängslan, oro eller ångest var för både kvinnor och män betydligt lägre och stabil över perioden. Även svår ängslan, oro, ångest förekommer i större utsträckning bland kvinnor än bland män, men den generella skillnaden i svår ängslan, oro, ångest mellan kvinnor och män tenderar att försvinna under perioden.

”

Jag är mest arg och upprörd över synen på äldre idag.



Figur 4. Andel som rapporterar ångslan, oro, ångest och svår ångslan, oro, ångest, bland kvinnor och män 65–84 år 2004–2020. Källa: Folkhälsoenkäten, 2004–2020 (Folkhälsodata)

I den nationella Folkhälsoenkäten är det inte möjligt att studera personer som är 85 år och äldre eftersom den åldersgruppen inte ingår i urvalet. I SWEOLD-studien går det att analysera personer som är 77 år och äldre, utan ett övre ålderstak. En liknande fråga som den från Folkhälsoenkäten om ångslan, oro och ångest finns också i SWEOLD-studien. År 1992 rapporterade 30 procent av kvinnorna och 20 procent av männen att de hade besvär med ångslan, oro eller ångest. Prevalenserna fluktuerade lite under de följande undersökningsåren. År 2014, som är det senaste mätillfället, rapporterade 29 procent av kvinnorna och nästan 14 procent av männen att de hade besvär med ångslan, oro eller ångest (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Förekomst av ensamhet

Känsla av ensamhet förekommer i störst utsträckning bland yngre personer och de allra äldsta (det vill säga i åldersgrupperna över 75–80 år), medan känslan av ensamhet är lägre bland personer i medelåldern och i gruppen yngre äldre (~65–75 år) (Yang & Victor, 2011).

Analyser av data från European Social Service (ESS) år 2012 visar att ungefär 40 procent av personer över 60 år i Europa upplevde ensamhet ibland eller oftare under den senaste veckan. Andelen som upplevde ensamhet var högst i östra och sydöstra delarna av Europa och ensamheten är mindre utbredd i de nordiska länderna. Upplevelsen av ensamhet bland äldre vuxna var med andra ord förhållandevis låg i de nordiska länderna i jämförelse med andra europeiska länder. Exempelvis var andelen 23,4 procent i Sverige och 16 procent i Norge. Detta kan jämföras med ett genomsnitt i Europa på 39 procent, 64 procent i Ukraina och 45 procent i Italien (Lennartsson, Rehnberg, McKee & Dahlberg, 2020). Även tidigare forskning har visat att det finns stora skillnader i förekomst av ensamhet i Europa. Anledningarna är bland annat relaterade till normer om familjesolidaritet (Dykstra, 2009).

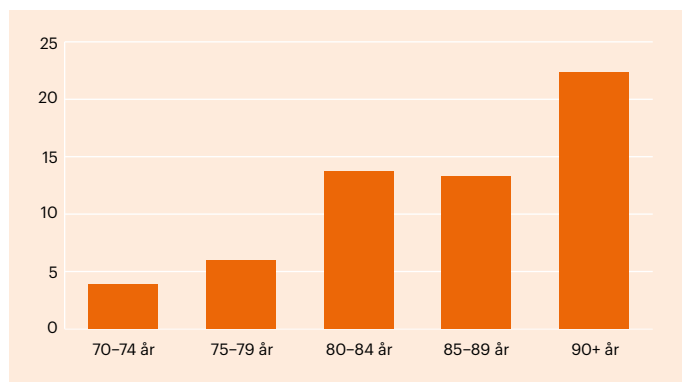
Skillnader i ensamhet mellan länder har diskuterats i relation till olika välfärdsmodeller. Den nordiska välfärdsmodellen med omfattande universella system föreslås ge individer resurser som underlättar socialt engagemang och därmed gör dem mindre beroende av individuella resurser eller de resurser som finns att tillgå i det närmsta sammanhanget (Nygqvist, Nygard, & Scharf, 2019). Dock finns det individuella resurser såsom att vara gift eller samboende som är skyddande mot ensamhet oavsett välfärdsregim (Nygqvist, Nygard, & Scharf, 2019). I linje med resursperspektivet har forskningen också visat att skillnader i nivåer av ensamhet mellan olika länder delvis kan förklaras av skillnader i befolkningens hälsa och socioekonomiska förhållanden, det vill säga faktorer som kan påverkas och formas av välfärdssystemet (Fokkema et al., 2012). Andra förklaringar till skillnaderna i ensamhet har diskuterats utifrån om samhällena är individualistiska eller kollektivistiska. I de mer individualistiska samhällena, såsom de nordiska länderna, skattas oberoende och självförverkligande högre, och i mer kollektivistiska samhällen främjas relationer med familjen eller den närmaste gruppen (se till exempel Lykes & Kimmelmeier, 2014; Swader, 2019). Dessutom visar studier att ensamhet i individualistiska samhällen har samband med inte ha någon

”

Jag tänker på framtiden. Kan ju ha 20 år till att leva, och det ligger mycket på mig att se till att de åren blir bra.

förtrolig vän eller att ha litet eller sällan förekommande kontakter med vänner, medan ensamhet i kollektivistiska samhällen i större utsträckning har samband med få eller svaga familjekontakter (Lykes & Kemmelmeier, 2014).

Data från SWEOLD, 2014 visar att i åldrarna 70 år och äldre upplever närmare 9 procent ensamhet ofta eller nästan alltid. Resultaten visar också att upplevd ensamhet ökar med ålder och i mycket hög ålder är andelen över 20 procent (se figur 5). Siffran i de högre åldrarna ska dock tolkas med försiktighet då antalet studerade personer är låg. Sambandet mellan ökad ålder och ensamhet kan till viss del förklaras av att med ökad ålder ökar även risken för att bli ensam kvar när partner dör och för att få försämrad hälsa – riskfaktorer som också har visat sig ha ett samband med ofrivillig ensamhet (se avsnittet ”Faktorer relaterade till ensamhet”).



Figur 5. Andel som upplever ensamhet ofta eller nästan alltid uppdelat på åldersgrupper. Källa: SWEOLD, 2014

Data från SWEOLD visar också att ofta eller nästan alltid uppleva en känsla av ensamhet inte har ökat över tid. Mellan 11 och 15 procent av personer som var 77 år eller äldre upplevde ensamhet under perioden 1992 till 2014 (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018). Det finns dock tecken på att ofrivillig ensamhet har ökat under rådande pandemi (Dahlberg, 2021).

Även om andelen äldre personer som upplever ensamhet var stabil över tid fram till 2014 så är det ändå ett allt större antal personer som drabbas. Detta beror på den demografiska utvecklingen med ett ökande antal äldre personer i befolkningen.

I KORTHET

Förekomsten av psykisk ohälsa varierar beroende vilken typ av psykisk ohälsa som mäts. Olika typer av depressionsdiagnoser har rapporterats förekomma hos mellan 1–15 procent bland äldre personer och andelen med diagnosticerade ångestsjukdomar varierar mellan 4–17 procent. Icke-diagnosticerade besvär med nedstämdhet, ångslan, oro eller ångest kan uppgå till nästan 40 procent. Andelen med depression eller ångest har generellt sett inte förändrats över tid på något tydligt sätt. Ungefär 10 procent i den äldre befolkningen upplever ensamhet. Ensamhet har generellt sett inte ökat över tid, men det finns indikationer på att fler känner sig ensamma som en följd av pandemin och dess begränsningar.

Skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper och faktorer som är relaterade till psykisk ohälsa och ensamhet

I vissa grupper är det vanligare med psykisk ohälsa. Det finns många faktorer som skiljer sig mellan de studerade grupperna som påverkar risken att utveckla psykisk ohälsa, men vad som orsakar vad är svårt att säga. Detta innebär att vi inte kan dra några slutsatser om de orsakssamband som ligger bakom de gruppskillnader vi observerar.

