

Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer

En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie



Folkhälsomyndigheten



Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. En genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2019.

Artikelnummer: 19011

Om publikationen

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det bidrar Folkhälsomyndigheten till bland annat genom att följa hälsoläget i olika befolkningsgrupper och genom att sammanställa forskning om de faktorer som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa. Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är dock fortfarande begränsad. Därför fick myndigheten år 2016 ett uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa – ett uppdrag som även faller inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa. Innehållet i den här rapporten är ett bidrag till den kunskapsammansättningen och behandlar specifikt området psykisk ohälsa bland äldre personer.

I denna rapport sammanställs kunskap om skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre personer (65 år och äldre). Rapporten inleds med en generell beskrivning av den åldrande befolkningen och psykisk ohälsa bland äldre utifrån svensk och nordisk litteratur. Därefter redovisas resultaten från de två delprojekt som utgör kärnan av rapporten. Det första delprojektet utgör en begränsad kartläggande litteraturöversikt av internationell forskning om skillnader i depression bland äldre personer. Det andra delprojektet utgör en kvantitativ analys av surveydata, där förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre personer i Sverige, hur förekomsten av psykisk ohälsa har förändrats över tid samt hur den skiljer sig mellan olika grupper av äldre studeras.

Rapporten har tagits fram av Carin Lennartsson, docent, Stefan Fors, docent, Josephine Heap, Fil. dr. och Louise Sundberg, doktorand, alla verksamma vid Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms Universitet.

Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Sara Fritzell och Nadja Trygg vid enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor.

Innehållsförteckning

Förkortningar och centrala begrepp.....	7
Sammanfattning.....	9
Summary.....	11
Differences in mental health problems among older people: a review and epidemiological study.....	11
Inledning	13
Den demografiska utvecklingen	14
Vård och omsorg	18
Psykisk ohälsa i den äldre delen av befolkningen	19
Del 1: Kartläggande litteraturoversikt	23
Syfte	23
Metod.....	23
Resultat.....	23
Diskussion	30
Del 2: Epidemiologisk studie.....	32
Syfte	32
Metod.....	32
Resultat.....	33
Sammanfattande diskussion	40
Slutord	41
Referenser	43
Bilagor.....	47
Bilaga 1. Metod för litteraturoversikten	47
Bilaga 2. Söksträngar	50
Bilaga 3. Kvalitetsgranskning	51
Bilaga 4. Översiktstabell	52
Bilaga 5: Metod för den epidemiologiska studien	54
Bilaga 6. Validering av enskild fråga i SWEOLD för skattning av depressiva symptom....	62
Bilaga 7: Resultat från den epidemiologiska studien.....	63

Förkortningar och centrala begrepp

PECO

Ramverk för strukturering av forskningsfrågan vid systematiska litteraturöversikter.

AMSTAR

Mätinstrument med kriterier för bedömning av kvaliteten i systematiska litteraturöversikter.

MeSH-termer

Termer från ämnesordlistan MeSH (Medical Subject Headings), som används i databasen PubMed (den största medicinska referensdatabasen).

SWEOLD

Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old / Undersökningen om äldres levnadsvillkor. Svensk riksrepresentativ surveyundersökning av befolkningen i åldern 77+.

LNU

Levnadsnivåundersökningen. Svensk riksrepresentativ surveyundersökning av befolkningen 18–75 år.

GDS-4

Geriatric Depression Scale, 4 items. Screeninginstrument för depression hos äldre personer.

ADL

Activities of Daily Living / Aktiviteter i det dagliga livet.

iADL

Instrumental Activities of Daily Living / Instrumentella aktiviteter i det dagliga livet, t.ex. olika hushållsbestyr.

pADL

Personal Activities of Daily Living / Personliga aktiviteter i det dagliga livet, t.ex. att sköta sin hygien.

MMSE

Mini Mental State Examination. Ett screeninginstrument för demenssjukdomar, mäter kognitiv förmåga.

MMSE-SF-C

Förkortad version av MMSE.

AME

Average Marginal Effects. Ett statistiskt mått på skillnaden mellan olika grupper i sannolikheten för ett givet utfall.

Psykisk ohälsa

I denna rapport har begreppet psykisk ohälsa använts framför allt för att referera till

depression, depressiva symptom, ångestsymtom och ångestsjukdomar. Användning av specifika begrepp såsom depression och depressiva symptom beskrivs i de olika avsnitten.

Sammanfattning

Sverige har, liksom världen i stort, en åldrande befolkning. Allt fler får chansen att uppnå både den allmänna pensionsåldern och en ålder av 75 år eller äldre. Detta innebär att det genomsnittliga antal år som en person lever i hög ålder har ökat över tid. Det är väl belagt att hälsoproblem i form av fysisk ohälsa och funktionsförmåga är vanligare bland äldre personer än yngre. Det är däremot svårt att få en entydig bild av hur vanligt psykisk ohälsa är bland äldre. Skattningarna varierar mellan olika studier, bland annat beroende på skillnader i vilka mätinstrument som använts och vilka studiepopulationer som analyserats. Depression är dock så pass vanligt bland äldre att det kan sägas vara ett folkhälsoproblem.

I denna rapport sammanställs kunskap om skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre personer (65 år och äldre). Rapporten inleds med en generell beskrivning av den åldrande befolkningen och psykisk ohälsa bland äldre utifrån svensk och nordisk litteratur. Därefter, i den första delen, presenteras resultaten av en kunskapssammanställning, där befintlig internationell forskning om skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer (65 år och äldre) sammanställs i en begränsad kartläggande litteraturöversikt. I den andra delen presenteras resultaten av en kvantitativ analys av surveydata med fokus på förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre personer (75 år och äldre) i Sverige, hur förekomsten av psykisk ohälsa har förändrats över tid samt hur den skiljer sig mellan olika grupper av äldre. I de studier som ingår i litteraturöversikten operationaliseras psykisk ohälsa på en mängd olika sätt – som sammanfattningsvis benämns depression. I den empiriska studien studeras självrapporterade depressiva symptom samt ångslan, oro, ångest (i rapporten benämnt ångest). När vi beskriver resultat av litteraturöversikten och den empiriska studien sammantaget så benämns utfallen sammantaget som psykisk ohälsa.

Resultaten från de olika delarna av rapporten åskådliggör en betydande variation i fördelningen av psykisk ohälsa hos äldre personer i Sverige. Trots en del motstridiga resultat i tidigare studier, pekar resultaten från både litteraturöversikten och den epidemiologiska studien på att äldre kvinnor har mer psykisk ohälsa i form av depression, depressiva symptom och ångest. Resultaten från den epidemiologiska studien visar att under åren 1992–2014 rapporterades ångestproblem av i genomsnitt 33 procent av de äldre svenska kvinnorna och 20 procent av de äldre svenska männen. Depressiva symptom rapporterades av i genomsnitt 18 procent av kvinnorna och 12 procent av männen. En ökning av depressiva symptom observerades bland både äldre svenska kvinnor och män under denna period.

Skillnader i psykisk ohälsa finns också mellan olika grupper av äldre utifrån socioekonomiska och sociala förhållanden. Resultaten från litteraturöversikten indikerar att psykisk ohälsa är vanligare bland äldre personer som bor i socioekonomiskt utsatta bostadsområden, jämfört med de som bor i områden som

inte är socioekonomiskt utsatta. Både litteraturöversikten och den epidemiologiska studien visar att äldre personer med kortare utbildning har en högre risk att rapportera symptom på psykisk ohälsa (självrapporterade mått på ångest och depression) än de med längre utbildning. Dessutom visar den epidemiologiska studien att psykisk ohälsa i form av självrapporterad ångest och depression är vanligare bland äldre personer som uppger att de saknar kontantmarginal, och därmed har en svagare ekonomisk ställning, jämfört med de som inte saknar kontantmarginal.

Resultaten från både litteraturöversikten och den epidemiologiska studien visar även att psykisk ohälsa är vanligare bland äldre personer som bor i särskilt boende än de som inte gör det. Vidare har personer som är ogifta eller ensamboende i oftare psykisk ohälsa än de som är gifta eller sammanboende. Resultaten från den epidemiologiska studien indikerar också att sannolikheten för depressiva symptom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en äldre person är.

Resultaten från litteraturöversikten visar dessutom på ett samband mellan psykisk ohälsa hos äldre, framför allt depression, och olika former av fysisk ohälsa. Sammanfattningsvis finns skillnader i depression mellan äldre personer med och utan vissa sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Utifrån svenska data visar den epidemiologiska studien att bland äldre personer som inte klarar av sina hushållssysslor är självrapporterade depressiva symptom vanligare än bland personer som klarar dessa sysslor på egen hand.

Slutligen pekar de sammantagna resultaten på att äldre personer med tidigare psykisk ohälsa har högre risk för psykisk ohälsa även sent i livet. Den epidemiologiska studien visar exempelvis att det framför allt är äldre personer som rapporterat ångestproblem tidigare i livet som löper en högre risk att rapportera både ångest och depressiva symptom sent i livet.

Med ledning av resultaten är det vissa grupper av äldre personer som är särskilt viktiga att uppmärksamma i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa hos äldre. Det är äldre kvinnor, ensamboende och ogifta äldre, äldre med låg socioekonomisk position, äldre som bor i särskilt boende, äldre som är mer socialt isolerade samt äldre med fysisk ohälsa och funktionsnedsättningar. Många gånger ses symptomen på psykisk ohälsa som en del av åldrandet och uppmärksammas varken av den äldre personen själv, av anhöriga eller av sjukvårds- och omsorgspersonal. Utmaningen för det förebyggande arbetet ligger i att identifiera äldre personer som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa, samt skapa förutsättningar för att motverka negativa konsekvenser av sociala förändringar och försämrad hälsa och funktionsförmåga. Dessa förändringar är naturliga delar av att åldras, men kan också öka risken för psykisk ohälsa.

Summary

Differences in mental health problems among older people: a review and epidemiological study

In Sweden and worldwide, the population is ageing. More people reach both the general retirement age and an age of 75 years and older. This means that the mean number of years a person lives in old age has increased over time. It is well documented that the prevalence of health problems is higher among older than younger people. It is, however, difficult to map out how common mental health problems are among older people. Estimates vary across studies, depending partly on differences in measurement tools and study populations. Still, the national board of health and welfare has estimated that depression is so common in the older population that it constitutes a public health problem. Moreover, the prevalence of mental health problems varies substantially between subgroups of the older population.

In this report, we have summarized research on inequalities in the distribution of mental health problems between different groups of the older population (65 and older). First, an overview of Nordic studies of the prevalence of mental health problems is presented in the introduction. Part one of the report describes a systematic review of international research on inequalities in mental health problems, and part two presents an epidemiological study of mental health problems in the older Swedish population. The epidemiological study is based on survey data of a nationally representative sample of older people in Sweden, conducted between 1992 and 2014.

The analyses in the epidemiological study show that during the period 1992-2014, problems with anxiety were, on average, reported by 33 per cent of the women and 20 per cent of the men in the sample. Depressive symptoms were, on average, reported by 18 per cent of the women and 12 per cent of the men. Among both women and men, an increase in the reporting of depressive symptoms was found during the studied period.

The results from this report highlights a considerable variation in the distribution of mental health problems. Despite some contradictory findings in previous studies, results from both the systematic review and the epidemiological study suggest that mental health problems are more common in women than in men. Inequalities in the distribution of mental health problems were also found between groups of different socioeconomic positions and social situations. Previous research shows that mental health problems are more common among people who live in socioeconomically disadvantaged areas than among people who live in privileged areas. Both the systematic review and the epidemiologic study suggest that older people with lower education have a higher probability of experiencing mental health problems than people with higher education. Furthermore, the epidemiologic study showed that mental health problems are more common among people who

lack a cash margin and thus have a more precarious financial situation than among people with a more secure financial situation.

Altogether, results also show that mental health problems are more common among people who live in nursing homes or other care settings than among people who do not. Moreover, people who are not married or cohabiting have a higher probability of experiencing mental health problems than people who are married or cohabiting. The epidemiologic study also indicated that the probability of anxiety and depressive symptoms is higher the more socially isolated a person is.

In addition, the literature shows associations between mental health problems, particularly depression, and different kinds of physical health problems. In summary, there are differences in the prevalence of depression between people who have certain diseases, illnesses and functional limitations and people without such health problems. The epidemiologic study showed that among people who have functional limitations that make them dependent on help to manage their everyday activities, the prevalence of mental health problems is higher than among people who can manage their everyday activities by themselves.

Finally, the overall results indicate that people who have experienced mental health problems earlier in life constitute a group that is vulnerable for mental health problems in late life. The epidemiologic study showed that people who previously had reported anxiety problems have a particularly high probability of reporting both anxiety and/or depressive symptoms in late life.

Following the results, certain groups of older people are particularly important to acknowledge in the work concerning mental health; women, people who live alone, those with low socioeconomic position, those who live in nursing homes or other care settings, those more socially isolated, those with poor physical health and those with disabilities. Many times the symptoms of mental health problems are seen as a part of aging and are not recognized by the older person herself, by relatives or by health care staff. The challenge is to identify older persons who have or are at risk of developing mental health problems, and create preconditions to counteract negative consequences of social changes and impaired health and functional ability. These changes are natural parts of aging but may also increase risk of mental health problems.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Inledning

Det är väl känt att hälsoproblem är vanligare bland äldre personer än yngre. Alla äldre har dock inte hälsoproblem i samma grad och omfattning. Både nationell och internationell forskning har visat att betydande hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället kvarstår högt upp i åldrarna (2, 3). Studier på befolkningsnivå om äldres psykiska ohälsa är begränsade, även om fler studier har kommit under senare tid.

Utifrån den befintliga litteraturen på området är det svårt att få ett entydigt svar på hur vanligt det är med psykisk ohälsa bland äldre personer i Sverige. Det beror delvis på att definitionen varierar mellan olika studier; i vissa studier är ”äldre personer” mellan 50 och 70 år, i andra studier är ”äldre personer” 80 år och äldre. Studier kan också bygga på ett urval som inte motsvarar en representativ population av äldre. Exempelvis exkluderas ibland personer över 85 år, de som bor på särskilt boende eller de som inte på egen hand kan delta i studien. Dessutom används en mängd olika definitioner av psykisk ohälsa. Skillnader finns också i befintliga screeninginstrument, diagnoser och grader av psykisk ohälsa, vilket gör det svårt att säga hur vanligt psykisk ohälsa är.

Socialstyrelsen har i en rapport konstaterat att olika symptom på psykisk ohälsa, enligt olika sätt att mäta, är förhållandevis vanligt i den äldre befolkningen (1, 4). Exempelvis bedömdes depression vara så pass vanligt bland äldre att det kan sägas utgöra ett folkhälsoproblem (1). Trots att psykisk ohälsa leder till en rad olika negativa levnadsförhållanden och försämrad livskvalitet, är vetskapen om äldres psykiska ohälsa på befolkningsnivå otillräcklig. Det behövs bland annat mer befolkningsbaserade studier för att kartlägga förekomsten av psykisk ohälsa och följa upp utvecklingen över tid, samt ökad kunskap om olika bestämningsfaktorer betydelse för psykisk ohälsa hos äldre personer (5).

Syftet med denna rapport är att:

- sammanställa befintlig och ta fram ny kunskap om psykisk ohälsa bland äldre personer i Sverige
- beskriva hur förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre personer har förändrats över tid samt dess bestämningsfaktorer.

Arbetet genomsyras av ett jämlikhetsperspektiv.

Rapporten inleds med en generell beskrivning av den åldrande befolkningen och psykisk ohälsa bland äldre. Därefter redovisas de två delprojekten som ligger till grund för rapporten. I den första delen presenteras resultaten av en begränsad kartläggande litteraturöversikt, där befintlig internationell forskning om skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer sammanställts. I den andra delen presenteras resultaten av en kvantitativ analys av surveydata, där förekomsten av psykisk ohälsa i form av depressiva symptom och ångest bland äldre personer i Sverige, och hur förekomsten har förändrats över tid samt hur den skiljer sig mellan olika grupper av äldre presenteras.

Den demografiska utvecklingen

Sveriges, liksom världens, befolkning blir allt äldre. Orsakerna till detta är både en minskad andel yngre personer till följd av låga fertilitetstal, och en hög och ökande medellivslängd som förskjuter och ökar befolkningen högre upp i åldrarna. Från början av 1900-talet och fram till i dag har medellivslängden ökat med 30 år, för kvinnorna från knappt 54 år till 84 år och för männen från drygt 50 år till 80 år (6). Det är främst förbättrade levnadsförhållanden och medicintekniska framsteg som bidragit till denna ökning. Fram till mitten av 1950-talet var det huvudsakligen förbättrade levnadsförhållanden och därmed minskad dödlighet bland barn och ungdomar som låg bakom den ökade medellivslängden, men sedan dess är det främst en minskad dödlighet i kroniska sjukdomar bland äldre som har lett till en fortsatt ökad medellivslängd.

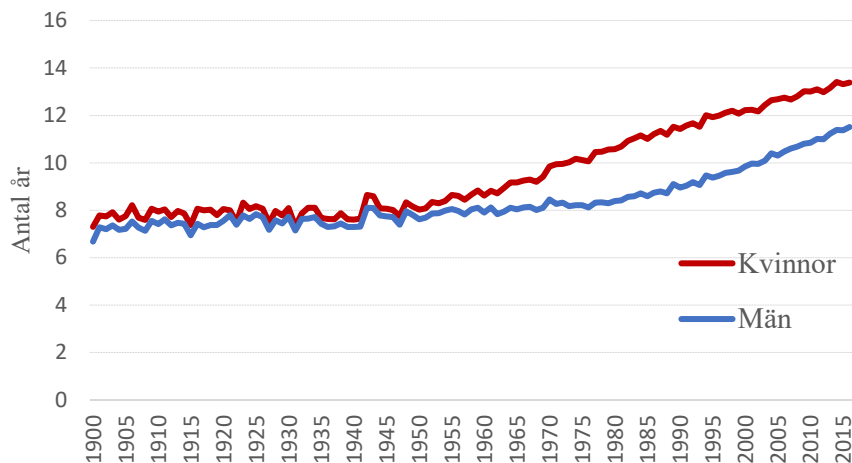
Från år 1900 fram till 1950-talet ökade medellivslängden parallellt för kvinnor och män. Men under andra hälften av 1900-talet, i närmare tre decennier, ökade medellivslängden signifikant för kvinnor medan utvecklingen endast var svagt positiv för män. Den stagnerade utvecklingen bland män berodde huvudsakligen på en ökning av dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar bland medelålders män, men även en relativt hög cancerdödlighet bland äldre män och dödlighet i olyckor bland yngre män. Denna utveckling medförde således en ökad könsskillnad i medellivslängd, och i slutet av 1970-talet var skillnaden mellan kvinnor och män drygt 6 år. Från slutet av 1970-talet har männens livslängd ökat något mera än kvinnornas. År 2016 var skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män 3,7 år.