Gruppskillnader i psykisk ohälsa

Vetenskapliga studier har visat att ärftlighet kan öka risken för att utveckla olika depressionssjukdomar, i de flesta sjukdomsfallen spelar dock miljöfaktorer en större roll än genetiska faktorer (SBU, 2004, 2015).

Många studier visar på att äldre kvinnor oftare har depressiva symtom och ångest än äldre män (se till exempel



Med åldern kommer att känna sig själv väl, både styrkor och svagheter.

Folkhälsomyndigheten, 2019a). Även i yngre åldersgrupper, från puberteten och genom hela vuxenlivet, är depression vanligare bland kvinnor än bland män (Eid et al, 2019; Rieker & Bird, 2005). Skillnader i hälsa (inklusive psykisk hälsa) mellan kvinnor och män tillskrivs många gånger två förklaringsmodeller vilka även är av betydelse för äldre kvinnor och män. En förklaringsmodell är den biologiska/genetiska modellen, som betonar det kroppsliga och fokuserar på de biologiska könsskillnaderna (till exempel gener, hormoner, fysiologi) som kan bidra till skillnader i kvinnors och mäns psykiska, fysiska och kognitiva hälsa samt dödlighet. En annan förklaringsmodell är den sociokulturella modellen, som betonar hälsorelaterade beteenden och livsvillkor. Denna modell föreslår istället att könsskillnader i hälsa bestäms av sociala faktorer såsom olika socioekonomiska villkor, segregerad arbetsmarknad och arbetsförhållanden, familjelivet och omsorgsansvar, samt hälsobeteenden och vårdutnyttjande (Lennartsson & Fors, 2018). Könsskillnader i psykisk ohälsa, framförallt depression, tillskrivs bland annat mäns ovilja att rapportera och söka hjälp vid depressiva symtom, samt en tendens att vända sig till alkohol eller droger vid psykisk ohälsa (Rieker & Bird, 2005).

Det finns också skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper och mellan grupper med olika sociala förhållanden. Psykisk ohälsa är vanligare bland personer som bor i mer socioekonomiskt utsatta områden, i grupper med låg utbildning och bland de som har svagare ekonomisk ställning jämfört med de som bor i områden med hög socioekonomisk status, bland högutbildade och i grupper med god ekonomi (Folkhälsomyndigheten, 2019a). I grupper med sämre socioekonomiska resurser finns många stressande faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa, exempelvis oro över privatekonomin, sämre arbetsförhållanden och -villkor och mindre möjlighet att påverka sin arbetssituation, trångboddhet och sämre boendemiljö (se till exempel Rostila & Toivanen, 2018).



FOTO: RENATE VANAGA/UNSPLASH

En annan social/demografisk faktor som kan påverka den psykiska hälsan är migration. Personer som migrerat får ofta en lägre socioekonomisk status i det nya landet och bor ofta i socioekonomiskt utsatta områden, med de risker för psykisk ohälsa som dessa faktorer medför. Migration är dessutom ofta förknippat med separation från hem, familj och vänner, flykt och traumatiska upplevelser, vilket medför en högre risk för psykisk ohälsa, däribland depression och PTSD (Folkhälsomyndigheten, 2019b; Rostila & Hjern, 2018). En forskningsöversikt baserad på studier av den äldre befolkningen i olika europeiska länder har visat att förekomsten av psykisk ohälsa, i synnerhet depression, är högre bland personer med migrationserfarenhet än bland personer som inte har migrerat (Kristiansen et al., 2016).

Ytterligare en grupp där förekomsten av psykisk ohälsa är hög är bland hbtqi-personer. Enligt olika kartläggningar är psykisk ohälsa i form av depression, ångestsjukdom eller olika former av riskbruk eller beroende vanligare bland hbtqi-personer (Socialstyrelsen, 2016a; Folkhälsomyndigheten, 2014). Kunskapen om äldre hbtqi-personers psykiska hälsa är begränsad, men det finns flera faktorer som gör att just äldre hbtqi-personer har en särskilt utsatt situation. Många har vuxit upp och levt under en tid då allt utom heterosexualitet varit starkt stigmatiserat, vilket gör att många inte är öppna med sin sexuella läggning och könsidentitet. Det finns också en större oro för åldrande och hälsobesvär i den här gruppen, på grund av en rädsla för att bli negativt bemött inom vården och att inte kunna vara öppen med sin sexualitet och identitet. Enligt en kartläggning som RFSL gjort bland äldre hbtqi-personer är ofrivillig ensamhet vanligt, bland annat på grund av att många inte är öppna med sin sexuella läggning eller könsidentitet, samt bristande kontakt med andra hbtqi-personer.

Psykisk ohälsa är vanligare bland personer som inte är gifta eller är ensamboende, i jämförelse med de som är gifta eller sammanboende. Skillnaden mellan grupperna speglar ett komplext samband. Det kan dels bero på att gifta eller

sammanboende personer befinner sig i ett familjesammanhang med enklare tillgång till olika former av stöd, vilket leder till mindre psykisk ohälsa. Det kan också bero på att personer med psykisk ohälsa oftare förblir ogifta eller ensamboende till exempel på grund av svårigheten att bibehålla nära relationer. Depressiva symtom och ångest har ett samband med ökad social isolering från vänner och familj i den äldre befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2019a). Genomgången av tidigare forskning visar även att ensamhet och bristande socialt stöd har ett visst samband med mild depression (Folkhälsomyndigheten, 2019a). Med stigande ålder är det många som förlorar sin eventuella livspartner. Även nära vänner och bekanta i det sociala nätverket dör. Detta bidrar till uppkomsten av social isolering och bristande socialt stöd på ett sätt som är unikt för den äldre befolkningen.

Forskningen visa också att depression är vanligare bland äldre personer i särskilt boende. Det kan bero på att personer som bor på särskilt boende har mer sjuklighet och kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Dessa hälsoproblem är förutsättningar för att få en plats på särskilt boende och utgör också riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa. Det kan även vara så att boendeformen i sig ökar risken för depressiva symtom (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Som nämnts ovan, har fysisk ohälsa och funktionsnedsättningar också visat sig ha ett samband med psykisk ohälsa och då framförallt depression. Många olika aspekter av fysisk ohälsa har studerats, från specifika diagnoser till multisjuklighet. Det framkommer tydligt att depression är vanligare i grupper med vissa sjukdomstillstånd och/eller funktionsnedsättningar än i grupper som inte har dessa besvär. Till exempel framgår att bland äldre personer med funktionsnedsättningar, som innebär att de behöver hjälp i vardagen med hushållsaktiviteter, är prevalensen av depressiva symtom högre än bland personer som klarar dessa sysslor på egen hand (Folkhälsomyndigheten, 2019a). Den högre prevalensen av funktionsnedsättningar

”

Kroppen börjar svika
en och en kan inte
kan tänka "det där
ska jag göra sen"
... En förstår ju att
framtiden krymper.

orsakade av till exempel autoimmuna sjukdomar och olika smärttillstånd bland kvinnor, kan vara en bidragande orsak till att kvinnor drabbas av depression eller andra former av psykisk ohälsa i högre utsträckning än män. Män drabbas i högre utsträckning av till exempel hjärtkärlsjukdomar och stroke som i större utsträckning kan ha dödlig utgång (Nilsen et al., 2019).

En annan grupp som har en förhöjd risk för psykisk ohälsa sent i livet är personer som tidigare i livet haft psykisk ohälsa (Djernes, 2006; Kendler et al., 2000). I en svensk studie framgick det att personer som har rapporterat ångestproblem tidigare i livet hade en högre risk att rapportera både ångest och/eller depressiva symtom i hög ålder. Sambandet var starkast för ångest. I gruppen som vid ett tidigare tillfälle rapporterat ångest var sannolikheten ungefär 11 procentenheter högre att ha ångest sent i livet och i gruppen som rapporterat ångest vid mer än ett tillfälle var sannolikheten närmare 36 procentenheter högre (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Faktorer relaterade till ensamhet

Det finns resultat från tidigare forskning som visar att både sociala och hälsomässiga faktorer har ett samband med ensamhet. Studier som följer personer över tid har visat att ensamhet förekommer i större utsträckning bland äldre personer som förlorat en partner, som saknar socialt stöd, har dålig självskattad hälsa och nedsatt funktionsförmåga jämfört med dem som fortfarande har en partner, har socialt stöd, god hälsa och funktionsförmåga. Även personer som upplever depression och en försämring i depression uppvisar ett samband med ensamhet (Dahlberg, McKee, Frank & Naseer, 2020). Förtydligas bör också att depression och upplevd ensamhet ofta förekommer samtidigt och tenderar att förstärka varandra.

Orsakssambanden gällande hälsomässiga, sociala faktorer och ensamhet är komplexa och svåra att isolera, men den evidens som finns lägger en viktig grund för arbetet att utveckla interventioner riktade till äldre personer som har större risk för att uppleva ensamhet jämfört med andra. Det är tydligt att det

inte enbart är sociala förhållanden som har betydelse för upplevd ensamhet, utan det är minst lika viktigt att uppmärksamma personer med nedsatt fysisk och psykisk hälsa samt nedsatt funktionsförmåga. När förmågan att klara vardagen avtar, såsom hushållssysslor och hygien, förloras även autonomin, vilken har visats ha ett samband med upplevd ensamhet. Ett flertal studier kring andra sociala, ekonomiska och hälsomässiga faktorer som kan ha ett samband med ensamhet återfinns i litteraturen, men evidensen för ett samband är svaga. Detta beror bland annat på skiftande resultat och/eller att många av faktorerna bara har studerats i ett fåtal studier (Dahlberg, et al., 2020).

I KORTHET

Uppkomsten av psykisk ohälsa beror på en mängd olika faktorer. Det finns dock vissa grupper där psykisk ohälsa är vanligare, till exempel kvinnor, personer med låg utbildning och små ekonomiska resurser, personer med migrationserfarenhet, bland hbtqi-personer, ensamboende, personer med funktionsnedsättningar och fysisk ohälsa. Det är också vanligare med ofrivillig ensamhet i flera av dessa grupper.

Förebyggande och behandlande insatser för att motverka psykisk ohälsa

Det finns många projekt och insatser runtom i landet som antingen direkt eller indirekt arbetar med psykisk ohälsa i den äldre befolkningen (FOU nu, 2018). Det kan vara förebyggande insatser där syftet är att främja psykiskt välbefinnande och/eller motverka psykiska ohälsa, och det kan vara behandlande insatser där syftet är att behandla och mildra psykisk ohälsa, till exempel depression. Många av de insatser som används för att stödja äldre personers psykiska välmående är inte evidensbaserade, eller så är det forskningsbaserade underlaget från yngre åldersgrupper. I stor utsträckning saknas tillräcklig forskning om insatser riktade specifikt till äldre åldersgrupper, möjligen undantaget fysisk aktivitet. Ett växande område är



Att kroppen åldras men att man är ungdomlig i sina tankar. Det stämmer inte överens liksom.

användningen av olika digitala hjälpmedel och innovationer för att stärka den psykiska hälsan i den äldre befolkningen. I en forskningsgenomgång konstateras att det inte finns så mycket gjort på området, men att den forskning som finns antyder att även äldre åldersgrupper gynnas av digitala lösningar och internetinterventioner vad gäller psykosociala utfall såsom ökad livstillfredsställelse och upplevt socialt stöd, samt minskade depressiva symtom (Forsman et al., 2018).

I en systematisk forskningsöversikt visades att en av de viktigaste faktorerna för framgång i insatser för att främja psykiskt välbefinnande bland äldre personer, oavsett innehåll i insatsen, är att de involverade är motiverade till att delta (Niclasen et al., 2019). Gruppbaseade interventioner med sociala komponenter visade sig ha en positiv effekt på deltagarnas psykiska hälsa (Niclasen et al., 2019). Insatser som sträcker sig över en längre period har större effekt än kortvariga insatser (Forsman et al., 2018).

Fysisk aktivitet

Det finns mycket forskning rörande positiva hälsoeffekter av fysisk aktivitet, både fysiska och psykiska hälsoeffekter. Många noggrant genomförda experimentella studier har undersökt huruvida olika former av fysisk aktivitet påverkar depression och depressiva symtom hos äldre individer. I en översiktsartikel där resultaten från dessa studier sammanställts (Heinzel et al., 2015), drar forskarna slutsatsen att alla typer av fysisk aktivitet har en positiv inverkan vad gäller att minska depressiva symtom. Pulshöjande aktiviteter såsom konditions- och styrke- träning hade båda måttlig effekt på depressiva symtom. Störst effekter hade lugnare ”mind-body” aktiviteter såsom tai-chi och qi-gong. Dessa slutsatser har även bekräftats i en nyare översiktsartikel där träningsformerna jämfördes med varandra för att se om det är någon skillnad i effekter på egentlig depression (Miller et al., 2020). Även här bekräftades att ”mind-body” träningen hade starkast effekt på depressiva symtom, men att de olika träningsformerna inte skilde sig åt nämnvärt. Det innebär



FOTO: MARCUS AURELIUS/PEXELS

alltså att fysisk aktivitet, oavsett träningsform, minskar depressiva symtom hos äldre personer med depression. Vad gäller den starka positiva effekten av ”mind-body” träningen, menar forskarna att det kan bero på den mentala aspekten som ingår i dessa träningsformer och att det kan vara kombinationen av fysisk och mental träning som ger den bästa effekten (Heinzel et al., 2015). Det visade sig också att gruppträning, det vill säga träningsformer där det finns en ledare, hade bättre effekter än att träna hemma på egen hand (Heinzel et al., 2015). Detta skulle kunna förklaras av den sociala interaktionen som ledarledd träning innebär. Vidare indikerar nyare studier att fysisk aktivitet kan stärka effekten av antidepressiv medicinering, framförallt bland äldre individer med depression (Guerrera et al., 2020). Det kan dock vara svårt att motivera personer med depression att delta i fysisk aktivitet (Rhyner och Watts, 2016).

Psykologisk behandling

Det tycks finnas visst stöd för att olika typer av psykologisk behandling är verksamt som behandling av depression och ångest bland äldre personer. Det behövs dock fler studier för att kunna dra säkra vetenskapliga slutsatser.

Vad gäller depression har studier funnit ett visst stöd för att problemlösningsterapi kan vara en verksamt behandlingsform (SBU, 2015). Det finns också stöd för att andra typer av psykologisk behandling som kognitiv beteendeterapi (KBT) och så kallad ”life-review”-terapi ger en positiv effekt bland äldre personer, och att denna effekt kan vara lika god bland äldre personer som bland yngre personer (Haigh et al., 2018). Gruppbaserad KBT-behandling vid depression har också visat sig vara verksamt bland äldre personer (Krishna et al., 2011). Vad gäller ångestsjukdomar finns det ett visst stöd för att KBT kan vara mer effektivt än annan typ av behandling, till exempel psykofarmaka eller andra former av samtalsbehandlingar (Gould et al., 2012). Samtidigt finns också indikationer på att

KBT kan vara mindre effektivt som behandling vid ångest bland äldre personer jämfört med yngre personer (Gould et al., 2012). Internetbaserad KBT vid depression och ångest har också studerats. Resultaten tyder på att det kan vara en fungerande behandlingsform för äldre personer, både med och utan vägledning av en kliniker (Titov et al., 2016).