Medellivslängden bland kvinnor och män

Medellivslängden har ökat kontinuerligt bland äldre personer. Sedan mitten av förra seklet har ökningen varit påtaglig för kvinnorna och från slutet av 1970-talet även för männen. Fler och fler uppnår en hög ålder och numera bidrar även minskade dödsrisker i mycket hög ålder till den ökade medellivslängden. De som uppnått en ålder på 75 år kan i dag förvänta sig att få leva i drygt 12 år till. Det kan jämföras med år 1900 när den återstående förväntade livslängden vid 75 år var nästan 7 år, eller 1950 då den var knappt 8 år.

Könsskillnaderna i förväntad livslängd vid 75 år följer samma mönster som medellivslängden från födseln, men skillnaderna har varit betydligt mindre. Fram till början av 1960-talet handlade skillnaderna om några månader till kvinnornas fördel. Skillnaderna ökade sedan under en längre period från cirka 1 år till 2,5 år. Under senare tid är skillnaderna i återstående livslängd vid 75 år knappt 2 år (Figur 1).

Figur 1. Återstående livslängd vid 75 år. Kvinnor och män. År 1900–2016. Källa: Statistiska centralbyrån.



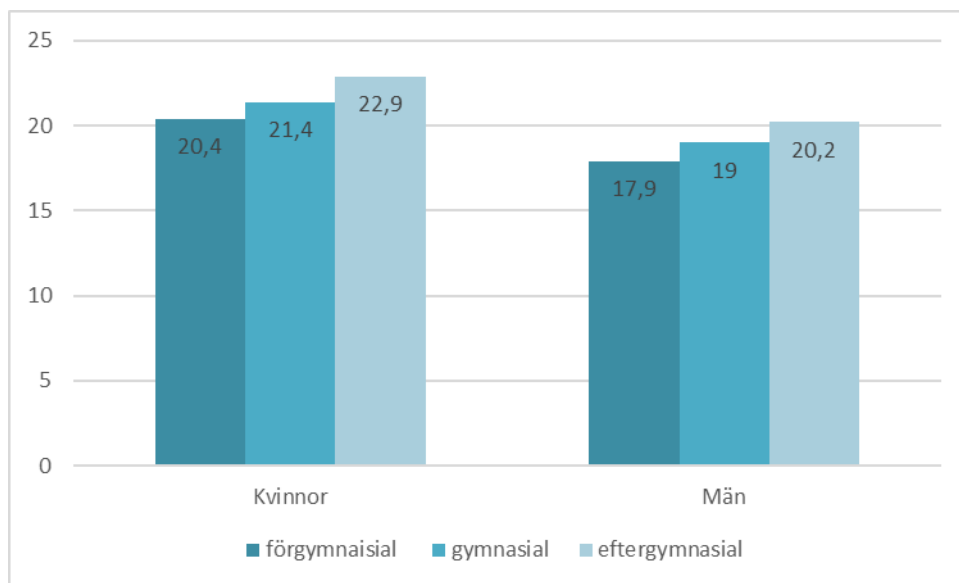
Medellivslängden i olika utbildningsgrupper

Sannolikheten att leva ett långt liv skiljer sig inte bara mellan kvinnor och män. Det finns även betydande skillnader i förväntad livslängd mellan olika socioekonomiska grupper. Personer med lång utbildning, tjänstemannayrken och höga inkomster, har i genomsnitt lägre dödsrisk än personer med kortare utbildning, arbetarklassyrken och lägre inkomster. Dessa skillnader i dödlighet är väl dokumenterade och förekommer i många länder.

Enligt beräkningar från Statistiska centralbyrån (SCB) är skillnaderna i återstående medellivslängd vid 65 år efter utbildningsnivå betydande och följer en tydlig gradient (Figur 2). Vid 65 års ålder är den återstående medellivslängden för kvinnor med förgymnasial utbildning 20,4 år, vilket kan jämföras med 22,9 år för kvinnor med eftergymnasial utbildning. Skillnaden är således 2,5 år. För männens del ser mönstret likadant ut, men den återstående medellivslängden vid 65 år är något kortare. Som framgår av figuren kan i dag en man vid 65 års ålder med lång utbildning förvänta sig leva i ungefär lika många år som en kvinna med kort utbildning i samma ålder. I Sverige har skillnaderna i återstående medellivslängd vid 65 års ålder mellan grupper med olika utbildningsnivå ökat sedan början av 2000-talet (7).

I studier av levnadsförhållanden och hälsa bland äldre är det således viktigt att komma ihåg att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Dödligheten är ojämnt fördelad och fler personer från socialt privilegierade grupper överlever till hög ålder än andra.

Figur 2. Återstående medellivslängd vid 65 års ålder efter kön och utbildningsnivå 2012–2014. Källa: Statistiska centralbyrån.



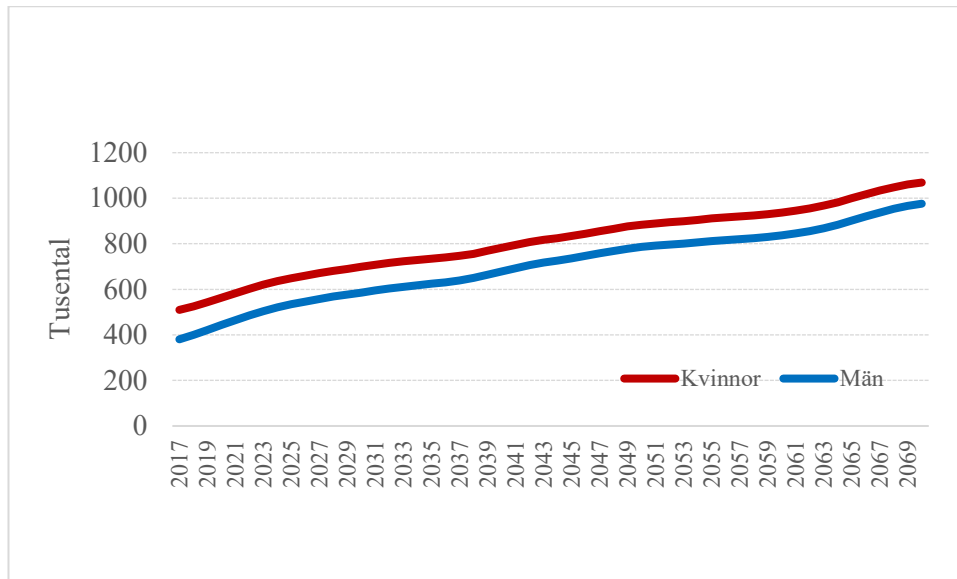
Demografisk prognos

År 2017 var den förväntade livslängden vid 75 år 13,4 år för kvinnor och 11,5 år för män. Enligt de antaganden som SCB gör kommer den förväntade livslängden vid 75 år att fortsätta öka, och år 2070 förväntas den vara 17 år för kvinnorna och 15,5 år för männen. Enligt antagandena kommer även könsskillnaderna att minska och förväntas vid periodens slut ligga på 1,5 år till fördel för kvinnorna.

Befolkningens sammansättning

Den ökande medellivslängden tillsammans med låga födelsetal innebär att befolkningen åldras. Siffror från Statistiska centralbyrån visar att antalet äldre personer har ökat, och prognosen visar även att ökningen kommer att fortsätta (Figur 3). I dag är antalet personer över 75 år cirka 890 000; år 2070 beräknas drygt 2 miljoner av Sveriges befolkning vara över 75 år.

Figur 3. Prognos för antal i befolkningen 75 år och äldre 2017–2070. Källa Statistiska centralbyrån.



Det är inte bara antalet äldre över 75 år som kommer att öka, även andelen kommer att öka. I dag utgör andelen över 75 år 8,7 procent av den totala befolkningen, och om 50 år beräknas andelen ha ökat till 15 procent. Det innebär att nästan var sjätte invånare då kommer att vara 75 år eller äldre. Även om antalet i yrkesverksam ålder (20–64 år) kommer att öka i framtiden, är ökningen proportionerligt större i de äldre åldersgrupperna. Antalet barn och ungdomar beräknas vara konstant under den kommande 50-årsperioden.

I varje åldersgrupp fram till ålderspensionen finns det färre kvinnor än män, men därefter är det klart fler kvinnor än män och andelen kvinnor blir allt större högre upp i åldrarna. Förklaringen till detta är att det föds färre flickor än pojkar, samtidigt som kvinnor lever längre än män. Kvinnorna utgör cirka 57 procent av befolkningen över 75 år.

Eftersom kvinnorna lever längre än männen och ofta har en äldre partner, lever kvinnorna i genomsnitt fler år som ensamboende än vad männen gör. Det är också fler kvinnor än män som bor på särskilt boende. I åldrarna över 75 år bor 58 procent av kvinnorna ensamma, jämfört med 30 procent av männen. En annan stor könsskillnad är att av samtliga män bor 7 av 10 med sin partner när de avlider, vilket kan jämföras med 26 procent av samtliga kvinnor.

Dagens äldre över 75 år har i genomsnitt längre utbildning än tidigare generationer. År 2017 hade 58 procent av samtliga över 75 år mer än grundläggande utbildning. Utbildningsnivåerna kommer också de närmaste decennierna att stiga markant i och med att nya generationer med lång utbildning närmar sig 75 års ålder. Personer med enbart grundutbildning utgör således redan i dag en mindre del av befolkningen, samtidigt som den högutbildade gruppen har vuxit och fortsätter att växa. Generellt sett har denna process bidragit till en förbättrad folkhälsa och en successivt ökande livslängd (8).

Vård och omsorg

Eftersom medellivslängden ökat, utgör perioden efter 75 år i dag en betydande del av en genomsnittlig persons vuxna liv. Det finns dock en stor variation i hur levnadsförhållanden och hälsa ser ut i denna åldersgrupp. Kvinnor och män, ensamboende och samboende, och personer med olika socioekonomisk bakgrund har olika livshistorier och uppvisar olika hälsomönster över livet, något som påverkar såväl olika levnadsförhållanden som hälsan på äldre dagar. Även bland äldre personer sker förändringar inom många aspekter av livet i takt med stigande ålder, oftast med försämrad hälsa och livssituation som följd. Det är dock stora sociala skillnader i när och hur dessa förändringar sker. Ett tydligt tecken är dock att för de allra flesta karaktäriseras den sista delen av livet av sjuklighet och nedsatt funktionsförmåga och därmed ett ökat behov av vård och omsorg.

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens äldreomsorg är delar av den svenska välfärden. En stor del av välfärdsstatens resurser riktas mot den äldre delen av befolkningen. Det ökade antalet och andelen äldre personer innebär sannolikt att behovet av offentligt finansierad vård och omsorg kommer att öka. Detta kommer sannolikt att medföra stora utmaningar för samhället, dels för vård- och omsorgssystemens finansiering och utformning, dels för pensionssystemet som ska finansiera pensionerna för en växande grupp.

Den offentligt finansierade omsorgen kan vara i form av dels hjälp i hemmet, dels plats i särskilt boende, dagverksamhet och annat bistånd, om den äldre personen inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat håll. Sedan i början av 2000-talet har andelen äldre personer som får offentlig äldreomsorg varit konstant, samtidigt som andelen äldre personer som bor i särskilt boende har minskat (9, 10). Ungefär en av tio personer över 75 år bor i särskilt boende. Andelsmässigt är det fler kvinnor än män som bor i särskilt boende, och kvinnorna är i genomsnitt äldre än männen när de beviljas plats där (11).

Under de senaste decennierna har antalet platser i särskilt boende och antalet vårdplatser på sjukhus minskat kraftigt. Detta har resulterat i en allt hårdare bedömning av när en person anses vara i sådant behov av vård och omsorg som krävs för att få flytta till särskilt boende. Oavsett grad av hälsoproblem och typ av funktionsnedsättning bor allt fler äldre hemma och vårdas av hemtjänstens och hemsjukvårdens personal (10).

Allvarligare former av psykisk ohälsa hos äldre kräver ofta både somatiska och psykiatriska vårdinsatser, eftersom deras behov ofta är mera komplexa än yngre personers. Trots att depression är vanligare än demenssjukdomar bland äldre (12), är äldre underrepresenterade inom specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård. Men behandling av psykisk sjukdom hos äldre sker inte bara inom psykiatri, utan även inom bland annat internmedicin, kirurgi och geriatrik (4).

Olika huvudmän och verksamheter är berörda när det gäller behandling av äldre personer med psykisk ohälsa. Primärt är det psykiatri, geriatriken, primärvården,

socialtjänstens äldreomsorg och socialpsykiatri, och samverkan kan ibland vara problematisk (13).

Av de äldre i den specialiserade psykiatriska öppenvården, har de allra flesta tidigare behandlats för psykisk sjukdom i slutenvården och är därmed kända av vårdsystemet. Detta kan vara ett tecken på att nya fall av psykisk sjukdom bland äldre personer har svårt att bli kända och därmed komma under behandling inom den specialiserade psykiatriska öppenvården (4).

Generellt sett behandlas psykisk ohälsa bland äldre personer med läkemedel, men även med psykologisk behandling. Det saknas dock kunskap om hur äldre personer svarar på dessa behandlingsmetoder. Båda behandlingsformerna har kan ha viss effekt, men psykologisk behandling erbjuds sällan till äldre. I stället behandlas äldre personer för psykisk ohälsa oftare med läkemedel jämfört med yngre personer. Dessutom används ibland även psykofarmaka som är olämpliga för denna åldersgrupp (14).

Äldre personer behandlas ofta med läkemedel för en rad olika hälsoproblem (15, 16), trots utbredd information om att det med stigande ålder sker förändringar i kroppen som påverkar både effekten och koncentrationen av läkemedel. Risken för olika biverkningar med allvarliga konsekvenser är därmed vanligare i den äldre befolkningen (15).

Psykisk ohälsa i den äldre delen av befolkningen

Psykisk ohälsa bland äldre i Sverige är ett relativt obeforskat område, trots att exempelvis depression är så vanligt bland äldre att det beskrivits som ett folkhälsoproblem (1). Det har dock, både i Sverige och internationellt, framhållits att det finns en del svårigheter i att identifiera psykiska hälsobesvär hos äldre (1, 17). Detta beror bland annat på att bland äldre personer tenderar psykisk ohälsa att manifesteras som fysiska besvär (18). Flera ”icke-specifika” symptom på depression blir vanligare i högre åldersgrupper, såsom fysiska symptom (viktnedgång, trötthet och sömnbesvär) och kognitiva symptom (till exempel minskad koncentrationsförmåga) (19).

Demensdiagnoser kan också bidra till en underskattning av psykisk ohälsa bland äldre. Dels kan många symptom på psykisk ohälsa, exempelvis depression, ångest och psykotiska tillstånd, klassas som del av en demensdiagnos. Dels använder en del studier en så kallad diagnostisk rangordning, vilket gör att exempelvis depression inte kan vara en primär diagnos om demens satts som primär diagnos. Flera studier har funnit att depression och ångest är mindre vanligt bland personer med demens än bland personer som inte har demens (19). Eftersom andelen personer med demensdiagnos ökar i högre åldersgrupper, minskar andelen personer utan demens som kan diagnostiseras med depression som primär diagnos.

Förekomst av psykisk ohälsa

Förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre är därmed svår att ringa in. Prevalenser skiljer sig stort mellan studier, till stor del beroende på vilka mätinstrument som använts. Dessutom har själva åldersspannet varierat i studier av äldre personer, där långt ifrån alla studier inkluderat den allra äldsta delen av befolkningen. Många studier har dessutom använt lokala populationer som inte är riksrepresentativa.

Forskningen om psykisk ohälsa bland äldre har framför allt varit fokuserad på depression och depressiva symptom. I olika svenska undersökningar har prevalensen av depression varierat från knappt 1 procent till 29 procent i befolkningen över 60 år. Den stora variationen i prevalensskattningar kan bero på vilket screeninginstrument som använts, om diagnos har satts eller ej och om en distinktion har gjorts mellan olika svårighetsgrader av depression.

I studier av olika lokala svenska populationer där en depressionsdiagnos har satts, har förekomsten av svår depression uppskattats till knappt 1 procent bland 70- och 75-åringar (20) och drygt 4 procent bland personer 60 år och äldre (21). Förekomsten av lindrigare depression ligger på en högre nivå och varierar mellan 5 procent (20) och drygt 13 procent (21). En meta-analys av förekomsten av depression bland personer i åldrarna över 50 år i Europa och Nordamerika fann också stor variation i estimaten. I studien uppskattades en genomsnittlig prevalens på cirka 3 procent för svår depression (22).

Prevalensen av ångest och ångestsyndrom varierar också mellan svenska studier. Utifrån ett lokalt urval har prevalensen av olika ångestsjukdomar uppskattats till 4–9 procent bland personer som var 75 och 95 år (19, 23). I två andra studier, en regional och en nationell, uppskattas nivåerna av självrapporterad ångest och depression till 15–40 procent (24, 25). Precis som för depression är det stor variation i skattningarna även i den internationella litteraturen. En översiktsstudie fann stora variationer i prevalensen av ångest och ångestsymtom bland personer i åldern 60+ i olika västländer, vilket delvis förklarades av skillnader i konceptualisering och mätinstrument. Prevalensen för ångestsjukdomar i de granskade befolkningsstudierna varierade mellan cirka 1 och 15 procent, och ångestsymtom varierade mellan 15 procent och drygt 52 procent (26).

Studier av trender i förekomsten av psykisk ohälsa hos äldre över tid tycks vara sällsynta. Det finns därför få inget ordentligt för att uttala sig om huruvida psykisk ohälsa har blivit mer eller mindre vanligt i den äldre svenska befolkningen under de senaste decennierna, och det är viktigt att betona att trenderna kan se olika ut när det är olika former av psykisk ohälsa som studeras, men de studier som finns pekar på relativt oförändrade nivåer. En studie av trender i självrapporterad ångest i den svenska befolkningen mellan tidigt 1980-tal och tidigt 2000-tal visade att bland kvinnor i åldersgruppen 65–84 år var prevalensen ganska konstant, medan den ökade något bland män (25). Andra studier med riksrepresentativa data för personer 77 år och äldre har visat att förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa varit någorlunda oförändrad mellan tidigt 1990-tal och tidigt 2010-tal (2, 27).

En av de allvarligaste konsekvenserna av psykisk ohälsa är självmord. En svensk studie fann att i en grupp personer 65 år och äldre som begått självmord kunde någon form av psykisk ohälsa (framför allt depression) uppmätas i 97 procent av fallen (28). Samband mellan depression och självmord bland äldre har även funnits i andra studier (29). Studier har också funnit samband mellan självmordstankar och olika former av psykisk ohälsa hos äldre, oavsett om den mätts med kliniska diagnoser eller självrapporterade symptom (30-32). Både självrapporterade och diagnostiserade symptom på psykisk ohälsa är alltså relaterade till allvarliga utfall, och det finns all anledning till att beakta flera mått på psykisk ohälsa bland äldre.

Demografiska och socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa

En demografisk faktor som kan vara relaterad till psykisk ohälsa är ålder. Flera studier med riksrepresentativa data från nordiska länder har funnit att psykisk ohälsa är vanligast i de yngre åldersgrupperna. Detta mönster har hittats i den vuxna befolkningen både för depression och andra typer av psykisk ohälsa (33-35). Ett linjärt positivt samband mellan ålder och depression hittades av Stordal et al. (2001) i ett lokalt norskt urval. I svenska surveystudier där psykisk ohälsa mätts med en enda fråga har forskare funnit ett mer platt åldersmönster (24, 25). En av dessa studier visade att åldersmönstret förändrats över tid: i början av 1980-talet var ångest betydligt vanligare i de äldre åldersgrupperna, men i början av 2000-talet hade åldersskillnaderna jämnats ut eftersom prevalensen av ångest ökat i framför allt de yngre åldersgrupperna (25). Sett enbart till den äldre delen av befolkningen (ca 65+) finns det dock indikationer på att högre ålder är relaterat till ökad psykisk ohälsa. Flera svenska tvärsnittsstudier har visat att förekomsten av depression är högre i de allra äldsta åldersgrupperna (20, 36), men vissa studier har inte funnit några åldersskillnader alls (37). Longitudinella studier från de nordiska länderna har också visat att depression ökar med ålder under den senare delen av livet (38, 39). När psykisk ohälsa i den äldre befolkningen studeras är det alltså rimligt att beakta skillnader mellan åldersgrupper, eftersom de allra äldsta kan vara en grupp som är sårbar för psykisk ohälsa.

Både i Sverige och internationellt har en högre förekomst av psykisk ohälsa bland kvinnor än män rapporterats. Bland äldre i Sverige är dock studier av könsskillnader i psykisk ohälsa inte entydiga. Många studier har visat att äldre kvinnor är mer sårbara än äldre män för både depression (21, 39-42) och ångestsjukdomar (23, 31), men samtidigt finns flera studier där man inte funnit några könsskillnader (19, 20, 37). Studier från andra nordiska länder pekar också åt olika håll vad gäller könsskillnader i depression bland äldre (43, 44).

Socioekonomiska skillnader i fysisk hälsa är väl kartlagda. Till exempel är skillnader i fysisk ohälsa mellan grupper med olika utbildningsnivå etablerade och finns i både Sverige och många andra länder. Även i hög ålder kvarstår skillnaderna (2). Skillnader i psykisk ohälsa mellan äldre i olika socioekonomiska grupper är däremot inte lika tydliga. Internationella studier har visat att äldre personer med kortare utbildning har en högre risk för depression och ångestsymtom än äldre med högre utbildning (45, 46). I svenska studier har detta

inte studerats i särskilt stor omfattning, men resultat pekar både på att depression är vanligare bland personer med kortare utbildning (20) och på att depression inte är associerat med utbildningsnivå (2, 37).

Psykisk ohälsa i relation till levnadsförhållanden tidigare och senare i livet

Att åldras och bli äldre innebär såväl sociala som hälsomässiga förändringar. Generellt sett tycks flera faktorer som samvarierar med psykisk ohälsa öka med stigande ålder, till exempel fler fysiska hälsoproblem, försämrad funktionsförmåga, förlust av närstående och försämrat socialt nätverk. Den kanske mest påtagliga förändringen är den ökande förekomsten av en rad hälsoproblem, såsom hjärt- och kärlproblem och diabetes, vilka också kan ha ett samband med depression (47, 48).

Sambandet mellan fysiska och psykiska hälsoproblem är dock komplext. Fysiska hälsoproblem kan, i sig självt, öka sannolikheten för psykisk ohälsa – men problemen kan också vara en första del i en kedja av förändringar som i slutändan leder till en ökad risk för psykisk ohälsa. Även kroppsliga förändringar såsom försämrad funktionsförmåga (exempelvis nedsatt rörlighet, syn och hörsel) har visat sig ha ett samband med ökad risk för psykisk ohälsa (47, 48). Bland annat genom att nedsatt fysisk funktionsförmåga försvårar kontakterna med andra människor, möjligheterna till fysisk aktivitet och ett aktivt deltagande i samhället samt möjligheterna att ha en fungerande vardag. Äldre personer med fysiska hälsoproblem, framför allt nedsatt funktionsförmåga, är alltså en grupp som sannolikt oftare har psykisk ohälsa än äldre utan sådana fysiska hälsobesvär.

Åldrandet medför också ofta en rad sociala förluster. Förlust av partner och vänner på grund av dödsfall kan bidra till ökad ensamhet, och i samband med pensioneringen kan kontakten upphöra med arbetskamrater som har varit en naturlig del av det sociala nätverket. Utöver den psykiska påfrestning som dessa förluster kan innebära i sig själva, innebär dessa förändringar även en ökad risk för social isolering. Äldre personer som bor ensamma och som av hälsoskäl inte obehindrat kan delta i sociala sammanhang är därför en grupp som är särskilt utsatt för psykisk ohälsa.

Tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa är också något som visats vara relaterat till risken för psykisk ohälsa sent i livet. Personer med en historia av psykisk ohälsa är alltså ytterligare en grupp bland äldre som är särskilt sårbar för psykisk ohälsa. En del av den psykiska ohälsan hos äldre kan alltså inte förstås utifrån deras aktuella levnadsförhållanden. Forskning har visat att ju fler depressioner en individ genomgår, desto svagare blir sambandet mellan psykosocial stress och depression (49). Bland personer med erfarenhet av ett flertal depressiva episoder under livet kan alltså nya episoder av depression uppstå mer eller mindre utan påverkan från yttre faktorer (49).

Del 1: Kartläggande litteraturöversikt

Syfte

Syftet med denna kartläggande litteraturöversikt av internationellt och nationellt publicerad forskningslitteratur är att identifiera skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa, såsom bland annat självrapporterad och kliniska diagnoser för depression, depressiva symptom eller ångest, bland personer 65 år och äldre. Följande frågeställning låg till grund för litteraturöversikten:

Förekommer det skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer på basis av kön, socioekonomisk status, social isolering, kronisk sjukdom och fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning?

Metod

Denna studie är en begränsad kartläggande litteraturöversikt av redan befintliga översikter. Begreppet ”översikter” används för att referera till de studier som denna litteraturöversikt baseras på, och begreppet ”litteraturöversikt” används för att referera till denna studie. Arbetet har utförts i fyra steg.

1. En litteratursökning utarbetades av en forskare tillsammans med en sökspecialist på Karolinska Universitetsbiblioteket och granskades av en informationsspecialist på Folkhälsomyndigheten. Totalt identifierades 1678 översikter.
2. En relevansbedömning utfördes över vilka översikter som skulle ingå i litteraturöversikten. Detta resulterade i att 14 av de initialt 1678 identifierade översikterna inkluderades i den slutgiltiga litteraturöversikten.
3. Väsentlig information extraherades från de 14 studierna som ingår i litteraturöversikten.
4. En kvalitetsbedömning av de 14 översikterna utfördes. Endast studier av hög och medelhög kvalitet inkluderades.

För en mer utförlig beskrivning av metoden, se bilaga 1.

Resultat

Resultatdelen börjar med en beskrivning av de identifierade översikterna, därefter redovisas resultatet och utlåtandet om översikterna. Begreppet ”riskgrupper” har använts vid beskrivningen av grupper där psykisk ohälsa är vanligare än i en annan grupp (till exempel utgör ”ogifta” och ”änkor/änklingar” en riskgrupp i jämförelse med ”gifta”)

Beskrivning av de identifierade översikterna

I flödesschemat (fig. 4) beskrivs hur översikterna identifierades. Anledningarna till exkludering efter fulltextgranskning var främst fel studiepopulation (ålder och

studiepopulation med för specifik karaktär), felaktig studiedesign (översikter utförda på ett icke-systematiskt sätt eller med oklart tillvägagångssätt, eller att de inte var översikter), språk, samt att artikeln inte var åtkomlig.

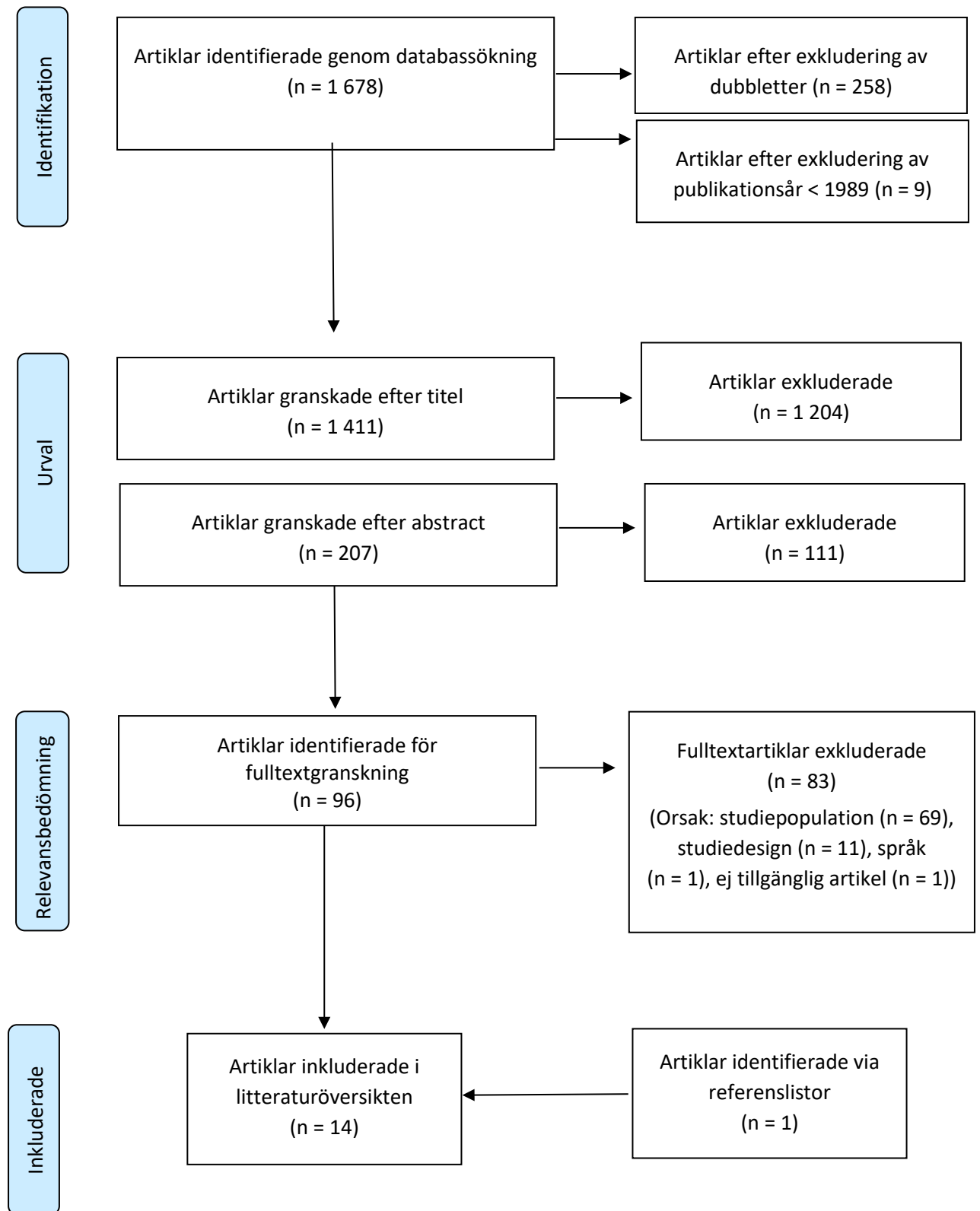
Sammantaget ingår 14 översikter varav 9 med metaanalys i litteraturöversikten. Av dessa bedöms 5 vara av måttlig kvalitet och 9 av hög kvalitet enligt AMSTAR. I bilaga 4 redovisas information om författare, publikationsår, syfte, typ av översikt, studiepopulation, antal studier och studiedesign, exponering, utfall och slutsats för samtliga översikter.

Antalet originalstudier som ingick i översikterna varierar mellan 5 och 73. Gällande studiedesign är det fler tvärsnittsstudier än longitudinella studier.

De flesta översikterna har en blandad studiepopulation med både personer i eget och särskilt boende. Vissa av studiepopulationerna är också kliniskt baserade och kan inkludera eller exkludera personer med kognitiv funktionsnedsättning. Studiepopulationerna är således heterogena både inom respektive översikt och mellan översikterna.

Tvärsnittsstudierna kan identifiera en association mellan en riskgrupp och depression, men de fastställer inte riktning på sambandet, det vill säga vad som föranleder vad. De longitudinella studierna kan däremot i större utsträckning påvisa kausalitet, det vill säga att det ena är ett resultat av det andra. I denna litteraturöversikt handlar således en påvisad kausalitet om vilka grupper som löper större risk att drabbas av depression.

Figur 4. Flödesschema över inkluderade och exkluderade översikter



Begreppet psykisk ohälsa, omfattar här bland annat både självrapporterad och kliniska diagnoser för depression, depressiva symptom och ångest. Det innebär såväl kliniskt bekräftade depressioner som en självrapporterad känsla av nedstämdhet eller oro. Samtliga översikter använder sig dock av begreppet depression. Hur depression identifierats i originalstudierna som översikterna grundar sig på varierar, men de flesta har oavsett om det avser direkta intervjuer eller frågeenkäter använt ett screeninginstrument. Det förekommer även kliniskt diagnostiserade definitioner av depression, om än betydligt färre. Definitionen av depression skiljer sig också åt mellan översikterna. Några använder bara termen depression, andra använder en mera specifik term såsom depressiva symptom, depressiv sjukdom eller djup depression. Även om översikterna använder en mer eller mindre precis terminologi, så kan den skilja sig avsevärt från den terminologi som originalstudierna bygger på.

Begrepp och benämningar skiftar således både i användning och vad de åsyftar. Att återge de exakta benämningarna som använts i översikterna ger därmed en tämligen spretig sammanställning. I denna litteraturöversikt har därför samtliga depressiva utfall lagts ihop i en enda benämning: ”depression”.

De översikter som är inkluderade beskriver skillnader i depression mellan

- äldre personer som har viss sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning och personer som inte har dessa hälsoproblem (fem översikter)
- äldre personer med eller utan kognitiv funktionsnedsättning (tre översikter)
- äldre personer med olika familje- och boendesituation (tre översikter)
- äldre personer som bor i områden av olika karaktär (två översikter)
- olika åldersgrupper av äldre och mellan äldre kvinnor och män (tre översikter).

Det förekommer överlapp mellan översikterna, det vill säga flera översikter har berört flera olika faktorer (både fysisk funktionsnedsättning, kognition och närområde). Vissa översikter har därtill ett bestämt huvudfokus, men har även inkluderat andra aspekter som varit av relevans för denna litteraturöversikt.

Översikternas resultat

Resultatet från översikterna redovisas tillsammans med ett utlåtande. Vår huvudprincip är att lita på den bedömning som gjorts av författarna till de enskilda översikterna, men visa en viss återhållsamhet i presentationen av resultaten och utlåtandena. Detta eftersom översikterna skiljer sig åt i flera bemärkelser, bland annat hur försiktigt eller hur starkt slutsatserna dras. Vissa översikter framhäver att resultaten är starka trots att få studier ingår eller att resultaten endast baseras på tvärsnittsstudier. Andra översikter är mer modesta fastän de innehåller ett större urval av studier och studier med longitudinell design. Skillnaderna begränsar möjligheten att enbart förlita resultaten på bedömningen som görs i varje enskild översikt, eftersom detta skulle kunna medföra snedvridna slutsatser.

Därför redovisas att grupper av äldre med vissa egenskaper ”har högre risk” för psykisk ohälsa om översikten baseras på longitudinella studier och därmed möjligen kan påvisa ett kausalt samband. Om översikterna baseras på tvärsnittsstudier och ett samband finns mellan grupper med vissa egenskaper och depression, redovisas dessa grupper ha ”möjlig högre risk”. Utlåtandena av resultat är baserade på statistiskt säkerställda samband, eller antalet studier med resultat i samma riktning (för översikter utan metaanalys) tillsammans med kvalitetsgranskning (AMSTAR) samt överensstämmelse mellan de inkluderade översikterna.

Fysisk sjukdom och funktionsnedsättning

Skillnaden i depression mellan äldre personer med och utan fysisk sjukdom och funktionsnedsättning var det vanligaste ämnet för studierna. Dessa hälsorelaterade faktorer har undersökts i fem översikter (50-54). Det är dock stor variation i vilka faktorer som har studerats. Vissa översikter undersöker specifika sjukdomstillstånd (51, 52) medan andra studerar varierande definitioner av skörhet (53, 54). En översikt berör ett antal olika kroniska sjukdomar och tillstånd (50).

Baserat på resultat från tvärsnittsstudier och longitudinella studier visar de fem översikterna att det finns skillnader i depression mellan äldre med och utan viss fysisk sjukdom och funktionsnedsättning. Äldre personer med stroke, hörselnedsättning, synnedsättning, hjärtsjukdom, kronisk lungsjukdom (50), kroniska somatiska sjukdomar och skörhet eller funktionsnedsättning (53, 54), har högre risk för depression än personer utan dessa hälsoproblem. Resultat från tvärsnittsstudierna visade även att äldre personer med artrit, urologiska problem, njursjukdom, diabetes och hypertension (50) möjligen har högre risk för depression. Att äldre personer med diabetes och hypertoni har högre risk för depression blev dock avfärdat av två andra översikter, som båda har en longitudinell design (51, 52).

Baserat på de ovan nämnda översikterna, tre med hög kvalitet och två med måttlig kvalitet, tyder de sammantagna resultaten på att det finns skillnader i depression mellan äldre personer med fysisk sjukdom och funktionsnedsättning och de som inte har motsvarande hälsoproblem. Tre av dessa översikter visar på ett associerat och kausalt samband mellan depression hos äldre och sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning. Resultaten är dock motstridiga för om det finns skillnader i depression mellan äldre med och utan specifikt hypertoni och diabetes.

Kognitiv funktionsnedsättning

Skillnaden i depression mellan äldre personer med och utan kognitiv funktionsnedsättning studerades i tre översikter. En översikt visade att äldre med kognitiv funktionsnedsättning inte har högre risk för depression (55). En annan översikt där både tvärsnittsstudier och longitudinella studier användes, visade att äldre personer med subjektiv kognitiv funktionsnedsättning har en högre risk för

depression (56). Den tredje studien visade att äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning möjligen har en högre risk för mild depression (57).

Resultaten från de tre översikterna med hög kvalitet visade inte på någon tydlig bild av om det finns skillnader i depression mellan äldre personer med och utan nedsatt kognition (odiagnostiserad och mild kognitiv funktionsnedsättning). Två av översikterna visade på både ett associativt och kausalt samband, men en av översikterna fann inget samband.