Psykologisk behandling i form av samtalsgrupper förekommer också. Dessa kan ha fokus på meningsfrämjande samtal med utgångspunkt i att främja existentiell hälsa, det vill säga att stärka och stödja psykiskt välbefinnande snarare än att behandla psykisk ohälsa såsom depression eller ångestsjukdomar. Existentiell hälsa är ett brett och omfattande begrepp och ingår i WHO:s helhetssyn på hälsa och stödjande miljöer, även om det inte specifikt omnämns i deras definition av hälsa. Begreppet existentiell hälsa kan förenklas till känslan av och strävan efter mening, trygghet och tillhörighet i världen (Lloyd, 2018). Samtalsgrupperna kan till exempel utgå från livsberättelser eller samtalskort och syftar till att stödja individer att känna samhörighet och glädje, tro på sin egen förmåga och hitta mening i tillvaron. Det finns endast ett fåtal utvärderingar av projekt med inriktning mot meningsfrämjande samtal, ofta utan experimentellt upplägg. En utvärdering av samtalsgrupper med livsberättelser visade att självskattad hälsa och depressiva symtom var oförändrade efter samtalsgrupperna, men att ångestsymtom minskade. En större andel kände att livet var meningsfullt och upplevde en tilltro till framtiden och till sin egen förmåga efter samtalsgrupperna. Många fortsatte träffa andra i samtalsgruppen även efter insatsens slut (Peterson, 2019). I en utvärdering av ett annat projekt där strukturerade existentiella samtal ingick fann man också att deltagarna uppskattade samtalen och upplevde dem som meningsfulla. Det poängteras dock att gruppsamtalen behöver kompletteras med andra insatser och att det behövs en långsiktig plan för att det inte enbart ska bli en isolerad punktinsats (Ranung & Åhlfeldt, 2018).



Jag tänker: ”Är de här tankarna bra för mig? Nej. Bra, då tänker jag på nåt annat.”

Läkemedel som behandlingsform

Det förekommer omfattande förskrivning och användning av psykofarmaka i åldersgruppen 65 år och äldre. Både förskrivning till och användningen är högre i gruppen över 65 år än i yngre åldersgrupper. Trots att hög ålder ökar risken för läkemedelsrelaterade problem och biverkningar av olika slag, så rekommenderas ofta läkemedel som behandlingsform vid psykisk ohälsa. I åldrarna över 65 år tillkommer även en ökad sensibilitet för läkemedel, ofta på grund av fysiologiska förändringar och sjukdomar. Det har till exempel framkommit att viss psykofarmaka medför en större risk för komplikationer i förhållande till den nytta de anses göra och bör därför inte skrivas ut till personer över 65 år (Socialstyrelsen; 2017).

Förskrivningen av psykofarmaka till äldre personer, i synnerhet de över 80 år, sker i de flesta fall i primärvården. Det innebär att brukare av psykofarmaka i åldrarna över 65 år sällan får läkemedlet förskrivna från specialister inom exempelvis psykiatri. Detta indikerar att personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa mer sällan träffar en specialist jämfört med yngre åldersgrupper. Dessutom framkommer stora skillnader mellan olika utbildningsgrupper. Det har visats att personer med låg utbildning (högst nioårig grundskola) fick i större omfattning än övriga utbildningsgrupper psykofarmaka förskrivna i primärvården (se till exempel Socialstyrelsen, 2018).

I KORTHET

Många av de insatser som används för att stödja äldre personers psykiska välmående är inte evidensbaserade, eller så är det forskningsbaserade underlaget från yngre åldersgrupper. I stor utsträckning saknas tillräcklig forskning om insatser riktade specifikt till äldre åldersgrupper, möjligen undantaget fysisk aktivitet. Utifrån den forskning som finns tycks fysisk aktivitet kunna minska depressiva symtom. Det finns även visst stöd för att psykologisk behandling är verksam som behandling av depression och ångest. Trots att hög ålder ökar risken för läkemedelsrelaterade problem och biverkningar av olika slag, förekommer en omfattande förskrivning och användning av psykofarmaka bland äldre personer.

Insatser för att motverka ensamhet

Utifrån en nyligen publicerad rapport (Dahlberg och Lennartsson, 2020) kan vi fastställa att det är få interventionsstudier från Norden som syftar till att minska ensamhet bland äldre personer som har publicerats i vetenskapliga tidskrifter under de senaste 20 åren. Detta innebär inte att det saknas goda exempel på aktiviteter som syftar till att minska ensamhet bland äldre personer, men det innebär att evidensen är svag vad gäller effektiva interventioner baserad på nordisk forskning (Frank & Dahlberg, 2020). I en bred kartläggning av socialtjänstens insatser för äldre personer visas även att det finns begränsat med evidens för interventioner riktade mot sociala behov såsom ensamhet och social isolering (Dahlberg et al., 2019).

Det framgår vidare i genomgången av interventionsstudier för att minska ensamheten bland äldre personer att dessa sällan redovisar vilka framgångsfaktorer som bidrar till avsedd effekt (minskad ensamhet). Resultaten som presenteras redovisar ofta endast huruvida interventionen uppvisar någon effekt på ensamhet eller ej och inte vad i själva interventionen som ger effekten. Kunskapen kring vad i interventionen som har en effekt är således begränsad (Frank & Dahlberg, 2020). Några framgångsfaktorer lyfts dock fram; dels vikten av att ha ett klientcentrerat fokus, där mål och antal möten utformas utifrån varje deltagares behov och förutsättningar, och dels att deltagarna själva får välja innehåll utifrån eget intresse. Det behöver således finnas möjlighet till olika aktiviteter beroende på individens behov och intressen för att interventionerna ska få avsedd effekt. I ett par fall lyftes även vikten av att deltagarna får ta del av planeringen och/eller genomförandet av interventionen (Larsson, et al., 2016; Savikko, et al., 2009).

Den sociala aspekten inom ramen för interventionen tas även fram som en tänkbar viktig faktor. I en studie genomförd i Finland kom deltagarna exempelvis från samma kommun och gavs därmed möjligheten att bygga relationer med andra deltagare även utanför själva interventionen. Detta innebar



Det sämsta med att bli äldre är att få sämre sjukvård och bli behandlad av samhället som om man vore en idiot.

att intervention skapade en möjlighet för deltagarna att hitta gemensamma erfarenheter och intressen (Ollonqvist, et al., 2008).

Internationellt har det även visat sig att ledarskapet för en intervention är av betydelse och att ledarna bör få god utbildning och stöd inför och under insatsen. Dessutom lyfts att interventioner bör bygga på och nyttja existerande samhällsresurser, till exempel redan befintlig organiserad verksamhet, för att utöka gemenskapen i det lokala samhället (Findlay, 2003).

En genomgång av nordisk litteratur visar att även om det är stor variation i interventionernas innehåll så var interventionerna framförallt inriktade mot utbildning, såsom data/IT, hälsorelaterade frågor och kombinerade psykosociala aktiviteter såsom att prata om och dela känslor med andra. Hälften av studierna kunde redovisa en minskning av deltagarnas ensamhetskänslor, även om den inte alltid var statistiskt säkerställd (Frank & Dahlberg, 2020).

I KORTHET

Kunskapen om effekterna av olika interventioner riktade mot sociala behov såsom ensamhet och social isolering, och vilka faktorer i interventionerna som bidrar till en positiv effekt är mycket begränsad. Några framgångsfaktorer lyfts dock fram, bland annat att målgruppen ska vara med och utforma interventionen utifrån sina behov och intressen, och att det ska finnas möjligheter att bygga relationer med andra deltagare och därmed utöka gemenskapen i närområdet.



Hälso- och sjukvård, äldreomsorg och samverkan mellan aktörer

Hälso- och sjukvård

Ansvar för all hälso- och sjukvård, primärvård, specialistvård och rehabilitering ligger hos landets regioner. I flera regioner har man valt att utveckla primärvården genom särskilda verksamheter som är riktade till äldre personer. I andra regioner har man valt att öka den geriatriska kompetensen i befintliga primärvårdsverksamheter eller mobila team. En del av hälso- och sjukvården som framförallt är riktad till äldre personer finns också inom kommunernas verksamhet – hemsjukvård och inom särskilda boendeformer. Hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunerna omfattar alla yrkesutövare förutom läkare. Det kan exempelvis vara undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. I stort sett har alla landets kommuner övertagit hemsjukvården från regionerna, med Stockholm som undantag.

Primärvården är första linjens psykiatri, vilket innebär att det är till primärvården man i första hand ska vända sig vid behov av hjälp för psykisk ohälsa. Vid mer omfattande behov, diagnostik och behandling ligger ansvaret hos den specialiserade psykiatrin. Eftersom kognitiv och fysisk funktionsnedsättning blir vanligare i hög ålder har äldre personer med psykiska hälsoproblem ofta en mer komplex sjukdomsbild och därmed sammansatta vårdbehov. Det är således inte ovanligt att vårdbehoven bland äldre personer i högre utsträckning än bland yngre personer berör både somatiska och psykiatriska behov. Vid mer omfattande behov ligger ansvaret hos den specialiserade psykiatrin. Den specialiserade psykiatriska hälso- och sjukvården för äldre personer, äldrepsykiatri, är bristfällig och endast hälften av Sveriges regioner har en utvecklad psykiatrisk specialistverksamhet för äldre personer. Eftersom det inte är ovanligt att komplexa hälsoproblem förekommer hos en äldre person så är det inte heller ovanligt att äldre personer med psykisk ohälsa återfinns inom geriatrisk hälso- och sjukvård.

I förhållande till yngre personer är äldre personer underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård, trots att behovet av denna typ av vård bedöms vara lika stort bland äldre vuxna (Socialstyrelsen, 2018). Det har också konstaterats att bland de äldre personer som återfinns inom den specialiserade psykiatriska vården har en stor andel tidigare behandlats för psykisk sjukdom i slutenvården (Socialstyrelsen, 2012).

Det första steget för att en person ska få behandling för sin psykiska ohälsa är förstås att identifiera vilket behov som finns. Som beskrivits i avsnittet ”vad är psykisk ohälsa” kan det finnas svårigheter med att identifiera psykiska hälsobesvär hos äldre personer. Detta kan bland annat bero på att atypiska symtom på depression blir vanligare i hög ålder. Det förekommer även att personer söker vård för fysiska besvär även om psykisk ohälsa kan vara det underliggande problemet. För primärvården, dit de flesta i första hand söker sig för att få vård, är det därför viktigt att ta reda på om patientens fysiska besvär kan vara symtom på psykisk ohälsa. Nya fall av psykisk sjukdom kan vara svåra att upptäcka och riskerar därför att inte få behandling inom specialiserad psykiatrisk öppenvård (Socialstyrelsen, 2012).

Äldreomsorg

Omsorg om äldre personer inom kommunernas socialtjänst omfattar flera olika insatser som utgår ifrån behov hos den enskilda och ges först efter att den enskilda personen ansökt om en insats. Socialtjänstens insatser riktade till äldre personer omfattar allt från öppna insatser i form av träfflokaler och uppsökande insatser till insatser av stöd och hjälp i hemmet. Sådana insatser kan omfatta allt från städning och handling till hjälp med mera basala och omvårdande uppgifter. Socialtjänstens insatser omfattar även plats på särskilt boende. Andra aktiviteter som kommunen kan erbjuda är så kallade fixartjänster, anhörigstöd och trygghetslarm. Fixartjänster är oftast en generell tjänst med syfte att exempelvis minska fallrisk. En del serviceinsatser kan kommunerna också erbjuda utan krav på biståndsbeslut. Hur insatserna organiseras varierar mellan kommuner. Bland



Sämst med att bli äldre är att veta hur åldringsvården fungerar, om man inte klarar sig själv.

personer som får omsorgsinsatser är kvinnor i betydande majoritet på grund av högre medellivslängd och för att kvinnor med en manlig partner ofta överlever sina män och därmed bor ensamma i slutet av livet. Andra insatser inom ramen för kommunens verksamhet riktad till äldre personer är möjlighet till avlastning till anhöriga och den enskilda i form av korttidsboende, en insats som det är vanligare att män får i jämförelse med kvinnor (SOU, 2020:80).

Historik

Rätten att få bo kvar i sitt eget hem enligt den så kallade ”kvarboendepincipen” har varit vägledande för svensk äldreomsorg sedan 1950-talet. Vid den tid då denna princip infördes fanns få möjligheter att få stöd i det egna hemmet även vid mindre omfattande behov, vilket kunde innebära ett tvång att flytta. Under 1970–80-talet blev det tydligt att många äldre personer kom att vårdas inom den så kallade långvården, vilken innebar sjukhusliknande miljöer med flerbäddssalar och marginella möjligheter till en personligt utformad livsmiljö. De ålderdomshem och servicehus som då fanns saknade i sin tur resurser för att ge stöd vid demenssjukdom eller annan sjukdom. År 1992 genomfördes Ädelreformen, som syftade till att ge kommunerna ett ansvar för stöd i boende och boendeformer oavsett invånarnas ålder och behov. Det ledde bland annat till en utbyggnad och utveckling av boenden för personer med demenssjukdom och avveckling av den sjukhusliknande formen långvård.

I Ädelreformens spår har stora förändringar skett, där många insatser – även avancerade – numera utförs i hemmet. Antalet platser i särskilt boende har under en lång tid stadigt minskat, vilket har resulterat i en allt hårdare bedömning med högre ställda krav på omsorgsbehov för att bevilja särskilt boende. Idag sker därför flytt till särskilt boende i högre ålder än tidigare och det krävs omfattande fysiska eller kognitiva nedsättningar och stora omvårdnadsbehov för att beviljas en plats. Andelsmässigt är det fler kvinnor än män som bor i särskilt boende, kvinnorna är också i genomsnitt äldre än männen när de beviljas plats på

särskilt boende (Socialstyrelsen, 2016b). Demenssjukdom är en vanlig orsak till att bli beviljad en plats på särskilt boende, då de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017) anger att socialtjänsten bör erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom. Nedskärningar i antal platser på särskilt boende har lett till att allt fler sköra och/eller svårt sjuka äldre personer bor hemma, med omfattande omsorg och vård från hemtjänstens och hemsjukvårdens personal.

Bland äldre vård- och omsorgstagare inom kommunernas ansvarsområde finner vi således personer med komplexa hälso- och funktionsproblem, nedsatt funktionsförmåga och sjukdom. Många lever dessutom ensamma och har erfarenhet av förlust av nära anhörig och ett försämrat socialt nätverk – faktorer som ofta samvarierar med psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet. Även om personalen inom äldreomsorgen primärt har en omsorgsfunktion, så är de även en regelbunden social kontakt. Äldreomsorgen fyller på så sätt inte bara en praktisk utan även en viktig social funktion. Det finns därför ett behov inom kommunerna att tillhandahålla resurser för social samvaro, något som skulle kunna vara en viktig komponent i möjligheten att upptäcka och motverka psykisk ohälsa, samt lindra konsekvensen av upplevd ensamhet och psykisk ohälsa. Det finns också flera goda exempel på hälsofrämjande verksamheter, till exempel specialiserad hemtjänst för personer med psykisk ohälsa, demensteam och rutiner för att ge sociala insatser som samvaro och promenader.

Samverkan

Att vara äldre och att leva med psykisk ohälsa kan innebära att det behövs hjälpinsatser från många olika verksamheter, både inom regionens och kommunens ansvarsområden. När flera vård- och omsorgsgivande aktörer är inblandade blir samverkan central för att individen ska kunna få sina behov tillgodosedda och inte hamna mellan stolarna (Rolfner Suvanto, 2018). En sådan kedja kräver en fungerande samverkan mellan verksamheter i regioner och kommuner. En viktig förutsättning för samverkan



Ingen behöver min erfarenhet.

är att de inblandade verksamheterna har kunskap om varandras kompetens, samt hur olika utförarens kvalifikationer och uppdrag kompletterar varandra (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Dessutom är det viktigt att inte lagar och riktlinjer hindrar förutsättningar för samordning (Vårdanalys, 2016).