Närområdets sociala och materiella villkor

I två översikter studerades närområdets betydelse för förekomsten av depression hos äldre. En av översikterna inkluderade 25 olika närområdesindikatorer, varav tre, enligt författarna, i slutändan gav tillräckligt underlag för att kunna fastställa att äldre personer som bor i en närmiljö med låg socioekonomisk status, lågt förtroende och liten vilja att hjälpa varandra (collective efficacy) samt otrygghet (58), möjligen har högre risk för att drabbas av depression än äldre personer som inte bor i områden med dessa specifika egenheter. Den andra översikten omfattade 81 olika närområdesindikatorer och konkluderade att äldre personer som lever i områden med fattigdom och bristande materiella resurser samt låg socioekonomisk status, möjligen löper högre risk att drabbas av sämre psykisk hälsa (59) än äldre personer som inte lever i sådana områden.

Utifrån dessa två översikter, båda med hög kvalitet, visar resultaten på att det kan finnas skillnader i depression hos äldre beroende på närområdets specifika karaktär. Översikterna undersökte både det associativa och kausala sambandet. Sammantaget visar resultaten att äldre personer som bor i områden med låg socioekonomisk status möjligen har högre risk för depression.

Familje- och boendesituation

En översikt visade att det fanns skillnader i depression hos äldre personer beroende på boendesituation (60). Av de longitudinella studierna som ingick i översikten framkom att äldre personer som bor i särskilt boende löper högre risk för depression än de som inte gör det. Tvärsnittsstudierna (som ingick i översikten) visade att ensamboende personer möjligen har högre risk att drabbas av depression. Sambanden förmodas vara ett resultat av att äldre personer som bor i särskilt boende har mer sjuklighet och hälsobesvär, och att de som bor ensamma upplever mer ensamhet och sämre socialt stöd. En annan översikt visade att det finns skillnader i depression hos äldre personer beroende på familjesituation, i bemärkelsen att vara gift, ogift, skild eller änka/änkling (61). Såväl tvärsnittsstudier som longitudinella studier visade att äldre ogifta eller änkor/änklingar, till skillnad från gifta äldre, har högre risk för depression. Ytterligare en översikt visade att äldre personer som upplever ensamhet eller bristande socialt stöd möjligtvis löper högre risk för mild depression (57).

Det samlade vetenskapliga underlaget tyder alltså på att det finns skillnader i depression hos äldre beroende på familje- och boendesituation. Äldre personer som

bor i särskilt boende har en högre risk för depression än de som bor i eget boende. Att vara äldre och ogift eller änka/änkling, till skillnad från att vara gift, ökar också risken för depression. Detta baserat på resultaten från två översikter, en med hög kvalitet och en av måttlig kvalitet. Baserat på resultaten från en översikt av hög kvalitet är kunskapsläget dock oklart för om äldre personer som upplever ensamhet och bristande socialt stöd har en högre risk att drabbas av depression, jämfört med personer som inte upplever ensamhet eller bristande socialt stöd.

Kön och ålder

Tre översikter har undersökt skillnader i depression mellan äldre kvinnor och män. Resultaten visar att äldre kvinnor och personer över 85 år möjligen har en högre risk för depression (62) jämfört med äldre män och personer under 85 år. Att kvinnor kan ha en ökad risk för depression framhålls i ytterligare en översikt, och samma översikt framhåller att ålder inte indikerar något tydligt samband (57). En tredje översikt konkluderar att resultaten kring könsskillnader är inkonsekventa (63), och därför kan inte någon slutsats dras.

Baserat på det samlade vetenskapliga underlaget i denna översikt av översikter går det således inte att fastställa om det finns skillnader i depression mellan äldre kvinnor och män. Enligt resultaten från två översikter har äldre kvinnor möjligen en högre risk att drabbas av depression än män, resultaten från en tredje översikt pekar på att det är oklart om det finns några könsskillnader. Två av dessa översikter har hög kvalitet och en måttlig kvalitet. Det går inte heller att fastställa om de allra äldsta har en högre risk att drabbas av depression jämfört med yngre äldre. Detta baserat på resultaten från två översikter med hög respektive måttlig kvalitet.

Tabell 3. Sammanställning av översikter

Samband som undersöks	Antal översikter	Bekräftade samband
Fysisk sjukdom/ funktionsnedsättning och depression	5	5
diabetes	2	1
hypertoni	2	1
Nedsatt kognition och depression	3	2
Närområdets karaktär och depression	2	2
Familje-/boendesituation och depression	3	3
Kön/ålder och depression	3	3
Kön	3	2
Ålder	1	0

Not: Vissa undergrupper presenteras (diabetes, hypertoni, kön, ålder) separat beroende på motstridiga resultat i översikterna.

Diskussion

Det övergripande syftet med denna begränsade kartläggande litteraturöversikt av både internationell och nationell publicerad forskning, så kallad kartläggande översikt av översikter, var att undersöka om det finns skillnader i psykisk ohälsa i form av depression bland personer 65 år och äldre. Av de 1 853 initialt identifierade översikterna inkluderades, efter relevans och kvalitetsbedömning, 14 översikter i denna litteraturöversikt. I dessa översikter används begreppet depression i olika bemärkelser. Det innebär bland annat att såväl kliniskt bekräftade depressioner som självrapporterad känsla av nedstämdhet eller oro ingår i begreppet. I denna litteraturöversikt har vi därför lagt ihop samtliga depressiva utfall i benämningen ”depression”.

Sammantaget tyder resultaten på att det finns skillnader i depression bland äldre personer med och utan fysiska sjukdomar samt med och utan fysisk funktionsnedsättning. Möjligen finns det också skillnader i depression mellan de som bor i områden med hög och låg socioekonomisk status; de som bor och inte bor på särskilt boende; de som är änka/änkling eller ogifta och gifta.

Motstridiga resultat från översikterna gör att kunskapsläget bedöms som oklart för om det finns skillnader i depression mellan äldre personer med och utan kognitiv funktionsnedsättning. Någon definitiv slutsats kan inte heller dras om könsskillnader i depression bland äldre, trots att två av tre översikter visar på att äldre kvinnor har högre risk för depression än äldre män. Slutsatsen är dock att det inte nödvändigtvis är kön i sig utan den ökade förekomsten av sjukdomar och funktionsnedsättningar hos äldre kvinnor som gör att de har en högre risk för depression än männen.

Metodologiska aspekter

Att använda redan befintliga översikter till en litteraturöversikt skiljer sig från att använda originalstudier. Fördelen ligger förstås i att mycket arbete redan är utfört och att en stor mängd originalstudier ligger som underlag för sammanställningen. Nackdelen är att det är svårare att metodologiskt utvärdera kvaliteten av underlaget, eftersom informationen om originalstudierna i översikterna är sparsam. Kvalitetsgranskning av originalstudierna (om sådan utförts) i översikten är självklart en indikation, men ofta saknas relevant information.

Huvudprincipen har varit att lita på slutsatserna som ges i översikterna (51). Här identifierade vi dock en viss problematik; slutsatserna i vissa studier bygger på ett relativt sämre underlag, medan andra översikter med betydligt bättre kvalitet, underlag och starkare samband är mera modesta i sina slutsatser. Det är också stor variation mellan litteraturöversikterna beroende på om de innehåller metaanalyser eller inte. Metaanalyserna tillhandahåller statistiska samband, vilket gör det lättare att uttala sig om det finns ett samband eller inte. Narrativa översikter är mer beskrivande och lämnar mer tolkningsutrymme. I dessa översikter, där resultat inte kan vägas samman till ett enskilt statistiskt utfall, är slutsatserna inte lika entydiga.

Det finns flera metodologiska förklaringar till att motstridiga resultat påvisas, bland annat i vilken utsträckning originalartiklarna kontrollerat för förväxlingsfaktorer, vilka studiepopulationer som använts och definitionen av olika sjukdomstillstånd. Därmed finns påtagliga metodologiska skillnader mellan översikterna beroende på vilken studiepopulation och metod som används i originalstudierna.

Kvalitetsutvärderingen av översikterna med hjälp av AMSTAR var för vissa kriterier både tydliga och lätta att bedöma, medan andra kriterier var svårare. Detta medförde att bedömningen kunde skilja sig åt mellan granskare, på grund av dels de krav som skulle uppfyllas, dels hur översikterna i sig berört vissa aspekter. Av de metaanalyser som inkluderas i denna litteraturöversikt brister flera i sin kvalitetsgranskning av originalstudierna (ett av AMSTAR-kriterierna), men har hög kvalitet i alla övriga avseenden. Eftersom flera kvalitetskriterier endast kan uppnås med hjälp av metaanalyser, har systematiska översikter som baseras på metaanalyser generellt sett högre kvalitetspoäng än de som saknar metaanalyser. Utifrån våra inklusionskriterier bör dock framhållas att kvaliteten på de inkluderade översikterna generellt sett bedömts som god.

Del 2: Epidemiologisk studie

Syfte

De övergripande syftena med delstudie 2 är att

- kartlägga förekomsten och utvecklingen av psykisk ohälsa i form av självrapporterade depressiva symptom och ångest bland äldre personer (77 år och äldre) i Sverige 1992–2014.
- analysera skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa i form av depressiva symptom och ångest bland äldre personer (75 år och äldre) i Sverige på basis av kön, socioekonomiska villkor, boendeförhållanden, fysisk och kognitiv funktionsförmåga, sociala relationer och tidigare historik av psykisk ohälsa.

Metod

Nedan följer en kortfattad beskrivning av det datamaterial som används i studien. Psykisk ohälsa skattas genom självrapporterade uppgifter om depressiva symptom eller ångest, samt genom ett index som kombinerar dessa båda mått (se Bilaga 5). För år 2014 skattas psykisk ohälsa även genom ett validerat instrument för screening för depression bland äldre, Geriatric Depression Scale-4 (GDS-4). Se Bilaga 5 för en detaljerad redogörelse för datamaterialet, variablerna och de statistiska metoder som använts. Se Bilaga 5 för en detaljerad redogörelse för datamaterialet, variablerna och de statistiska metoder som använts.

Data

Studien bygger i första hand på data från Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD) (64). SWEOLD bedrivs och handhas i dag av forskare vid Aging Research Center (ARC), ett forskningscenter som drivs i samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms universitet. Urvalet i SWEOLD bygger på ett slumpmässigt urval av äldre personer i Sverige. Den första SWEOLD-studien genomfördes 1992. Sedan 1992 har fyra ytterligare datainsamlingar gjorts: 2002, 2004, 2011 och 2014. Datainsamlingarna omfattar mellan 561 (1992) och 1 297 (2014) deltagare. Vid datainsamlingarna 1992, 2002 och 2010 ingick personer som var 77 år och äldre, men 2004 och 2014 inkluderades även yngre äldre (från och med 69 års ålder 2004 och 70 års ålder 2014). Eftersom merparten av deltagarna tidigare varit med i en annan studie, Levnadsnivåundersökningarna (LNU), så är det även möjligt att använda sig av information om deltagarna som är insamlad tidigare i livet.

Vid samtliga undersökningar förutom 2004 och 2014, när intervjuerna gjordes via telefon, har målet varit att i första hand genomföra intervjuerna vid ett besök hos den äldre personen.

För att uppnå en så hög svarsfrekvens som möjligt har deltagarna erbjudits alternativa intervjuformer (telefonintervjuer eller postenkäter) i de fall de inte velat

genomföra en besöksintervju. Om den äldre personen inte själv kunnat genomföra intervjun (till exempel på grund av en demenssjukdom) har, i möjligaste mån, indirekta intervjuer i stället gjorts med en närstående eller vårdgivare för att få en bild av den äldre personens livsvillkor och hälsa.

Studiepopulation

I den här epidemiologiska studien studerar vi två olika urval av äldre personer. När vi studerar förekomsten av psykisk ohälsa över tid analyserar vi samtliga personer, som är 77 år eller äldre, som deltagit i en SWEOLD-undersökning och som har svarat på de frågor som ingår i analysen (sammantaget 3 351 personer).

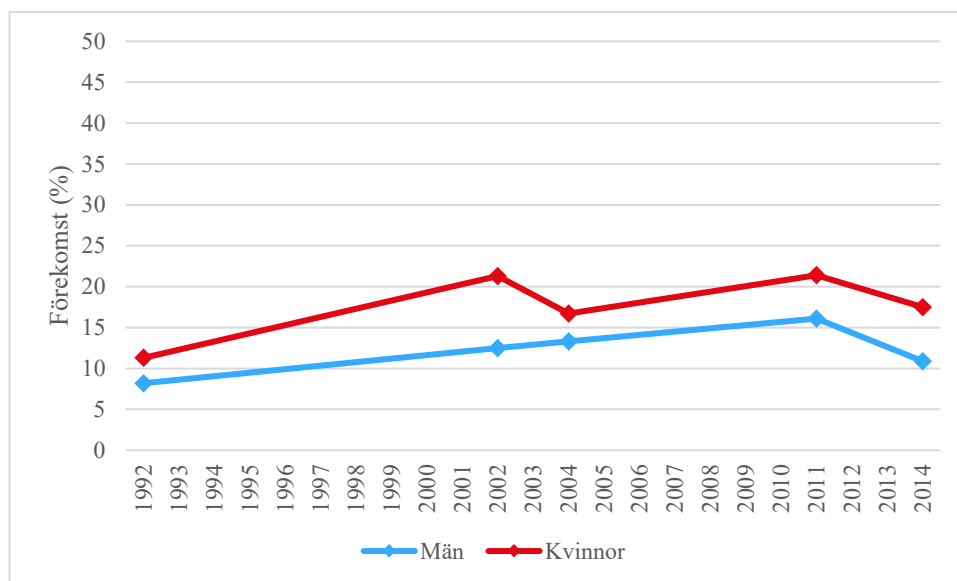
I nästa del av studien, där vi analyserar sociala skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre, analyserar vi istället samtliga personer som är 75 år eller äldre, som deltog i SWEOLD 2014 och som svarat på de frågor som ingår i analyserna (sammantaget 779 personer).

Resultat

Förekomsten av psykisk ohälsa över tid

Figur 5 visar förekomst och trender i rapporteringen av depressiva symptom bland äldre kvinnor och män i Sverige 1992–2014. Resultaten visar att det finns en tydlig könsskillnad i sannolikheten att rapportera depressiva symptom. I genomsnitt rapporterade nära 18 procent av de äldre kvinnorna och drygt 12 procent av de äldre männen depressiva symptom under perioden.

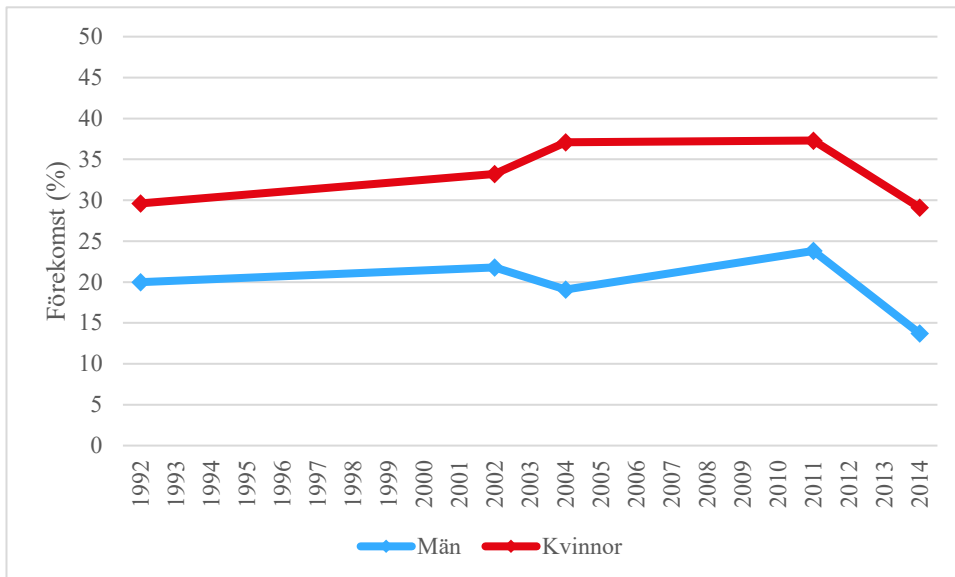
Figur 5. Andel (%) med depressiva symptom, kvinnor och män 77 år och äldre, 1992–2014.



Källa: SWEOLD

Figur 6 visar könsspecifik förekomst och trender för rapportering av ångest hos äldre personer, åren 1992–2014. Även här observeras en tydlig könsskillnad under hela perioden. I genomsnitt rapporterade 33 procent av de äldre kvinnorna och knappt 20 procent av de äldre männen ångestproblem under perioden.

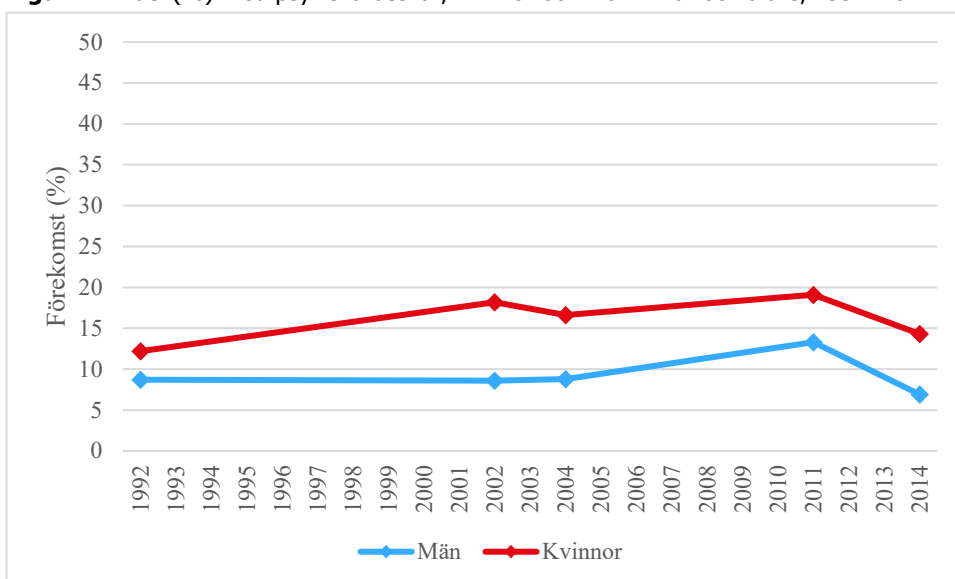
Figur 6. Andel (%) med ångestproblem, kvinnor och män 77 år och äldre, 1992–2014.



Källa: SWEOLD

Figur 7 visar hur förekomsten av ett sammanvägt mått på depression och ångest utvecklar sig för äldre kvinnor och män under tidsperioden 1992–2014. Även här finns en tydlig könsskillnad, som kvarstår under hela perioden. Under perioden rapporterar i genomsnitt drygt 16 procent av de äldre och drygt 9 procent av de äldre männen psykiska besvär enligt den här definitionen.

Figur 7. Andel (%) med psykiska besvär, kvinnor och män 77 år och äldre, 1992–2014.



Källa: SWEOLD

Vid en närmare fördjupad analys av data (se Bilaga 7 för de exakta resultaten) visade det sig att sannolikheten att äldre personer rapporterade depressiva symptom ökade mellan 1992 och 2002 varefter den fluktuerade en hel del, men alltid på en högre nivå än 1992. För ångest, och det sammanvägda måttet på psykiska besvär var det bara år 2011 som prevalensen avvek och var högre än 1992. Den fördjupade analysen bekräftade även den tidigare observerade könsskillnaden i samtliga mått på psykisk ohälsa, där kvinnor rapporterar mer besvär än män. Dessutom framgår att ålder inte uppvisar något samband med någon av indikatorerna på självrapporterad psykisk ohälsa hos äldre personer. Resultaten visar också att av de som bor i särskilt boende (institution) rapporterade ungefär 6–7 procentenheter mer psykisk ohälsa än de som bor i vanligt boende. Resultaten visar även att äldre personer som fått hjälp av en annan person för att genomföra intervjun, samt äldre personer där intervjun enkom skett via en annan person (indirekt intervju), i högre utsträckning rapporterade psykisk ohälsa än äldre personer som svarat på egen hand.

Sociala skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer

Socioekonomiska villkor

Resultaten från analyserna (se Bilaga 7 för de exakta resultaten) visar att det finns betydande utbildningsskillnader i sannolikheten att rapportera depressiva symptom. Äldre personer som bara hade grundskoleutbildning eller mindre hade en nästan 8 procentenheter högre sannolikhet att rapportera depressiva symptom än äldre personer med högre utbildningsnivå. När vi tagit hänsyn till kön och ålder, var förekomsten av depressiva symptom knappt 17 procent bland de med lång utbildning och knappt 25 procent bland de med kort utbildning.

Liknande resultat återfanns även för ångestproblem, där äldre med kortare utbildning rapporterade mer ångest än äldre med längre utbildning. Dessutom var ångestproblem vanligare hos äldre personer med som uppger att de saknar kontantmarginall. Bland de äldre personer som uppgett att de saknar ekonomiska marginaler var sannolikheten att rapportera ångest drygt 10 procentenheter högre än bland äldre som hade en stabilare ekonomi.

Boendeförhållanden

Resultaten visar vidare att både att bo i särskilt boende och att vara missnöjd med sitt bostadsområde är behäftat med en förhöjd risk för depressiva symptom hos äldre. De som bor i särskilt boende hade en knappt 16 procentenheter högre sannolikhet för depressiva symptom än de som bor i vanligt boende, när hänsyn tagits till hur de trivs i bostadsområdet. På samma sätt hade de som uppgett att de var missnöjda med sitt bostadsområde en drygt 10 procentenheter högre risk för att rapportera depressiva symptom än de som var nöjda med sitt bostadsområde, när hänsyn tagits till om de bodde i särskilt boende eller inte.

Resultaten visar även en tendens bland de som bor i särskilt boende att rapportera ångest i högre utsträckning än de som bor i vanligt boende, men den skillnaden är

inte statistiskt säkerställt. Däremot visar resultaten att äldre personer som uppgett att de missnöjda med sitt bostadsområde hade en drygt 11 procentenheter högre sannolikhet att rapportera ångest, än äldre personer som uppgett sig vara nöjda med sitt bostadsområde.

Fysisk och kognitiv funktionsförmåga

Som tidigare nämnts visar våra resultat att äldre personer som bor i särskilt boende i högre utsträckning rapporterade psykiska problem, i form av depressiva symptom och ångest, än de som bor i vanligt boende. Detta skulle kunna indikera att kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar är en riskfaktor för psykisk ohälsa bland äldre personer, eftersom den typen av nedsättningar motiverar en flytt till särskilt boende. Resultaten av fördjupade analyser visar att äldre personer som har kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar oftare rapporterar depressiva symptom än de som inte har den typen av funktionsnedsättningar. Men, en fördjupad analys av data som simultant tog hänsyn till olika typer av funktionsnedsättningar visade dock att endast sambandet mellan nedsatt förmåga att klara hushållssysslor och depressiva symptom var statistiskt säkerställt, medan sambanden mellan nedsatt förmåga att klara sin personliga omsorg, kognitiva nedsättningar och depressiva symptom blev kraftigt försvagade och inte längre statistiskt säkerställda. Detta indikerar att förmågan att själv klara av att sköta vardagliga hushållssysslor är av särskild vikt för äldre personers psykiska välmående.

Resultaten från fördjupade analyser av data som rör ångestproblematik visar samma tendens, där de som har problem med att klara hushållet själva har en ökad risk för ångest, medan de andra formerna av funktionsnedsättningar inte visade på samma mönster.

Sociala relationer

Resultaten från fördjupade analyser av samband mellan civilstånd, social isolering och depressiva symptom visade att både äldre personer som inte är gifta eller sammanboende och äldre som är socialt isolerade hade en högre sannolikhet för att rapportera depressiva symptom än de som var gifta eller sammanboende och de som inte uppgav att de var socialt isolerade. Sannolikheten att rapportera depressiva symptom var nästan 12 procentenheter högre bland äldre personer som inte var gifta eller sammanboende, jämfört med äldre personer som var gifta eller sammanboende. På samma sätt ökade sannolikheten för depressiva symptom med ungefär 5 procentenheter för varje ytterligare indikation på social isolering i ett index som mäter kontakter med familj och vänner.

Resultaten från motsvarande analyser, med ångest som utfall, visar att det framför allt var social isolering som kunde kopplas till ångestrapportering hos äldre. Med varje ytterligare indikation på social isolering ökade sannolikheten att rapportera ångest med knappt 3 procentenheter. Däremot fanns i princip inget samband alls mellan civilstånd och självrapporterad ångest hos äldre.

Tidigare psykisk ohälsa

Som ett sista steg i analysen studerades sambanden mellan självrapporterade depressiva symptom och ångest som rapporterats tidigare i livet (innan 75 års ålder) och depressiva symptom och ångest i hög ålder. Resultaten visar att både de som tidigare rapporterat depressiva symptom och de som tidigare rapporterat ångestproblem hade en högre sannolikhet att för att rapportera depressiva symptom, jämfört med äldre personer som inte tidigare rapporterat psykisk ohälsa. När det gäller tidigare depressiva symptom var överrisken endast statistiskt säkerställd för äldre personer som rapporterat depressiva symptom vid ett tidigare tillfälle. Dessa hade en 12 procentenheter högre risk att rapportera depressiva symptom, jämfört med de som inte rapporterat depressiva symptom tidigare. För tidigare ångestproblem pekade resultaten däremot på ett dos-responsmönster, där de som rapporterat ångestproblem vid ett tidigare tillfälle hade en knappt 9 procentenheter högre sannolikhet att rapportera depressiva symptom än de som inte rapporterat ångest tidigare. Överrisken bland de som rapporterat ångestproblematik vid flera tidigare tillfällen var nästan 14 procentenheter.

Resultaten från motsvarande analyser av sambanden mellan tidigare psykisk ohälsa i form av självrapporterad ångest hos äldre personer visade inga tydliga, statistiskt säkerställda skillnader i rapporteringen av ångest i hög ålder, mellan äldre som tidigare rapporterat depressiva symptom och äldre som inte gjort det. Däremot pekade resultaten på ett starkt samband mellan tidigare ångestproblem och ångest i hög ålder, som följer ett dos-responsmönster. Jämfört med äldre personer som inte tidigare rapporterat ångestproblem var sannolikheten att rapportera ångest knappt 11 procentenheter högre bland de som rapporterat ångestproblem vid ett tidigare tillfälle, och nästan 36 procentenheter högre bland de som rapporterat ångestproblem vid mer än ett tidigare tillfälle.

Sammanfattningsvis pekar resultaten från den epidemiologiska studien på att psykisk ohälsa i form av depressiva symptom och ångest är vanligt bland personer som är 77 år och äldre i Sverige. Under perioden 1992 till 2014 rapporterade, vid varje given mätpunkt, 8–16 procent av de äldre männen samt 13–24 procent av de äldre kvinnorna depressiva symptom. Motsvarande förekomst av ångestproblem var 13–24 procent bland äldre män samt 28–37 procent bland äldre kvinnor. Analyserna tar dock inte tagit hänsyn till problemens svårighetsgrad.

När vi i stället studerade ett index över psykiska besvär, höjdes tröskeln för att klassificeras som att ha rapporterat psykiska besvär (antingen både depressiva symptom och ångest eller svåra problem i åtminstone en av kategorierna). Prevalenserna var då lägre och variationen mindre: 7–13 procent av de äldre männen samt 12–19 procent av de äldre kvinnorna rapporterade psykiska besvär under perioden.

Sammantaget visar resultaten att

1. självrapporterade depressiva symptom och ångest är vanligt bland de äldsta i Sverige.

2. det finns betydande könsskillnader bland äldre personer i sannolikheten att rapportera depressiva symptom och ångest, där äldre kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa än äldre män.
3. förekomsten av självrapporterade depressiva symptom och ångest varierade betydligt mellan de olika mätillfällena.

Den stora variationen mellan mätillfällena gör det svårt att avgöra vilka svängningar som utgör reella trender i befolkningen och vilka som enbart beror på slumpmässig variation i mätningarna. Den enda långsiktiga, statistiskt säkerställda förändringen som ses i mätningarna är att förekomsten av rapporterade depressiva symptom ökade mellan 1992 och 2002 för att sedan konsekvent ligga kvar på en högre nivå än den som uppmättes 1992.

Resultaten visade även att det finns betydande skillnader i sannolikheten att rapportera psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre personer. Äldre kvinnor rapporterade konsekvent mer depressiva symptom och ångest än män. Könsskillnaderna var kraftigare och konsekvent statistiskt säkerställda för självrapporterad ångest, men svagare och oftare inom den statistiska osäkerhetsmarginalen för självrapporterade depressiva symptom. Äldre personer som hade kortare utbildning, saknar kontantmarginal, var mindre nöjda med sitt bostadsområde, var mer socialt isolerade och som rapporterat ångestproblem tidigare i livet löpte en högre risk att rapportera både depressiva symptom och ångest. Självrapporterade depressiva symptom var dessutom vanligare bland äldre som bodde i särskilt boende, behövde hjälp med sina hushållssysslor, inte var gifta eller sammanboende och som rapporterat depressiva symptom tidigare i livet.

Sammantaget kan vi konstatera att resultaten från den epidemiologiska studien visar på en relativt hög förekomst av psykisk ohälsa i form av depressiva symptom och ångest bland äldre personer i Sverige. Dessutom var det fler äldre personer som rapporterade depressiva symptom år 2014 än i början av 1990-talet. Förekomsten av självrapporterade depressiva symptom verkar således ha ökat under de senaste 20 åren. Detta förtjänar att tas på allvar, särskilt med tanke på att antalet äldre personer väntas öka inom den närmsta framtiden. Samtidigt är äldre personer med psykisk ohälsa en heterogen grupp. Några har erfarit psykisk ohälsa större delen av sitt liv, andra har drabbats senare i livet. Personer med tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa har högre sannolikhet för psykisk ohälsa sent i livet. Den epidemiologiska studien visar framför allt på att äldre personer som rapporterat ångestproblem tidigare i livet har en högre sannolikhet för att rapportera ångest och depressiva symptom sent i livet.

Styrkor och svagheter med studien

Studien bygger på analyser av en serie intervjuer av nationellt representativa urval av äldre personer i Sverige 1992–2014. Intervjuerna omfattar en rad olika frågor och ger därigenom en rik bild av de äldsta personernas levnadsvillkor under perioden. Stora ansträngningar har gjorts under datainsamlingen för att minimera

bortfall och försäkra att även de sköraste äldre personerna är representerade. Detta har till exempel gjorts genom att använda indirekta intervjuer i de fall den äldre personen själv inte haft möjlighet att delta i intervjun. Sammantaget ger detta en god grund för att tro att resultaten från studien speglar de faktiska levnadsvillkoren i den äldre befolkningen i Sverige under studieperioden.

Likväl bör resultaten från den här studien tolkas med försiktighet. I likhet med alla andra studier har studien en rad begränsningar. De mått som används av psykisk ohälsa i studien är väldigt grova. I analyserna av förekomst och trender består måtten av svar på två direkta frågor om depressiva symptom och ångestproblematik. Även om dessa frågor har en god ytvaliditet (face validity), är de trubbiga och har inte validerats mot kliniska diagnoser. Detta innebär att det finns en osäkerhet om vad måtten faktiskt mäter och i vilken mån de är jämförbara över tid och mellan grupper. Från sista mätpunkten 2014 har vi dock även använt ett etablerat screeninginstrument för depression (GDS-4). Våra analyser (se Bilaga 6) visade att den enskilda frågan ledde till en substantiell underskattning av förekomsten av depressiva symptom, definierat av GDS-4. Detta innebär att de prevalenser av depressiva symptom som presenteras här sannolikt är en underskattning av den sanna prevalensen i den äldre befolkningen. Det är också möjligt att frågornas grovhet delvis kan förklara skillnaderna i resultat mellan den sociala fördelningen av depressiva symptom och ångest. Eftersom depressiva symptom i de analyserna mäts med ett mer sofistikerat instrument (GDS-4) än ångest (som mäts med en rak fråga), går det att effektivare fånga upp systematiska skillnader i depressiva symptom än i ångest.

Studien bygger också på ett något begränsat representativt urval av äldre personer. Detta innebär att det statistiska underlaget är begränsat, vilket i sin tur ger en betydande osäkerhetsmarginal kring de skattningar som görs i studien.

Slutligen bygger studien på information om de äldre personernas levnadsvillkor. Vi vet alltså inte om det finns ytterligare faktorer som skiljer sig mellan de studerade grupperna, som också påverkar risken för psykisk ohälsa. Detta innebär att vi inte kan dra några slutsatser om de orsakssamband som ligger bakom de samband vi observerar i studien. Det vill säga, om de riskfaktorer vi identifierat faktiskt leder till ökad ohälsa. För vissa av de riskfaktorer vi studerar finns det dock goda grunder att anta att det finns ett orsakssamband, medan det för andra är mer osäkert.

Sammanfattande diskussion

Resultaten från både litteraturöversikten och den epidemiologiska studien visar att det i hög ålder sker både sociala, fysiska och kognitiva förändringar hos en individ som kan öka risken för psykisk ohälsa. I dessa åldersgrupper är civilståndsförändringar inget ovanligt och många, framför allt kvinnor, förlorar sin partner. Litteraturöversikten visar att äldre ogifta eller änkor/änklingar har högre sannolikhet att drabbas av depression än gifta. Liknande resultat framkom i de epidemiologiska analyserna, som visade att äldre som inte är gifta eller som är ensamboende har en högre sannolikhet för depressiva symptom än de som är gifta eller sammanboende. Den epidemiologiska studien indikerade också att sannolikheten för självrapporterade depressiva symptom och ångest är högre ju mer socialt isolerad en person är, mätt i kontakter med familj och vänner. Även resultaten från litteraturöversikten pekar på att ensamhet och bristande socialt stöd kan öka sannolikheten för mild depression.

Vidare visar resultaten från både litteraturöversikten och den epidemiologiska studien att boendesituationen är relaterad till sannolikheten för psykisk ohälsa i form av depression och depressiva symptom. Både ingående tvärsnittsstudier och longitudinella studier visade att äldre personer som bor i särskilt boende oftare rapporterar depressiva symptom än de som bor i vanligt boende. Detta skulle kunna indikera att kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar är en riskfaktor för psykisk ohälsa bland äldre personer, eftersom den typen av nedsättningar motiverar en flytt till särskilt boende. Men det är också möjligt att det är boendesituationen i sig som leder till en ökad risk för depressiva symptom.

Sammantaget pekar resultaten på att psykisk ohälsa samvarierar med socioekonomiska förhållanden. Resultaten från litteraturöversikten pekar på skillnader i psykisk ohälsa mellan äldre personer som bor i socioekonomiskt utsatta bostadsområden och de som bor i bostadsområden som inte är socioekonomiskt utsatta. Tidigare forskning har visat att kort utbildning tycks vara relaterat till både depressiva symptom och ångest, vilket även framkom i resultaten från den epidemiologiska studien. Den epidemiologiska studien visade också att självrapporterade depressiva symptom och ångest är vanligare bland äldre personer som saknar kontantmarginal och därmed har en svagare ekonomisk ställning.

Vår genomgång visar på motstridiga resultat för könsskillnader i psykisk ohälsa. Den epidemiologiska studien visar att äldre kvinnor oftare rapporterar depressiva symptom och ångest än äldre män. Könsskillnaderna är tydligare och mer konsekventa för självrapporterad ångest, och svagare för självrapporterade depressiva symptom. Även om litteraturöversikten inte visar på ett entydigt resultat så indikerar resultaten från flera av de inkluderade översikterna att det finns könsskillnader i psykisk ohälsa mellan äldre kvinnor och män. Det betonas dock att det inte nödvändigtvis är kön i sig som påverkar risken för psykisk ohälsa, utan att den högre förekomsten av sjukdomar och funktionsnedsättningar hos kvinnor kan bidra till en högre risk för psykisk ohälsa.

Bland översikterna som inkluderades i litteraturöversikten var det vanligast med studier om depression i relation till fysisk ohälsa och funktionsnedsättning. Det är dock stor variation i vilken aspekt av fysisk ohälsa som studeras; både specifika sjukdomstillstånd, multisjuklighet och tillstånd av skörhet ingår i översikterna. Sammanfattningsvis visar resultaten från litteraturöversikten att depression är vanligare i grupper av äldre personer med vissa sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar än i grupper som inte har dessa besvär. Vidare visar resultaten från de epidemiologiska analyserna att äldre personer med funktionsnedsättningar, som innebär att de behöver hjälp med sina hushållssysslor har en högre risk för depressiva symptom, än personer som klarar dessa sysslor på egen hand.

Om det finns något samband mellan kognitiv funktionsnedsättning och psykisk ohälsa hos äldre personer är inte helt klarlagt. Resultaten från litteraturöversikten pekar på motstridiga resultat, och de epidemiologiska analyserna visar att sambandet är beroende av den äldre personens förmåga att klara vardagen på egen hand. Med andra ord: när hänsyn tas till huruvida den äldre personen själv klarar av att utföra sina hushållssysslor, kvarstår inget samband mellan kognitiv funktionsnedsättning och depressiva symptom. Detta indikerar att förmågan att själv klara av att sköta vardagliga hushållssysslor är av särskild vikt för äldre personers psykiska välmående.