Sedan 2007 görs årligen en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att förbättra och förstärka kommuner och regioners arbete för att minska den psykiska ohälsan i hela befolkningen. I överenskommelsen betonas behovet av att skapa en mer sammanhållen vård- och stödprocess som utgår från den enskilde individens behov och rättigheter. Det finns även ett behov av en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Ett försök att sätta en individs behov i fokus är lagen om samordnad individuell plan (SIP), vilken innebär att alla som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska få en samordnad individuell plan, en så kallad SIP. En sådan plan ska genomföras tillsammans med mottagaren oavsett ålder, om en plan behövs för att behoven ska tillgodoses och alla inblandade instanser ska arbeta för att mottagarens behov sätts i fokus. I den så kallade samverkanslagen från 2018 finns även speciella bestämmelser om samverkan mellan regioner och kommuner vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Redan från början när lagen trädde i kraft betonade regeringen vikten av en god samverkan och att lagen skulle följas av både kommuner och regioner. Trots dessa bestämmelser har Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rapporterat om brister i samverkan (SOU, 2020:80).

I KORTHET

En äldre person med psykisk ohälsa kan behöva hjälpinsatser från både regionens och kommunens ansvarsområden. Därför är en välfungerande samverkan mellan de olika vård- och omsorgsgivarna av största vikt för att tillgodose den äldre personens olika behov.





2.

Minds rekommendationer för att främja äldre vuxnas psykiska välbefinnande

Rekommendationerna utgår dels från första kapitlet som är en kunskapsöversikt, dels äldres egna röster från utförd enkätundersökning, referensgrupper och samtal med äldre vuxna.

Problemområde

Låg kunskapsnivå om psykisk ohälsa

Kunskapen om hur psykisk ohälsa och sjukdom tar sig uttryck hos äldre vuxna är idag bristfällig. Detsamma gäller vilka metoder för stöd och vård som är effektiva, inte minst evidensbaserad behandling. Idag ersätter psykofarmaka exempelvis alltför ofta psykologisk behandling, utan särskilt stöd i forskning. Den här kunskapsbristen uppträder både inom vård och omsorg samt hos många äldre vuxna själva. Exempelvis kan det handla om hur depression, ångest, ångslan, oro, nedstämdhet och ofrivillig ensamhet känns och förebyggs.

Många äldre vuxna uppger att psykiska besvär är skamfylldt att prata om och därmed söka stöd och vård för. Här behövs kunskap hos vård- och omsorgspersonal för att lättare upptäcka och sätta ord på svårtolkade symtom, för att säkerställa rätt stöd och vård. Kompetens bör även utvecklas kring hur man som personal vid svåra samtal kan hantera sina egna reaktioner, såsom rädsla, ilska, sorg och frustration.

Minds rekommendationer

- 1. FORSKA.** Initiera statlig satsning till forskning om äldres psykiska ohälsa generellt, samt hur man bäst förebygger och behandlar psykisk ohälsa inom vård och omsorg.
- 2. KOMPETENSUTVECKLA.** Gör en riktad satsning inom vård och omsorg för att höja kunskapen om hur kropp och sinne påverkas av åldrande. Fortbildning och erfarenhetsutbyte gällande metoder och tillvägagångssätt bör ske systematiskt mellan verksamheter, kommuner och regioner för att öka kompetensen på sikt.
- 3. SPRID KUNSKAP.** Bidra till att skapa en kunskapsbank och sprida kunskap för äldre vuxna och deras anhöriga och allmänheten med fakta om hur psykisk ohälsa kan kännas, hanteras och förebyggas, både kroppsligt och psykiskt.



Säger som min mormor som blev 96 år:
Hon pekade på huvudet och sade 'här är jag
20 år' och sedan pekade hon på sin kropp och
sade 'men den här kroppen vill inte som jag vill'.

Problemområde

Fördomar och attityder som leder till diskriminering

Allt fler blir allt äldre i Sverige. Idag är närmare 1,5 miljoner personer i landet 70 år eller äldre, men det är ändå inte självklart vilka som tillhör denna grupp som kallas ”äldre”. Kronologisk ålder säger ganska lite om en individs livssituation, gemenskaper och samhällsinflytande, om den psykiska hälsan eller hur vardagen ser ut. Det finns också stora strukturella skillnader i hälsa och livssituation mellan exempelvis kvinnor och män och personer med olika inkomst- och utbildningsnivå. Vi vet även att bland andra personer med migrationserfarenhet, hbtqi-personer och personer med funktionsnedsättningar eller fysisk ohälsa löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa.

Diskriminering på grund av ålder förstärker många äldre vuxnas upplevelse av att missgynnas och att på olika sätt inte värdesättas eller vara delaktiga i samhället. Media beskriver dessutom ofta äldre som en svag och homogen grupp, när det i själva verket finns stora variationer i de äldre generationerna. Osynliggörandet är något som kan påverka självbilden, men också andra åldersgruppers synsätt och attityder gentemot äldre vuxna. Människor i alla åldrar har mänskliga behov och rätt till psykiskt välbefinnande.



Jag är fortfarande samma person som när jag var yngre och i arbetsför ålder. Jag har samma behov, driv och lustar. Ändå ses jag när jag blir äldre som andra klassens medborgare – en som bara kostar pengar.

Minds rekommendationer

1. **INKLUDERA.** Inkludera äldre vuxna i alla beslut som påverkar äldres situation. Se till att äldre är proportionerligt representerade i både kultur, medier och politik. Främja även individens delaktighet och inflytande i frågor som rör vård och omsorg.
2. **SAMVERKA.** Involvera, ge resurser till och skapa samverkan med de delar av civilsamhället som har kunskapen om äldres levnadsvillkor och psykiska hälsa.
3. **BRYT NORMER.** Förändra och bredda traditionella bilder av äldre vuxna som idag ofta är stereotypa eller osynliga. Belys ålderism och se till att all form av diskriminering av äldre personer uppmärksammas så att den kan förebyggas och motverkas.

Problemområde

Ensamhet och utanförskap

Utanförskap kan ta sig olika uttryck i en människas liv. För en del äldre personer handlar det om att leva i ofrivillig ensamhet och social isolering. Andra är drabbade av ett digitalt utanförskap som gör det allt svårare att ta del av grundläggande samhällsfunktioner. För en del har känslan av sammanhang, samhörighet och identitet försvunnit från en dag till en annan när arbetslivet tagit slut, trots att många både har lust och tid att fortsätta att bidra i samhället. Många uppger också att de saknar möjlighet att samtala om de existentiella funderingar som är en naturlig del av åldrandet, både på grund av tids- eller resursbrist, och för att människor ofta är ovana vid och lite osäkra inför den här sortens samtal.



Att kroppen åldras men att man är ungdomlig i sina tankar. Det stämmer inte överens liksom.

Minds rekommendationer

1. ÖKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SOCIAL

GEMENSKAP. Förstärk insatser och aktiviteter i organisationer och kommuner för att minska ofrivillig ensamhet. Initiera ett närmare samarbete mellan kommuner och det lokala civilsamhället. Detta innebär ett resurstillskott till civilsamhället samtidigt som kommunerna bör bistå individer i ofrivillig ensamhet att hitta en passande sysselsättning.

2. TILLHANDAHÅLL ICKEDIGITALA ALTERNATIV.

Se till att det alltid finns flera sätt att ta del av funktioner som är grundläggande för att få livet att fungera. Det gäller inte minst rättigheter som att kunna söka vård och omsorg, deklarerera, rösta, utbilda sig, ta emot samhällsinformation och ta del av övriga viktiga samhällstjänster.

3. GE PLATS FÖR MENINGSFULLA SAMTAL.

Det behöver finnas möjlighet till existentiella samtal, att få prata om livet, dess mening och ändlighet. Detta kan ske både i vård och omsorg, och som en del av civilsamhällets aktiviteter.

Problemområde

Bristande ekonomiska resurser

Svårigheter till följd av dålig ekonomi återkommer som ett stort problem och kan handla om att inte ha råd att leva på det sätt man önskar eller att kunna njuta av vardagens små glädjeämnen. Att inte ha råd att delta i sociala aktiviteter, köpa nya kläder när det behövs, eller kunna laga trasiga tänder förstärker social isolering. Många äldre vuxna är ekonomiskt begränsade efter pensionen, vilket kan ge effekter som att inte ha råd att äta hälsosamt, delta i sport- och fritidsaktiviteter, kulturevenemang eller att resa.