Slutord

Resultaten från de olika delarna av rapporten visar på en betydande variation i fördelningen av olika symptom på psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre. Psykisk ohälsa i form av exempelvis depressiva symptom och ångest är särskilt vanligt bland äldre kvinnor, ensamboende och ogifta äldre personer, äldre personer med låg socioekonomisk position, äldre personer som bor i särskilt boende, äldre personer som har bristande sociala kontakter samt äldre personer med fysisk ohälsa och fysiska funktionsnedsättningar. Dessa grupper av äldre personer är därför särskilt viktiga att uppmärksamma i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa hos äldre. Många gånger ses symptomen på psykisk ohälsa som en del av åldrandet och uppmärksammas varken av den äldre personen själv, av anhöriga eller av sjukvårds- och omsorgspersonal. Symptom på psykisk ohälsa kan vara svår att upptäcka hos äldre personer, eftersom symptombilden kan se annorlunda ut än den gör hos yngre. Utmaningen ligger därför i att identifiera äldre personer som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa, samt skapa förutsättningar för att motverka negativa konsekvenser av sociala förändringar och försämrad hälsa och funktionsförmåga. Dessa förändringar är naturliga delar av att åldras, men kan också öka risken för psykisk ohälsa.

I dag är ett av de viktigaste målen för folkhälsoarbetet i Sverige att minska ojämlikhet i hälsa. För att i framtiden kunna minska hälsoskillnaderna mellan olika grupper av äldre personer, är det rimligt att satsa på de unga. Detta betyder dock inte att äldre personers hälsa, livssituation och levnadsvanor inte går att påverka och förändra. Förebyggande folkhälsoarbete kan utformas för att främja en god hälsa för alla i befolkningen. Men det behövs även specifika insatser riktade mot grupper som har större risk, om ojämlikheten i hälsa ska utjämnas och goda levnadsvillkor ska kunna uppnås trots hälsoproblem.

Förutom att arbeta för en förbättrad upptäckt av psykisk ohälsa bland äldre personer, bör man också uppmärksamma de behandlingar som erbjuds. Tidigare studier visar på åldersrelaterade och sociala skillnader i tillgång till psykologisk behandling, skillnader i utskrivning av läkemedel, samt ojämlik tillgång till primärvård.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamhet och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Fors S, Thorslund M. Enduring inequality: educational disparities in health among the oldest old in Sweden 1992–2011. *Int J Public Health*. 2015;60(1):91-8.
3. Kröger H, Fritzell J, Hoffmann R. The association of levels of and decline in grip strength in old age with trajectories of life course occupational position. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0155954.
4. Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012a.
5. FORTE. Ångest och depression hos äldre. Forskning i korthet #8. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2017.
6. (SCB) SC. 2018 [Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/aterstaende-medellivslangd/>].
7. (SCB) SC. Demografisk rapport 2016:2, Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Statistiska Centralbyrån; 2016.
8. Vågerö D. Commentary: intelligence in youth and all-cause mortality: some problems in a recent meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2011;40(3):644-6.
9. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013a.
10. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
11. Socialstyrelsen. Statistik om särskilt boende. Art.nr: 2016-12-5. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
12. Karlsson I, Ingmar S. Psykisk sjukdom hos äldre vanligare än demens. *Läkartidningen*. 2013;110:CHYE.
13. Socialstyrelsen. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013b.
14. Socialstyrelsen. Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
15. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012b.
16. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*. 2004;57(1):6-14.
17. Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. Mental health of older adults, addressing a growing concern. *WHO*. 2013;10:4-9.
18. Hegeman J, Kok R, Van der Mast R, Giltay E. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):275-81.
19. Börjesson-Hanson A, Waern M, Östling S, Gustafson D, Skoog I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):284-91.
20. Karlsson B, Johnell K, Sigström R, Sjöberg L, Fratiglioni L. Depression and depression treatment in a population-based study of individuals over 60 years old without dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(8):615-23.
21. Wiberg P, Waern M, Billstedt E, Östling S, Skoog I. Secular trends in the prevalence of dementia and depression in Swedish septuagenarians 1976–2006. *Psychol Med*. 2013;43(12):2627-34.
22. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries—a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):339-53.
23. Nilsson J, Östling S, Waern M, Karlsson B, Sigström R, Guo X, et al. 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. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(11):963-72.

24. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Nordström E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors—a population-based study in Sweden. *BMC public health*. 2009;9(1):302.
25. Stefansson C-G. Chapter 5.5: Major public health problems—Mental ill-health. *Scand J Public Health*. 2006;34(67_suppl):87-103.
26. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord*. 2008;109(3):233-50.
27. Heap J, Fritzell J, Lennartsson C. Associations between and coexistence of disadvantages in the oldest old people in Sweden: Patterns of change between 1992 and 2011. *J Eur Soc Policy*. 2018;28(3):197–210.
28. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):450-5.
29. Chiu H, Yip P, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan C, et al. Elderly suicide in Hong Kong—a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(4):299-305.
30. Cohen A, Gilman SE, Houck PR, Szanto K, Reynolds CF. Socioeconomic status and anxiety as predictors of antidepressant treatment response and suicidal ideation in older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(4):272.
31. Jonson M, Skoog I, Marlow T, Fässberg MM, Waern M. Anxiety symptoms and suicidal feelings in a population sample of 70-year-olds without dementia. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(11):1865-71.
32. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(1):57-67.
33. Olsen LR, Mortensen E, Bech P. Mental distress in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(6):477-84.
34. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. 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*. 2003;57(2):113-8.
35. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Pena S, Saarni S, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up—Results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord*. 2015;173:73-80.
36. Bergdahl E, Gustavsson JM, Kallin K, von Heideken Wågert P, Lundman B, Bucht G, et al. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *Int Psychogeriatr*. 2005;17(4):557-75.
37. Haynie DA, Berg S, Johansson B, Gatz M, Zarit SH. Symptoms of depression in the oldest old: a longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56(2):P111-P8.
38. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population—the HUNT study. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(1):151-8.
39. Pálsson SP, Östling S, Skoog I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med*. 2001;31(7):1159-68.
40. Bergdahl E, Allard P, Alex L, Lundman B, Gustafson Y. Gender differences in depression among the very old. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(6):1125-40.
41. Elavsky S, Gold C, Rovine M, Malmberg B. Behavioral correlates of depressive symptoms in older unlike-sex twin pairs. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(3):257-64.
42. Sjöberg L, Östling S, Falk H, Sundh V, Waern M, Skoog I. Secular changes in the relation between social factors and depression: a study of two birth cohorts of Swedish septuagenarians followed for 5 years. *J Affect Disord*. 2013;150(2):245-52.
43. Stordal E, Bjartveit Krüger M, Dahl NH, Krüger Ø, Mykletun A, Dahl A. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(3):210-6.
44. Heikkinen R-L, Kauppinen M. Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(1):33-9.

45. Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):290-6.
46. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):190-211.
47. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):M249-M65.
48. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
49. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2000;157(8):1243-51.
50. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, Yue JR, Liu QX. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Res Rev*. 2010;9(2):131-41.
51. Long J, Duan G, Tian W, Wang L, Su P, Zhang W, et al. Hypertension and risk of depression in the elderly: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hum Hypertens*. 2015;29(8):478-82.
52. Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2009;4(1):e4144.
53. Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(9):879-92.
54. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1947-58.
55. Huang CQ, Wang ZR, Li YH, Xie YZ, Liu QX. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(4):516-25.
56. Hill NL, Mogle J, Wion R, Munoz E, DePasquale N, Yevchak AM, et al. Subjective Cognitive Impairment and Affective Symptoms: A Systematic Review. *Gerontologist*. 2016;56(6):e109-e27.
57. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. *J Affect Disord*. 2014;152-154:28-38.
58. Barnett A, Zhang CJP, Johnston JM, Cerin E. Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2018:1-24.
59. Julien D, Richard L, Gauvin L, Kestens Y. Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(8):1207-25.
60. Xiu-Ying H, Qian C, Xiao-Dong P, Xue-Mei Z, Chang-Quan H. Living arrangements and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(1):19-34.
61. Yan XY, Huang SM, Huang CQ, Wu WH, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res*. 2011;39(4):1142-54.
62. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-21.
63. Buchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Incidence of late-life depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142(1-3):172-9.
64. Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salén L, Kelfve S, Kåreholt I, Lundberg O, et al. Data resource profile: the Swedish Panel Study of living conditions of the oldest old (SWEOLD). *Int J Epidemiol*. 2014;43(3):731-8.
65. Socialstyrelsen. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013c.
66. Wastesson JW, Fastbom J, Ringbäck Weitoft G, Fors S, Johnell K. Socioeconomic inequalities in access to specialized psychotropic prescribing among older Swedes: a register-based study. *Eur J Public Health*. 2014;24(6):991-6.

67. Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden—a scoping review. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):29.
68. Agerholm J. Analysing equity in outpatient care in Stockholm County and the impact of using different data sources. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016.
69. Meinow B, Parker MG, Thorslund M. Consumers of eldercare in Sweden: the semblance of choice. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1285-9.
70. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014.
71. Evertsson M, Magnusson C. Ojämlighetens dimensioner: uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige: Liber; 2014.
72. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(10):858-65.
73. Van Marwijk H, Wallace P, de Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract*. 1995;45(393):195-9.
74. Steptoe A, Breeze E, Banks J, Nazroo J. Cohort profile: the English longitudinal study of ageing. *Int J Epidemiol*. 2012;42(6):1640-8.
75. Dahlberg L, McKee KJ. Living on the edge: social exclusion and the receipt of informal care in older people. *J Aging Res*. 2016;2016.
76. Kingston A, Collerton J, Davies K, Bond J, Robinson L, Jagger C. Losing the ability in activities of daily living in the oldest old: a hierarchic disability scale from the Newcastle 85+ study. *PLoS One*. 2012;7(2):e31665.
77. Ericsson MC, Gatz M, Kåreholt I, Parker MG, Fors S. Validation of abridged mini-mental state examination scales using population-based data from Sweden and USA. *Eur J Ageing*. 2017;14(2):199-205.
78. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
79. Rising B. In the spotlight: marginsplot. *Stata News*. 2012;27(4):2-3.

Bilagor

Bilaga 1. Metod för litteraturöversikten

Denna studie är en begränsad kartläggande litteraturöversikt av redan befintliga översikter. Vi valde att inte sammanställa originalstudier eftersom det redan fanns ett flertal systematiska litteraturöversikter om psykisk ohälsa bland äldre personer som tillsammans bedömdes kunna svara på frågeställningen. Begreppet ”översikter” används för att referera till de studier som denna litteraturöversikt baseras på, och begreppet ”litteraturöversikt” används för att referera till denna studie. Arbetet har utförts i fyra steg:

- 1) litteratursökning
- 2) relevansbedömning
- 3) utforskning av studier
- 4) kvalitetsbedömning

Litteratursökning

Sökstrategin utarbetades av en forskare tillsammans med en sökspecialist på Karolinska Universitetsbiblioteket och granskades av en informationsspecialist på Folkhälsomyndigheten. Sökningen bestod av två separata sökningar. Den första sökningen fokuserade på definierade grupper utifrån frågeställningen, och den andra sökningen var mer öppen för att fånga in eventuella riskgrupper som inte inkluderades i första sökningen. Litteratursökningen utfördes i databasen Medline den 17 december 2017 (fullständig söksträng i bilaga 2). Ytterligare översikter identifierades genom referenslistorna i de inkluderade studierna.

Relevansbedömning

Vilka översikter som skulle ingå i den slutgiltiga litteraturöversikten avgjordes utifrån ett antal urvalskriterier.

För att inkluderas skulle översikterna

- 1) till 70 procent bestå av studiepopulationer vars lägsta ålder är 65 år och som främst tillhör OECD
- 2) uppskatta skillnader i psykisk ohälsa utifrån antingen kön, socioekonomisk position, social isolering, fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom
- 3) använda väletablerade mått på självrapporterad psykisk ohälsa eller kliniska diagnoser för depression och ångest
- 4) vara engelskspråkiga, expertgranskade, vetenskapliga och systematiskt genomförda med tydlig metodbeskrivning

Vi exkluderade översikter som

- 1) var baserade på studiepopulationer med väldigt specifika karaktärsdrag (t.ex. endast strokepatienter, immigranter, de med höftfrakturer etc.)
- 2) undersökte biologiska markörer
- 3) hade en studiepopulation med demenssjukdom (till skillnad mot kognitiv funktionsnedsättning)
- 4) undersökte specifika interventioner
- 5) var publicerade år 1990 eller tidigare
- 6) undersökte självmord som en konsekvens av psykisk ohälsa.

De två separata sökningarna identifierades totalt 1678 översikter (från sökfråga I genererades 826 översikter, från sökfråga II genererades 852 översikter) Efter exkludering av dubletter återstod 1420 översikter, efter vi att exkluderade samtliga översikter som publicerade 1989 eller tidigare kvarstod 1411 stycken. Samtliga titlar granskades av minst två forskare. Efter denna granskning återstod 207 översikter för granskning av abstract, en forskare utförde denna process varpå ytterligare 111 översikter exkluderades. Återstående 96 översikter låg till grund för full-text läsning, en forskare utförde denna process varav ytterligare 83 översikter exkluderades. Anledningarna till exkludering var främst enligt kriterierna fel studiepopulation (ålder, studiepopulation med för specifik karaktär), studiedesign (översikter utförda på ett icke systematiskt sätt eller med oklart tillvägagångssätt, ej översikter), språk, samt att artikeln inte var åtkomlig. Den slutliga litteraturoversikten vilar således på 13 översikter, samt ytterligare en översikt som identifierades via referenslistorna i de inkluderade översikterna (figur 4).

Utforskning av studier

Vid genomgången av samtliga översikter har följande information extraherats och struktureras: publikationsår, författare, titel, syfte, studiepopulation (land, ålder, urval), antal studier och studiedesign, utfall, exponering, typ av översikt (systematisk, metaanalys), effekt/samband, kvalitetsgranskning utförd (ja/nej), slutsats (sammanvägande av resultatet om samband kan styrkas), samband (ja/nej).

Kvalitetsbedömning

Samtliga inkluderade översikter genomgick kvalitetsbedömning enligt kriterierna för AMSTAR (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews) (70). Bedömningen utfördes av en person. Kortfattat består AMSTAR av elva olika bedömningskriterier, vilka ger 0 till 11 poäng. Om en översikt får 0–4 poäng anses den vara av låg kvalitet, 5–8 poäng av måttlig kvalitet och 9–11 poäng av hög kvalitet. Samtliga kriterier och det slutliga resultatet av bedömningen redovisas i bilaga 2.

Vi modifierade kriterierna något vid bedömningen. Det tredje kriteriet, om litteratursökningen är av tillfredsställande omfattning, bedömdes uppfyllt om minst två elektroniska databaser använts, samt om de redovisat vilka ämnesord eller

MeSH-termer som använts. Det bedömdes inte heller vara nödvändigt att sökningen ska kompletteras med en ”genomgång av översiktsartiklar, läroböcker, aktuella innehållsförteckningar, ämnesspecifika databaser och register eller rådfrågning av experter, samt av referenslistorna i de framtagna studierna”, eftersom det är få, eller inga, studier som uppfyller alla dessa kriterier.

Det femte AMSTAR-kriteriet, att det ska finnas en förteckning över de exkluderade studierna, behövde inte heller uppfyllas enligt vår bedömning. Detta beslut grundar sig på att ingen av studierna har en förteckning över exkluderade studier. Vi tog således endast hänsyn till om de inkluderade studierna fanns i förteckningen. Övriga kriterier har inte modifierats.

Bilaga 2. Söksträngar

Search 1) MEDLINE: 2017-12-14

1. exp Aged/
2. (old age or elderly or aged or older adult* or octogenarian* or septuagenarian* or geriatric).ti,ab,kf.
3. or/1-2
4. exp Socioeconomic Factors/
5. exp Chronic Disease/
6. Sex Factors/
7. exp Disabled Persons/
8. (socioeconomic or socio-economic or disabilit* or (cognitive adj3 impair*) or gender).ti
9. or/4-8
10. Mental Health/
11. Depression/
12. exp Depressive Disorder/
13. exp Anxiety Disorders/
14. exp Anxiety/
15. (mental health or depress* or mood disorder* or lone* or isolat* or anxiety).ti,ab,kf.
16. or/10-15
17. 3 and 9 and 16
18. limit 17 to systematic reviews

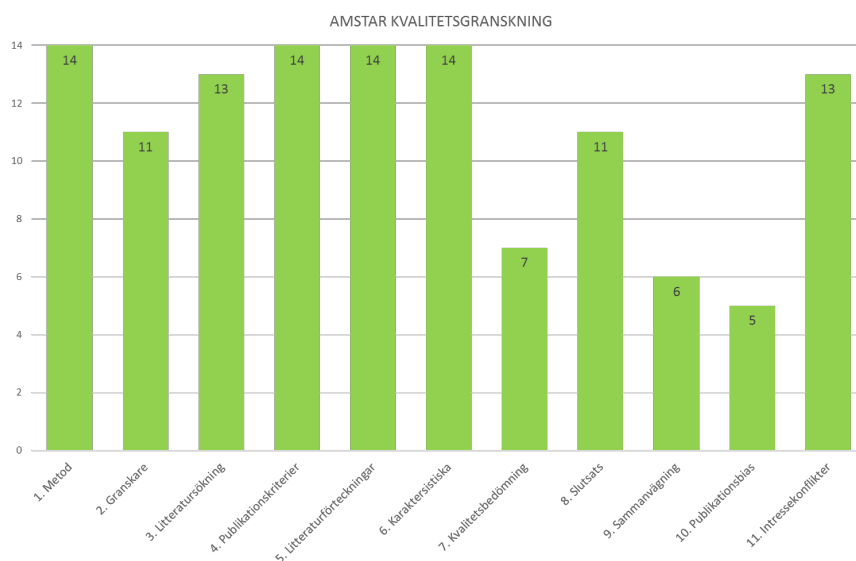
Search 2) MEDLINE: 2017-12-14

1. exp Aged/
2. (old age or elderly or aged or older adult* or octogenarian* or septuagenarian* or geriatric).ti,ab,kf.
3. or/1-2
4. exp Risk Factors/
5. (risk factor* or predict*).ti,ab,kf.
6. or/4-5
7. Mental Health/
8. Depression/
9. exp Depressive Disorder/
10. exp Anxiety Disorders/
11. exp Anxiety/
12. (mental health or depress* or mood disorder* or lone* or isolat* or anxiety).ti,ab,kf
13. or/7-12
14. 3 and 6 and 13
15. limit 14 to systematic reviews

Bilaga 3. Kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskning av översikter har vi använt den svenska översättningen av AMSTAR (70). AMSTAR vilar på elva olika kriterier där varje kriterium i sig måste uppfyllas av ett eller flera krav. Nedan följer de elva kriterierna samt förkortningen (inom parantes) som använts i figuren som visar en sammanfattning av kvalitetsgranskningen. Kriterierna 9 och 10 kan bara uppfyllas av översikter som använt sig av metaanalyser.