Långt ifrån alla har råd med digitala hjälpmedel som bredband, smartphone, surfplatta eller dator. Detta leder både till ytterligare isolering då det inte är lika lätt att hålla kontakt med anhöriga och innebär svårigheter att sköta övriga kontakter där digitala verktyg idag är nödvändiga. Dålig ekonomi uppges vara en viktig orsak till ofrivillig ensamhet, isolering och utanförskap, vilka i sin tur kan leda till psykisk ohälsa och i värsta fall självmord.

Minds rekommendationer

- 1. HÖJ DEN EKONOMISKA LÄGSTANIVÅN.** Höj nivåerna i socialförsäkringar såsom inkomstpensionstillägg och bostadsbidrag för att säkerställa en god levnadsstandard för alla äldre vuxna.
- 2. INKLUDERA DIGITALT STÖD.** Justera riksnormen* för försörjningsstöd till att även inkludera rätt till tekniska hjälpmedel, internet och teknisk assistans för att bryta det digitala utanförskapet och öka äldres delaktighet.
- 3. INKLUDERA TANDVÅRD I HÖGKOSTNADSSKYDDET.** Möjliggör en jämlik tandhälsa för alla, oavsett ekonomisk situation.

* Riksnormen inbegriper kostnad för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning och telefon.



Många tror inte det, men vi är många som inte riktigt kan leva på vår pension, då har man inte råd med en ny telefon.

Problemområde

Bristande vård och omsorg

Rätten till god och likvärdig vård måste säkerställas för hela befolkningen. Äldre generationer är den del av befolkningen som har störst behov av vård och som drabbas hårdast när skillnader i tillgänglighet, samverkan och kvalitet ökar mellan verksamheter och orter. Det är även viktigt att motverka särbehandling, fördomar och resursbrist som leder till att äldre vuxna får bristande behandling. Ett exempel på det senare är hur många som vid psykiska besvär som depression enbart förskrivs psykofarmaka, och att en lägre andel äldre vuxna remitteras till specialistvård eller samtalsbehandling än andra åldersgrupper.

Personer med tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa och sjukdom behöver ett förstärkt stöd och relevant vård. Till exempel har äldre vuxna som lever med psykosjukdom 15–20 år kortare livslängd än genomsnittet. I de övre åldersgrupperna ses det största antalet självmord, men för tidig död inträffar även på grund av fysisk sjukdom, då på grund av brister i vård och behandling. Äldre vuxna med psykisk ohälsa behöver ofta en kombination av hjälpinsatser i form av både vård och omsorg. Därför är en välfungerande samverkan mellan och inom olika vård- och omsorgsgivare av största vikt för att tillgodose den äldre personens behov.

Minds rekommendationer

- 1. IDENTIFIERA PSYKISK OHÄLSA.** Primärvård och/ eller socialtjänst bör screena äldre vuxna för psykisk ohälsa genom att identifiera eventuella psykiska besvär och de risker som finns (som till exempel ofrivillig ensamhet) för att kunna ge särskilda insatser för utsatta grupper som löper ökad risk för psykisk ohälsa och i värsta fall självmord.
- 2. SÄKRA GERIATRISK KOMPETENS.** Äldre vuxna som närmar sig pensionsåldern bör erbjudas fast kontakt med en sjuksköterska med geriatrisk kompetens och få information om hur åldrandet kan påverka den fysiska och psykiska hälsan. Alla äldre vuxna bör därefter erbjudas återkommande besök för hälsokontroller, information och stödinsatser som exempelvis kan bidra till att minska ofrivillig ensamhet.
- 3. SÄKERSTÄLL STÖD.** Säkra att äldre vuxna med psykiska funktionshinder får fortsatta insatser och särskilt anpassade boendeformer där stöd och gemenskap med andra möjliggörs.
- 4. LYSSNA OCH GE TID.** Lyssna in och gör äldre vuxna delaktiga i besluten kring sin egen vård och omsorg. Tiden för mötet med människor inom sjukvården måste anpassas för att möjliggöra medmänskligt bemötande i syfte att förbättra diagnosticering, följsamhet till behandling och stärka delaktighet, oavsett kognitiva och språkliga förmågor hos individen.



Tiden som är kvar i livet minskar. Hur ska jag hinna med det jag vill göra?

Referenser

- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2013). Samverkan som samhällsfenomen - några centrala frågeställningar. I: Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (Red). Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd. Studentlitteratur. Lund.
- Bergdahl, E., Gustavsson, J.M., Kallin, K., von Heideken Wägert, P., Lundman, B., Bucht, G., et al. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, 17(4):557-75.
- Börjesson-Hanson, A., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2011). One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3):284-291.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausin, B., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., ... Härter, M. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>
- Cohen, A., Gilman, S.E., Houck, P.R., Szanto, K., & Reynolds, C.F. 3rd (2009). Socioeconomic status and anxiety as predictors of antidepressant treatment response and suicidal ideation in older adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44:272-277.
- Dahlberg, L. (in press). Editorial: Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*. doi:10.1080/13607863.2021.1875195.
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2020). Systematisk översikt över longitudinella riskfaktorer för ensamhet (kapitel 3). I: Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet
- Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Dahlberg, L., Ahlström, G., Bertilsson, G., & Fahlström, G. (2019). Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorgen (Vol. Report 306/2019). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.
- Eid, R.S., Gobinath, A.R., & Galea, L.A.M. (2019). Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in Neurobiology*, 176:86-102, <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2019.01.006>
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5): 647-658.
- Fokkema, T., Gierveld, J. D., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *Journal of Psychology*, 146(1-2), 201-228.
- Folkhälsomyndigheten (2014). Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer: Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (Länkar till en externa sida.). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2019a). Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer: en genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/85e04b9f6cde4e8daa2894d389ade1ad/skillnader-psykisk-ohalsa-aldre-personer.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2019b). Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/>
- Folkhälsomyndigheten (2020). Statistik psykisk hälsa. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
- Fors, S., Lennartsson, C., Agahi, N., Parker, M.G., & Thorslund, M. (2013). Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen*, 110, s. 1-3.
- Forsman, A.K., Nordmyr, J., Matosevic, T., Park, A.L., Wahlbeck, K., & McDavid, D. (2018). Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions. *Health Promotion International*, 1;33(6):1042-1054. doi: 10.1093/heapro/dax047. PMID: 28973587.
- FORTE (2017). Ängest och depression hos äldre. Forskning i korthet #8. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- FoU nu (2018) Stödinsatser för äldre som har eller riskerar psykisk ohälsa: Delprojekt 1. Rapport. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/stockholmslan/wp-content/uploads/2018/10/Delrapport-1-Sto%CC%88dinsatser-fo%CC%88r-a%CC%88ldre.pdf>
- FoU Nordost. (2018). Upptäcka signaler om och att initiera åtgärd vid psykisk ohälsa hos äldre personer – en kvalitativ studie. (Delrapport 4. Kartläggning Uppdrag Psykisk Hälsa i Stockholms län)
- Frank, A. & Dahlberg, L. (2020). Interventioner för att minska ensamhet bland äldre personer (Kapitel 5). I Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Gould, R.L., Coulson, M.C., & Howard, R.J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 2012; 60: 218-29.
- Guerrera, C.S., Furneri, G., Grasso, M., Caruso, G., Castellano, S., Drago, F., Di Nuovo, S., & Caraci, F. (2020). Antidepressant Drugs and Physical Activity: A Possible Synergism in the Treatment of Major Depression? *Frontiers in Psychology*, 11:857 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00857>
- Haglund, A. (2015). Suicidal behaviour in three high-risk populations. *Epidemiological and clinical cohort studies*. Doktorsavhandling. Institutionen för Klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Haigh, E.A.P., Bogucki, O.E, Sigmon, S.T., & Blazer, D.G. (2018). Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1):107-122.
- Haynie, D.A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S.H. (2001). Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences Social Sciences*, 56(2): 111-118.

- Heinzel, S., Lawrence, J.B., Kallies, G., Rapp, M., & Heissel, A. (2015). Using exercise to fight depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28(4):149–162.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
- Jonson, M., Skoog, I., Marlow, T., Mellqvist Fässberg, M., & Waern, M. (2012). Anxiety symptoms and suicidal feelings in a population sample of 70-year-olds without dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(11):1865–1871.
- Jönson, H. (ed.), Alftberg, Å., Andersson, J., Bildtgård, T., Ekstam, L., Harnett, T., Heikkinen, S., Hydén, L.-C., Jönson, H., Krekula, C., Möllergren, G., Nilsson, G., Nilsson, K., Nyman, R., Rahman, A., Seidl, C., Snellman, F., Storm, P., Torgé, C.J., & Öberg, P. (2021). *Perspektiv på ålderism*. Social Work Press, Lund.
- Karlsson, B., Johnell, K., Sigström, R., Sjöberg, L., & Fratiglioni, L. (2016). Depression and depression treatment in a population-based study of individuals over 60 years old without dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(8):615-23.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26(4):331-40
- Kristiansen, M., Razum, O., Tezcan-Güntekin, H., och Krasnik, A. (2016). Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Reviews*, 37:20. DOI 10.1186/s40985-016-0036-1
- Larsson, E., Padyab, M., Larsson-Lund, M., & Nilsson, I. (2016). Effects of a social internet-based intervention programme for older adults: an explorative randomised crossover study. *The British Journal of Occupational Therapy*, 79(10):629-636
- Leigh-Hunt, N., et al., (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152: 157-171
- Lennartsson, C. (2020). Sammanfattning av forskningen rörande konsekvenser av ensamhet för ohälsa och dödlighet (Kapitel 2). I Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Lennartsson, C., Rehnberg, R., McKee K., & Dahlberg, L. (2020). Förekomst och riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer i Norden (Kapitel 4). I Dahlberg, L., & Lennartsson, C. (red.) (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Lennartsson, C., & Fors, S. (2018). Sociala skillnader i hälsa bland äldre. I: Rostila M, Toivanen S (red). *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm, Liber.
- Lykes, V. A., & Kimmelmeier, M. (2014). What Predicts Loneliness? Cultural Difference Between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Pirkola, S., Pena, S., Saarni, S., et al. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up—Results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*, 173:73-80.
- Mellqvist Fässberg, M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapiere, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Ageing & Mental Health*, 20 (2): 166–194. DOI: 10.1080/13607863.2015.1083945
- Miller, K.J., Gonçalves-Bradley, D.C., Areerob, P., Hennessy, D., Mesagno, C., & Grace, F. (2020). Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 58, 100999, <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100999>.
- Niclasen, J., Lund, L., Obel, C., & Larsen, L. (2019). Mental health interventions among older adults: A systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019;47(2):240-250. doi:10.1177/1403494818773530
- Nilsen, C., Agahi, N., von Saenger, I., Österman, J., Hedberg Rundberg, Å., & Lennartsson, C. (2019). Hur mår stockholmarna efter 65? Beskrivning av hälsa och levnadsvanor 2002—2018. Stiftelsen Stockholms läns Aldrecenterum 2019:3, <https://aldrecenterum.se/enskilt-dokument/hur-mar-stockholmarna-efter-65-beskrivning-av-halsa-och-levnadsvanor-2002-2018/>
- Nilsson, J., Östling, S., Waern, M., Karlsson, B., Sigström, R., Guo, X., et al. (2012). The 1-month prevalence of generalized anxiety disorder according to DSM-IV, DSM-V, and ICD-10 among nondemented 75-year-olds in Gothenburg, Sweden. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11):963-72.
- Nilsson, J., Sigström, R., Östling, S., Waern, M. & Skoog, I. (2019). Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34: 249-257.
- Nyqvist, F., Nygard, M., & Scharf, T. (2019). Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *European Journal of Ageing*, 16(2), 133–143. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0487-y>
- O’Lunaigh, C., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12):1213-1221.
- Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puukka, K.H., & Pöntinen, S. (2008). Alleviating loneliness among frail older people—findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10:26–34.
- Pålsson, S.P., Östling, S., & Skoog, I. (2001). The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychological Medicine*, 31(7):1159-68.
- Ranung, M., & Åhlfeldt, E. (2018). Att främja psykisk hälsa på kort och lång sikt. Projektresultat, implementering och hållbart utvecklingsarbete – en studie av ett stödprogram i äldreomsorgen. Nestor FoU-centers Skriftserie nr 01/18, http://www.nestorfo.se/nestor_publicationer/att-forebygga-psykisk-ohalsa-pa-kort-och-lang-sikt/
- Rhyner, K. T., & Watts, A. (2016). Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24(2), 234-246.
- Rieker, P.P., & Bird, C.E. (2005). Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol 60, Special Issue 2, S40–S47, https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S40

- Rolfner Suvanto, S. (2018). Psykisk ohälsa hos äldre. Stockholm, Gothia Kompetens.
- Rostila, M., & Toivanen, S. (red). (2108). Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm, Liber.
- Rostila, M., & Hjern, A. (2018). Migration och ojämlikhet i hälsa. I: Rostila M, Toivanen S (red). Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm, Liber.
- Rydberg Sterner, T., Gudmundsson, P., Sigström, R., Ahlner, F., Seidu, N., Zettergren, A., Kern, S., Östling, S., Waern, M., & Skoog, I. (2019). Depression and neuroticism decrease among women but not among men between 1976 and 2016 in Swedish septuagenarians. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139: 381–394.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2009). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5: 16–24.
- SBU (2004). Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Volym 1.
- SBU (2015). Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 233. ISBN 978-91-85413-76-8.
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A-R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H-X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221: 123-131.
- Sjöberg, L. (2018). Using a life-course approach to better understand depression in older age. Doktorsavhandling. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet.
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7):387-97
- Socialstyrelsen (2008). Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamhet och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016a). Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-2-23.pdf>
- Socialstyrelsen (2016b). Statistik om särskilt boende. Art.nr: 2016-12-5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre: Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>
- Solhaug, H.I., Romuld, E.B., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population—the HUNT study. *International Psychogeriatrics*, 24(1):151-8.
- SOU (2017:21). Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- SOU (2020:80). Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- Statistikmyndigheten, SCB (2021a). Sveriges framtida befolkning 2021–2070, Demografiska rapporter 2021:1. https://www.scb.se/contentassets/c25319b4baa34f5d94b91edfe2034d6d/be0401_2021i70_br_be51br2101.pdf
- Statistikmyndigheten, SCB (2021b). Data från statistikdatabasen: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0701/LivsUtbfLland/
- Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*, 57(2):113-8.
- Sundberg, L., Agahi, N., Fritzell, J., & Fors, S. (2016). Trends in health expectancies among the oldest old in Sweden, 1992–2011. *European Journal of Ageing* 26(6):1069–1074
- Swader, C. S. (2019). Loneliness in Europe: Personal and societal individualism collectivism and their connection to social isolation. *Social Forces*, 97(3), 1307–1336.
- Vårdanalys (2016). Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningens utmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Waern, M., Runeson, B.S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., & Wilhelmsson, K. (2002). Mental disorder in elderly suicides: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 159(3):450–455.
- Wiberg, P., Waern, M., Billstedt, E., Östling, S., & Skoog, I. (2013). Secular trends in the prevalence of dementia and depression in Swedish septuagenarians 1976–2006. *Psychological Medicine*, 43(12):2627-2634.



Mind har tagit fram denna rapport med syftet att ge en aktuell bild av forskning och studier kring hur den psykiska hälsan hos äldre vuxna ser ut, samt hur ålderism och stereotypa normer kring äldre påverkar såväl privatpersoner som yrkesverksamma. Vi har

också sammanställt rekommendationer vad gäller hur psykisk ohälsa i relation till hög ålder kan förebyggas. Genom denna rapport vill Mind öka kunskapen och medvetenheten om psykisk hälsa hos allt från beslutsfattare till äldre personer själva.