1. Redovisas en förutbestämd metod för genomförandet? (metod)
2. Gjordes studieurval och dataextraktion av två oberoende granskare? (granskare)
3. Var litteratursökningen av tillfredsställande omfattning? (litteratursökning)
4. Användes studiernas publikationsform som ett inklusions- eller exklusionskriterium? (publikationskriterier)
5. Finns förteckningar över inkluderade och exkluderade studier? (litteraturförteckningar)
6. Har de inkluderade studiernas karakteristika och resultat redovisats? (såsom ålder, etnicitet, kön, relevanta socioekonomiska data) (karakteristiska)
7. Har den vetenskapliga kvaliteten hos de ingående studierna utvärderats och dokumenterats? (kvalitetsbedömning)
8. Har vederbörlig hänsyn tagits till de inkluderade studiernas vetenskapliga kvalitet vid formulering av slutsatserna? (slutsats)
9. Användes lämpliga metoder för sammanvägning av studiernas resultat? (sammanvägning)
10. Har sannolikheten för publikationsbias bedömts? (publikationsbias)
11. Är eventuella intressekonflikter angivna? (intressekonflikter)



Bilaga 4. Översiktstabell

Författare	Publikationsår	Syfte Att undersöka:	Typ av översikt	Studiepopulation	Antal studier och design	Exponering	Slutsats
Barnett A m.fl.	2017	Sambandet mellan närmiljö och depression hos äldre vuxna.	SL och MA	Medelålder 65 år eller äldre. 100 % ≥ 65 år.	Totalt 73: 65 TS, 11 LT (överlapp)	Närmiljö	De som lever i ett mer utsatt område (socioekonomisk utsatthet, brottslighet) har större risk att drabbas av depression.
Buchtemann D m.fl.	2012	Förekomsten av depressiv sjukdom i den senaste delen av livet.	SL	Urval: hemmaboende och primärvården. 70 år eller äldre. 100 % ≥ 70 år.	20 LT	Kön och ålder	Inga tydliga resultat för skillnader i depression beroende på kön och ålder.
Hill NL m.fl.	2016	Relationerna mellan subjektiv kognitiv nedsättning och affektiva symptom bland äldre vuxna.	SL och MA	Urval: hemmaboende och klinik 50 år eller äldre med en medelålder högre än 55 år. 69 % ≥ 65 år.	Totalt 58: 47 TS, 11 LT	Kognition	De med subjektiv kognitiv nedsättning löpte högre risk att drabbas av depression.
Huang CQ m.fl.	2010	Relationen mellan kronisk sjukdom och risk för depression i hög ålder.	MA	Urval: hemmaboende, vårdboende, primärvård, öppenvård. 55 år eller äldre. 75 % ≥ 65 år.	Totalt 31: 24 TS, 7 LT	Sjukdom och funktionsnedsättning	Riskgrupp: de med stroke, hörsel- och synnedsättning, hjärtsjukdom och kronisk lungsjukdom. Möjlig riskgrupp: de med diabetes, högt blodtryck, artrit, urologiska problem och njursjukdom.
Huang CQ m.fl.	2011	Relationen mellan kognitiv nedsättning och risk för depression i hög ålder.	MA	Hemmaboende, vårdboende, sjukhusvård, öppenvård akuten. 55 år eller äldre. 100 % ≥ 65 år.	Totalt 17: 13 TS, 4 LT	Kognition	Ingen association mellan kognitiv nedsättning (ej demenssjukdom) och depression.
Julien D m.fl.	2012	Relationen mellan närmiljö och depressiva störningar hos äldre vuxna.	Integrative review	Hemmaboende, icke-institutionsboende. 65 år eller äldre. 100 % ≥ 65 år.	Totalt 19: 16 TS, 3LT	Närmiljö	Fattigdom och materiell nöd är förknippade med sämre psykisk hälsa.
Long J m.fl.	2015	Sambandet mellan högt blodtryck och risk för depression.	MA	Hemmaboende, befolkningsbaserade. 60 år eller äldre. 80 % ≥ 65 år.	5	Högt blodtryck	De med högt blodtryck har troligtvis inte högre risk att drabbas av depression.
Lu FP m.fl.	2009	Sambandet mellan diabetes och förekomsten av olika geriatriska tillstånd.	SL och MA	Befolkningsbaserade och hemmaboende äldre vuxna. 60 år eller äldre. 100 % ≥ 65 år.	Totalt 25: enkom 2 LT relevanta för utfallet	Diabetes	De med diabetes har troligtvis inte högre risk att drabbas av depression.

Författare	Publikationsår	Syfte Att undersöka:	Typ av översikt	Studiepopulation	Antal studier och design	Exponering	Slutsats
Luppa M m.fl.	2012	Ålders- och könsspecifik förekomst av depression i hög ålder.	SL och MA	Befolkningsbaserade, hemmaboende, med och utan vårdboende, med och utan kognitiv nedsättning. 75 år eller äldre. 100 % ≥ 65 år.	24	Kön och ålder	Det finns skillnader i psykisk ohälsa mellan män och kvinnor (kvinnor är riskgrupp) och mellan de med högre ålder (85+) och lägre ålder (de med högre ålder hade högre förekomst av depression).
Mezuk B m.fl.	2012	Sambandet mellan depression och skörhet bland äldre vuxna.	Synthetic review	Generella befolkningen. 90 % ≥ 65 år.	Totalt 39: 16 TS, 23 LT	Skörhet	Visar på samband mellan skörhet och depression, åt båda hållen. Starkare samband för att skörhet leder till depression än det motsatta.
Polyakova M m.fl.	2014	Sambandet för och förekomsten av lättare depression hos äldre patienter med och utan lättare kognitiv nedsättning.	SL	Hemmaboende, sjukhusvård, vårdboende, primärvården. 55 år eller äldre. 73 % ≥ 65 år.	23	Kognition	Högre risk bland kvinnor. Vissa fysiska och psykiska hälsoproblem kan påverka (motstridiga resultat). Psykologiska faktorer kan påverka (ensamhet och bristande socialt stöd).
Vaughan L m.fl.	2015	Sambandet mellan skörhet och depressiva symptom.	SL	Hemmaboende. 55 år eller äldre. 71 % ≥ 65 år.	Totalt 14: 7 TS, 7 LT	Skörhet	Relationen mellan depressiva symptom och skörhet var starkt, medan det motsatta inte var lika starkt.
Xiu-Ying H m.fl.	2012	Sambandet mellan boendesituation och risk för depression hos äldre.	MA	Hemmaboende, primärvård, vårdboende. 55 år eller äldre. 72 % ≥ 65 år.	Totalt 25: 19 TS, 6 LT	Boendesituation	Boendesituation är relaterad till risken för depression bland äldre. Att bo ensam eller på vårdhem ses som en riskfaktor för depression.
Yan XY m.fl.	2011	Sambandet mellan civilstånd och depression.	MA	Hemmaboende, primärvård, med eller utan vårdboende, akuten. 55 år eller äldre. 78 % ≥ 65 år.	Totalt 32: 24 TS, 8LT	Familjesituation	Aldrig gifta löper högre risk för depression än gifta.
Utfall i samtliga översikter är depression							

Bilaga 5: Metod för den epidemiologiska studien

Metod

Data

Studiedesign

Studien bygger i första hand på data från Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD) (64). SWEOLD bedrivs och handhas i dag av forskare vid Aging Research Center (ARC), ett forskningscenter som drivs i samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms universitet. Urvalet i SWEOLD består primärt av personer som tidigare ingått i urvalet för Levnadsnivåundersökningarna (LNU). Den första datainsamlingen av LNU genomfördes 1968, som en del av regeringens Låginkomstutredning. LNU baserades ursprungligen på ett slumpmässigt urval motsvarande 1/1 000 av den svenska befolkningen 15–75 år. Sedan 1968 har datainsamlingar inom ramen för LNU skett 1974, 1981, 1991, 2000 samt 2010. Vid de följande datainsamlingarna har de som tidigare deltagit i LNU följts upp, samtidigt som nya grupper av yngre och migranter inkluderats i urvalet för att upprätthålla representativiteten. Detta innebär att datamaterialet innehåller longitudinell information om en stor del av deltagarna, samtidigt som det även utgör ett nationellt representativt urval vid varje mättillfälle. LNU handhas och bedrivs i dag av forskare vid Institutet för social forskning (SOFI) vid Stockholms universitet (71).

Den första SWEOLD-studien genomfördes 1992 (n = 561), med syftet att följa upp de deltagare från LNU som passerat ålderstaket för LNU. Sedan 1992 har fyra ytterligare datainsamlingar gjorts: 2002 (n = 621), 2004 (n = 1 180), 2011 (n = 931) och 2014 (n = 1 297). Vid datainsamlingarna 2004 och 2014 inkluderades även yngre äldre (från och med 69 års ålder 2004 och 70 års ålder 2014), vilket förklarar de högre deltagarantalen de åren.

Vid samtliga undersökningar förutom 2004 och 2014, när intervjuerna gjordes via telefon, har målet varit att i första hand genomföra intervjuerna vid ett besök hos den äldre personen.

För att uppnå en så hög svarsfrekvens som möjligt har deltagarna erbjudits alternativa intervjuformer (telefonintervjuer eller postenkäter) i de fall de inte velat genomföra en besöksintervju. Om den äldre personen inte själv kunnat genomföra intervjun (till exempel på grund av en demenssjukdom) har, i möjligaste mån, indirekta intervjuer i stället gjorts med en närstående eller vårdgivare för att få en bild av den äldre personens livsvillkor. Svarsfrekvensen har varit över 80 procent vid samtliga undersökningsomgångar. Vid de senaste datainsamlingarna, 2011 och 2014, har även ett överurval av de äldsta åldersgrupperna (85+) inkluderats för att öka precisionen i analyser av de grupperna.

Kopplingen mellan SWEOLD och LNU gör det också möjligt att länka information som är insamlad under olika perioder av intervjupersonernas liv. Detta utnyttjar vi i

analyserna av sambanden mellan psykisk ohälsa tidigare i livet och psykisk ohälsa i hög ålder.

Studiepopulation

I den här epidemiologiska studien använder vi två olika studiepopulationer. När vi studerar prevalenser av psykisk ohälsa över tid är studiepopulationen samtliga personer, som är 77 år eller äldre, som deltagit i en SWEOLD-undersökning och som har svarat på de frågor som ingår i analysen (n = 3 351). I Tabell 1 visas delar av det analytiska urvalets karaktäristika för de olika studieomgångarna.

Tabell 1. Fördelningen av studiepopulationen vid fem mätillfällen uppdelat på kön, boendeform, intervjutyp och ålder (n = 3 351). Andel av urvalet, viktat för överurval av de allra äldsta 2011 och 2014 (antal observationer inom parantes).

	År för datainsamling				
	1992 (n = 529)	2002 (n = 617)	2004 (n = 635)	2011 (n = 876)	2014 (n = 694)
<i>Ålder</i>					
Genomsnitt	83,0	83,3	83,3	83,4	83,2
Spann	77–98	77–99	77–100	77–101	77–105
<i>Kön</i>					
Kvinnor	60,5 (320)	59,5 (367)	60,6 (385)	62,2 (488)	58,8 (394)
Män	39,5 (209)	40,5 (250)	39,4 (250)	37,8 (388)	41,2 (300)
<i>Boendeform</i>					
Vanligt boende	87,9 (465)	85,6 (528)	90,2 (573)	88,7 (717)	87,9 (590)
Särskilt boende	12,1 (64)	14,4 (89)	9,8 (62)	11,3 (159)	12,1 (104)
<i>Intervjutyp</i>					
Direkt	85,3 (451)	79,4 (490)	79,7 (506)	79,6 (643)	83,7 (568)
Blandad	3,6 (19)	7,3 (45)	-	4,9 (57)	2,5 (20)
Proxy	11,2 (59)	13,3 (82)	20,3 (129)	15,5 (176)	13,8 (106)

I nästa del av studien, där vi analyserar sociala skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre, utgörs studiepopulationen av samtliga personer som är 75 år eller äldre, som deltog i SWEOLD 2014 och som svarat på de frågor som ingår i analyserna. Antalet personer som var 75 år och äldre i SWEOLD 2014 var 779.

Indikatorer

Depressiva symptom

I samtliga omgångar av SWEOLD ingår en fråga om huruvida den äldre personen under de senaste 12 månaderna besvärats av depression eller djup nedstämdhet. Frågan har tre fasta svarsalternativ: ”Nej”, ”Ja, lätt” och ”Ja, svår”. I den här studien klassificerar vi de som svarat antingen ”Ja, lätt” eller ”Ja, svår” som att ha rapporterat depressiva symptom.

I den senaste omgången av SWEOLD, som genomfördes år 2014, infördes för första gången ett validerat instrument för screening för depression bland äldre, Geriatric Depression Scale-4 (GDS-4) (72, 73). GDS-4 består av fyra frågor:

1. Är du i grund och botten nöjd med ditt liv?
2. Tycker du att ditt liv känns tomt?
3. Är du rädd att något ska hända dig?
4. Känner du dig oftast glad och nöjd?

Varje fråga hade två fasta svarsalternativ: ”Ja” och ”Nej”. Samtliga svarsalternativ summeras till ett index som kan variera mellan 0 och 4, där varje svar som indikerar depressiva symptom ger 1 poäng. I enlighet med riktlinjerna för GDS-4 tolkas resultaten så att om en person får värdet 0 betyder det att hen sannolikt inte är deprimerad, om hen får 1 är det osäkert och om hen får 2–4 är hen sannolikt deprimerad. Vi har således valt att klassificera de som fått resultatet 2–4 som att de har depressiva symptom.

I bilaga 6 har vi använt oss av GDS-4 för att testa validiteten på den enskilda frågan (om huruvida den äldre personen under de senaste 12 månaderna besvärats av depression eller djup nedstämdhet). Sammanfattningsvis kan man säga att valideringen visar att den enskilda frågan har relativt hög specificitet men begränsad sensitivitet, jämfört med GDS-4. Det är alltså ovanligt att personer som inte har depressiva symptom enligt GDS-4 rapporterar depressiva symptom på den enskilda frågan. Däremot är andelen personer som rapporterar depressiva symptom betydligt högre mätt med GDS-4 än med den enskilda frågan, vilket indikerar att den enskilda frågan underskattar den reella förekomsten av depressiva symptom i populationen.

Ångest

I samtliga omgångar av SWEOLD ingår även en fråga om huruvida den äldre personen under de senaste 12 månaderna besvärats av nervösa besvär (ängslan, oro, ångest). Frågan har tre fasta svarsalternativ: ”Nej”, ”Ja, lätt” och ”Ja, svår”. I den här studien klassificerar vi de som svarat antingen ”Ja, lätt” eller ”Ja, svår” som att ha rapporterat ångestproblem. Denna fråga har inte validerats mot något etablerat instrument eller mot kliniska bedömningar, utan vi förlitar oss på frågans ytvaliditet (face validity).

Sammanvägt mått på psykiska besvär

I vissa analyser använder vi även ett index som tar hänsyn till både rapporterade depressiva symptom och rapporterad ångestproblematik. Syftet med det indexet är att ge en mer sammansatt bild av förekomsten och utvecklingen av psykiska besvär bland de allra äldsta. Indexet är sammansatt på ett sådant sätt att alla personer som antingen rapporterat lätta besvär med både depressiva symptom och ångest eller svåra besvär i åtminstone en av domänerna, klassas som att ha psykiska besvär.

Utbildning

Intervjupersonernas utbildningsnivå mättes genom att intervjupersonerna, vid det första intervjutillfället, fick ange sin högsta avslutade utbildning utifrån sju fasta alternativ från enbart grundskola till universitetsutbildning. Svartalternativen skiljer sig lite beroende på när personerna kom med i studien (allteftersom utbildningssystemet förändrats). För att uppnå jämnstora grupper, som är jämförbara mellan deltagarna, har vi dikotomiserat variabeln så att vi skiljer mellan de som endast genomgått grundskola och de som har ytterligare utbildning.

Kontantmarginal

För att på ett mer direkt sätt analysera eventuella samband mellan brist på materiella resurser och psykisk ohälsa, har vi också använt ett mått på avsaknaden av kontantmarginal. Indikatorn på avsaknad av kontantmarginal bygger, i den här studien, på frågorna: ”Om du plötsligt hamnade i en situation där du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle du klara av det?”, samt följdfrågan: ”På vilket sätt?”. De som rapporterade att de inte skulle klara av att skaffa fram beloppet samt de som uppgav att de inte hade pengarna utan var tvungna att låna pengar eller få fram dem på ”annat sätt”, klassades som att de saknade kontantmarginal.

Institutionsboende

Huruvida intervjupersonerna bor i särskilt eller ordinärt boende har vi mätt med hjälp av en fråga om personens normala boende. Frågan hade tre fasta svartalternativ:

1. Bor i vanligt hus (villa, rad- eller kedjehus, lägenhet)
2. Bor i seniorboende, 55+, trygghetsboende etc. (ej biståndsbeslut)
3. Bor i servicehus/särskilt boende (med biståndsbeslut, t.ex. servicelägenhet, ålderdomshem, sjukhem, gruppboende, vård- och omsorgsboende)

Vi har i den här studien valt att dikotomisera variabeln, så att vi skiljer på de som bor i ordinärt boende och de som bor i särskilt boende (som kräver biståndsbeslut från socialtjänsten).

Bostadsområde

Egenskaper i bostadsområdet mättes i SWEOLD genom att låta den äldre personen ta ställning till följande fyra påståenden om sitt bostadsområde (inom 20 minuters gångavstånd): ”De flesta personer i området går att lita på”, ”Många personer i området känner sig rädda för att gå ut på kvällen”, ”Jag känner mig hemma i detta område” och ”Vandalism och klotter är ett stort problem i området”. För samtliga frågor var svarsalternativen: ”Stämmer helt”, ”Stämmer delvis”, ”Stämmer ganska dåligt” och ”Stämmer inte alls”. För analyserna har vi dikotomiserat samtliga variabler så att de som svarat ”Stämmer helt” eller ”Stämmer delvis” skiljs från de som svarat ”Stämmer ganska dåligt” eller ”Stämmer inte alls”.

Samtliga variabler har sedan adderats i ett index, där varje svar som indikerar en negativ uppfattning om bostadsområdet ger en poäng. Indexet är baserat på ett urval av de frågor om bostadsområdet som används i the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) (74).

Frågorna som ingår i SWEOLD är särskilt utvalda för att representera tre olika typer av områdesaspekter: integration, tillit och trygghet. Aspekterna har identifierats genom en faktoranalys av ett större antal frågor i en annan brittisk studie (75).

Detta index har sedan dikotomiserats så att vi skiljer på de som inte rapporterat några negativa uppfattningar och de som rapporterat en eller flera negativa uppfattningar.

Nedsatt förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet

Ett sätt att skatta nedsatt fysisk funktion är i termer av problem med att klara centrala aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Här använder vi oss av två index som baseras på en rad frågor om problem med att själv klara olika vardagliga aktiviteter. Ett index bygger på frågor om förmågan att själv klara olika hushållsbestyr (instrumentell ADL, hädanefter iADL) (handla mat, laga mat och städa). Det andra indexet består i stället av en rad frågor om förmågan att själv klara av att sköta den egna kroppen (personlig ADL, hädanefter pADL) (tvätta håret/huvudet, klä på och av sig, gå på toaletten, kliva i och ur sängen, äta). Den här typen av mått på olika nivåer av funktionsnedsättningar är mycket vanlig i studier av äldre (76).

För båda indexen gäller att alla som uppgett att de har problem att genomföra åtminstone en av aktiviteterna utan hjälp, klassar vi som att de har nedsatt förmåga i den domänen.

Frågorna om iADL har inte ställts till äldre personer som bor i särskilt boende, eftersom den typen av hushållsaktiviteter inte är aktuella i de fallen. De som bor i särskilt boende har klassats som om de har nedsatt iADL-förmåga.

Nedsatt kognitiv funktionsförmåga

I den här studien använder vi ett mått på nedsatt kognitiv förmåga som baseras på två indikatorer. Den primära indikatorn är ett instrument som tagits fram för att screena för demenssjukdomar, MMSE-SF-C (77), som är en förkortad version av instrumentet Mini Mental State Examination (MMSE) (78). Instrumentet består av en rad test av den kognitiva förmågan, från vilka resultaten sedan adderas till en skala som sträcker sig från lägst 0 till högst 11 poäng. Skalan har validerats mot kliniska demensdiagnoser och enligt den valideringen kan man misstänkas ha en demenssjukdom om man fått lägre än 8 poäng. Här använder vi därför en indelning som skiljer på de som fått mindre än 8 poäng och de som fått 8 poäng eller mer.

Ett problem är här att många äldre som har nedsatt kognitiv förmåga inte kunde göra testet överhuvudtaget. För att ta hänsyn till det i analyserna används även en ytterligare indikator. De äldre personer som inte har svarat på intervjun helt själva utan fått hjälp av en anhörig eller vårdpersonal, har fått en fråga om orsaken till att de inte kunnat svara själva. I de fall svaret varit att det beror på att den äldre personen har en demenssjukdom, har hen bedömts ha nedsatt kognitiv förmåga.

Civilstånd

I analyser av sambandet mellan civilstånd och psykisk ohälsa skiljer vi de som är gifta eller sammanboende från de som är ogifta, skilda/separerade eller änkor/änklingar. Som en sensitivitetsanalys har vi också analyserat de ogifta/sammanboende grupperna var för sig, men de grupperna uppvisade, i stora drag, samma mönster i termer av psykisk ohälsa.

Social isolering

Social isolering mäts på basis av sex frågor om hur ofta den äldre personen brukar träffa vänner och familj i hemmet, besöka vänner och familj samt träffa vänner och familj utanför hemmet. Svaren från dessa sex frågor summeras till ett index, där varje negativt svar (det vill säga att den äldre personen rapporterar att hen inte brukar delta i den typen av sociala aktiviteter) ger 1 poäng. Skalan sträcker sig således mellan värdena 0 och 6. Eftersom det är svårt att dra någon meningsfull gräns för hur många negativa svar som innebär social isolering, används skalan i sin helhet i analyserna.

Tidigare psykisk ohälsa

I vissa analyser undersöker vi sambandet mellan tidigare psykisk ohälsa och psykisk ohälsa i hög ålder. I det här fallet avses förekomsten av depression och ångest innan 75 års ålder. För att få en uppfattning om de äldre personernas tidigare historia av psykisk ohälsa, hämtas information från Levnadsnivåundersökningarna (LNU) från 1968, 1974, 1981, 1991, 2000 och 2010. För de äldre som deltagit i någon eller flera av dessa undersökningar hämtas information om deras svar på frågorna om depressiva symptom och nervösa besvär (samma frågor som använts i SWEOLD).

För att maximera den statistiska styrkan att finna samband har vi inkluderat alla personer som varit med i någon omgång av LNU och svarat på frågorna i analyserna. Detta innebär att måttet sannolikt underskattar den sanna förekomsten av psykisk ohälsa tidigare i livet substantiellt. Denna begränsning uppstår delvis för att det är långa spannen mellan mätpunkterna, där vi inte har någon information om den psykiska hälsan. Men begränsningen uppstår också i det att de personer som inte deltar vid ett givet mättillfälle kodas som att de inte har psykisk ohälsa då.

Statistiska analyser

Prevalenser och trender för depressiva symptom och ångest

Som ett första steg i analyserna studerar vi förekomsten och utvecklingen av psykisk ohälsa bland de allra äldsta i Sverige på befolkningsnivå 1992–2014. Detta gör vi genom att analysera samtliga datainsamlingar från SWEOLD som tvärsnitt av befolkningen vid den givna tidpunkten. Vi lägger alltså ihop informationen från samtliga datainsamlingar i ett stort datamaterial och skapar en variabel som identifierar perioden (året) för datainsamlingen. För att studera trender i förekomsten av psykisk ohälsa analyserar vi sedan datamaterialet med logistiska regressionsanalyser, med de olika måtten på psykisk ohälsa som utfall, och period som huvudsaklig oberoende variabel. För att kunna skatta förekomsten av psykisk ohälsa specifikt för kvinnor och män, har vi inkluderat en interaktionsterm mellan kön och period. För att ta hänsyn till eventuella skillnader i intervjumetodik och boendesituation under studieperioden, har vi även inkluderat variabler som indikerar intervjutyp och boendesituation i modellerna. På basis av regressionsresultaten har vi sedan skattat sannolikheten för utfallet (måtten på psykisk ohälsa) separat för kvinnor och män, vid varje mättillfälle, justerat för ålder, intervjumetod och boendesituation (se (79) för en närmare beskrivning av metoden). Eftersom sannolikheterna varierar mellan 0 och 1 har vi sedan multiplicerat dessa sannolikheter med 100 för att få ut skattade prevalenser. Därefter har vi beräknat den predicerade sannolikheten för utfallet för kvinnor och män vid varje tillfälle och multiplicerat den med 100.,

I ett andra steg presenterar vi Average Marginal Effects (AME) från logistiska regressioner baserade på liknande modeller, kontrollerade för kön, men utan interaktionstermen. AME är ett absolut mått på skillnaden i sannolikheten för utfallet beroende på värdet på den oberoende variabeln (i det här fallet, skillnaden i sannolikheten för att rapportera psykisk ohälsa vid de olika mättillfällena). Eftersom sannolikheten varierar mellan 0 och 1 kan en AME variera mellan -1 och 1. I Tabell 4 redovisas till exempel, i analyserna av tidstrender i depressiva symptom, att kvinnor har en AME på 0,058 jämfört med män. Det innebär att sannolikheten att rapportera depressiva symptom är i genomsnitt 5,8 procentenheter högre bland kvinnor än män. Det 95-procentiga konfidensintervallet (KI) för det estimatet omfattar inte heller värdet 0 (ingen skillnad), vilket innebär att könsskillnaden är statistiskt säkerställd. Alla statistiskt säkerställda skillnader är

markerade med fetstil i tabellerna. I texten rapporteras endast statistiskt säkerställda skillnader.

Eftersom ett extra urval av de allra äldsta gjordes i de senaste omgångarna av SWEOLD (2011 och 2014) används vikter, baserade på den köns- och åldersspecifika sannolikheten att komma med i urvalet, för att justera modellerna.

Sociala skillnader i förekomsten av psykisk ohälsa

Nästa steg i analyserna är att studera hur förekomsten av psykisk ohälsa skiljer sig mellan olika grupper i den äldre befolkningen. I dessa analyser är psykisk ohälsa mätt i SWEOLD 2014, eftersom det är den mest aktuella datainsamlingen och där även finns möjlighet att studera depressiva symptom mätta med GDS-4. Detta innebär att alla analyser bygger på tvärsnittsanalyser av SWEOLD 2014, utom analyserna av sambanden mellan tidigare psykisk ohälsa och psykisk ohälsa i hög ålder.

Eftersom datamaterialet är begränsat räcker den statistiska styrkan (power) inte till för att analysera alla riskfaktorer i samma modell. I stället har vi delat upp analyserna i fem olika teman baserat på karaktären av de studerade riskfaktorerna för psykisk ohälsa:

1. Kön och socioekonomiska villkor
2. Boendeförhållanden
3. Fysisk och kognitiv funktionsförmåga
4. Sociala relationer
5. Tidigare psykisk ohälsa

De olika temana analyseras var för sig. För att inte begränsa den statistiska styrkan mer än nödvändigt, använder vi olika analytiska urval för olika teman. Vi inkluderar alltså alla individer som har information på de variabler som analyseras i ett givet tema, även om de saknar information på någon av de variabler som analyseras i något annat tema.

Analyserna bygger i den här delen av studien, precis som i den första delen, på logistiska regressionsanalyser. Alla analyser är här också viktade för överurvalet av de allra äldsta, och resultaten presenteras i termer av AME.

Bilaga 6. Validering av enskild fråga i SWEOLD för skattning av depressiva symptom

I den senaste omgången av SWEOLD, som genomfördes år 2014, infördes för första gången ett validerat instrument för screening för depression bland äldre, Geriatric Depression Scale-4 (GDS-4) (72). Det innebär att vi här kan använda oss av detta instrument för att testa hur väl svaren på den enskilda frågan om depression eller djup nedstämdhet (här kallad SWEOLD-D) samstämmer med resultaten från ett validerat instrument.

När vi testar den diagnostiska validiteten av SWEOLD-D mot GDS-4 bland alla personer som är 75 år och äldre i SWEOLD 2014 får vi följande resultat.

Tabell 3. Validitetsanalys av SWEOLD-D gentemot GDS-4.

	SWEOLD-D		Sensitivitet %	Specificitet %	PPV %	NPV %
	+	-				
GDS-4 +	68	100	40,5	93,4	63	85
-	40	567				

n = 775

Resultaten i Tabell 3 visar att sannolikheten att en person som har depressiva symptom enligt GDS-4 också ska rapportera depressiva symptom enligt SWEOLD-D (sensitiviteten) är 40,5 procent. Den relativt låga sensitiviteten innebär att SWEOLD-D sannolikt underskattar den faktiska förekomsten av depressiva symptom i befolkningen.

Samtidigt är sannolikheten att en person som inte har depressiva symptom enligt GDS-4 inte heller rapporterar depressiva symptom enligt SWEOLD-D (specificiteten) drygt 93 procent. Det indikerar att väldigt få personer överrapporterar depressiva symptom på den direkta frågan. De positiva och negativa prediktiva värdena (PPV och NPV) visar att sannolikheten att en person som rapporterar depressiva symptom enligt SWEOLD-D med 63 procents sannolikhet också har depressiva symptom enligt GDS-4, samt tvärtom, att den som inte rapporterar depressiva symptom enligt SWEOLD-D med 85 procents sannolikhet inte heller har depressiva symptom enligt GDS-4.

Bilaga 7: Resultat från den epidemiologiska studien

Förekomsten av psykisk ohälsa över tid

I Tabell 1 visas sambanden mellan alla variabler i modellen och psykisk ohälsa. Här kan vi se att sannolikheten att rapportera depressiva symptom ökade mellan 1992 och 2002 varefter den fluktuerade en hel del, men alltid på en högre nivå än 1992. För ångest och det sammanvägda måttet på psykiska besvär var det bara 2011 som prevalensen avvek och var högre än 1992. Vi kan även här se den tidigare observerade könsskillnaden i samtliga mått på psykisk ohälsa, där kvinnor rapporterar mer besvär än män. Dessutom framgår att ålder inte uppvisar något samband med någon av indikatorerna på psykisk ohälsa. Resultaten visar också att av de som bor i särskilt boende (institution) rapporterar ungefär 6–7 procentenheter mer psykisk ohälsa än de som bor i vanligt boende. På samma sätt är det en överrisk att rapportera psykisk ohälsa bland äldre som fått hjälp av en annan person för att genomföra intervjun, samt för dem där intervjun enkom skett via en annan person (indirekt intervju).

Tabell 1. Tidstrender i sannolikheten att rapportera psykisk ohälsa bland äldre (77+) kvinnor och män i Sverige, 1992–2014.

	Depressiva symptom		Ångest		Sammanvägda psykiska besvär	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
Ålder	-0,001	-0,003–0,002	-0,001	-0,004–0,002	-0,001	-0,004–0,001
Kön						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,058	0,031–0,084	0,139	0,107–0,170	0,074	0,048–0,100
År						
1992	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
2002	0,078	0,039–0,116	0,029	-0,022–0,079	0,036	-0,001–0,073
2004	0,052	0,014–0,090	0,042	-0,009–0,093	0,027	-0,010–0,065
2011	0,091	0,052–0,130	0,059	0,009–0,110	0,060	0,021–0,098
2014	0,047	0,011–0,084	-0,035	-0,083–0,013	0,006	-0,029–0,042
Särskilt boende						
Nej	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Ja	0,059	0,019–0,099	0,074	0,021–0,126	0,056	0,019–0,092
Intervjutyp						
Direkt	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Indirekt	0,155	0,103 – 0,207	0,176	0,120 – 0,232	0,143	0,094–0,192
Blandad	0,090	0,015 – 0,166	0,141	0,046 – 0,237	0,127	0,048–0,207
n = 3 351						

Sociala skillnader

Tabell 2 och 3 visar hur de olika studerade grupperna är fördelade bland kvinnor och män som är 75 år och äldre i SWEOLD 2014, och som svarat på frågorna om psykisk ohälsa. Tabellen visar fördelningen för kvinnorna och männen totalt samt separat för de som rapporterat depressiva symptom och ångest.

Tabell 2. Fördelning av kvinnorna i studiepopulationen över de olika studerade grupperna, för samtliga kvinnor samt separat för de som rapporterat depressiva symptom och ångest.

		Totalt	Depressiva symptom	Ångest
<i>Utbildning</i>	Mer än grundskola	48,1 (207)	35,5 (37)	36,2 (43)
	Grundskola	49,0 (223)	59,5 (67)	58,5 (74)
	Ingen information	2,9 (12)	5,0 (5)	5,3 (6)
<i>Kontantmarginal</i>	Ja	81,7 (359)	65,4 (72)	70,0 (86)
	Nej	14,1 (62)	30,5 (32)	22,4 (27)
	Ingen information	4,2 (21)	4,1 (5)	7,6 (10)
<i>Särskilt boende</i>	Nej	89,9 (389)	81,0 (84)	85,6 (100)
	Ja	10,1 (53)	19,0 (25)	14,4 (23)
<i>Bostadsområde</i>	Bra	43,2 (192)	29,2 (32)	29,7 (38)
	Mindre bra	39,6 (171)	48,5 (50)	51,4 (60)
	Ingen information	17,1 (79)	22,3 (27)	18,9 (25)
<i>iADL</i>	Ej nedsatt	62,7 (265)	39,9 (40)	48,9 (55)
	Nedsatt	37,1 (176)	59,1 (68)	50,2 (67)
	Ingen information	0,2 (1)	1,0 (1)	0,9 (1)
<i>pADL</i>	Ej nedsatt	78,8 (339)	60,4 (62)	70,0 (81)
	Nedsatt	20,4 (99)	36,5 (43)	28,3 (40)
	Ingen information	0,7 (4)	3,1 (4)	1,8 (2)
<i>Kognition</i>	Ej nedsatt	64,2 (274)	48,9 (50)	49,9 (57)
	Nedsatt	12,9 (57)	16,6 (18)	15,3 (19)
	Ingen information	23,0 (111)	34,5 (41)	34,9 (47)
<i>Civilstånd</i>	Gift/sammanboende	36,4 (152)	21,9 (22)	34,7 (39)
	Annat	63,6 (290)	78,1 (87)	65,3 (84)
<i>Social isolering (genomsnitt)</i>		1,64	2,49	2,02
	Ingen information	(7)	(1)	-
<i>Tidigare depressiva symptom</i>	Nej ^a	70,6 (312)	61,9 (63)	58,3 (66)
	Ett tillfälle	11,3 (50)	19,5 (20)	12,6 (15)
	Flera tillfällen	9,5 (42)	12,0 (12)	20,5 (23)
	Inte intervjuad innan 75	8,6 (38)	6,7 (14)	8,7 (19)
<i>Tidigare ångestproblem</i>	Nej ^a	56,6 (250)	40,9 (41)	33,4 (38)
	Ett tillfälle	18,6 (82)	26,5 (28)	21,3 (24)
	Flera tillfällen	16,3 (72)	25,9 (26)	36,6 (42)
	Inte intervjuad innan 75	8,6 (38)	6,7 (14)	8,7 (19)
n		442	109	123

^a "Nej" innebär att personen inte tidigare rapporterat psykisk ohälsa i någon undersökning innan 75 års ålder, inte nödvändigtvis att personen inte tidigare upplevt psykisk ohälsa.

Resultaten visar att fördelningen av samtliga grupper skiljer sig i det totala urvalet jämfört med de som rapporterat depressiva symptom och ångest. Andelen äldre personer som är har kort utbildning, saknar kontantmarginal, bor i särskilt boende, är missnöjda med sitt bostadsområde, har nedsatta funktionsförmågor (iADL, pADL och kognition), inte är gifta eller sammanboende samt som tidigare rapporterat depressiva symptom eller ångest, är högre i gruppen med depressiva symptom och i gruppen med ångest, jämfört med i det totala urvalet. Dessutom är den genomsnittliga nivån av social isolering högre i dessa grupper än i det totala urvalet. Dessa skillnader i fördelning indikerar att det finns betydande skillnader i risken för psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre personer. I tabellerna syns även en del skillnader mellan könen. Männerna rapporterar mindre problem med sitt bostadsområde, är oftare gifta eller sammanboende, har färre fysiska funktionsnedsättningar och har mer sällan rapporterat psykisk ohälsa tidigare i livet än kvinnorna. Resultaten visar även att sambanden mellan utbildning, bostadsområde, civilstånd, tidigare psykisk ohälsa och psykiska problem i hög ålder är starkare bland kvinnor än bland män.

För att få en bättre bild av dessa skillnader analyseras sambanden i en serie multivariata statistiska modeller.

Tabell 3. Fördelning av männen i studiepopulationen över de olika studerade grupperna, för samtliga män samt separat för de som rapporterat depressiva symptom och ångest.

		Totalt	Depressiva symptom	Ångest
<i>Utbildning</i>	Mer än grundskola	50,9 (168)	45,4 (26)	51,2 (21)
	Grundskola	46,6 (159)	51,9 (32)	45,2 (23)
	Ingen information	2,4 (10)	2,7 (4)	3,7 (3)
<i>Kontantmarginal</i>	Ja	86,1 (292)	69,1 (45)	77,3 (37)
	Nej	11,0 (35)	28,8 (15)	19,7 (8)
	Ingen information	2,9 (10)	2,1 (2)	3,0 (2)
<i>Särskilt boende</i>	Nej	93,2 (303)	81,2 (44)	83,8 (34)
	Ja	6,8 (34)	18,8 (18)	16,2 (13)
<i>Bostadsområde</i>	Bra	59,9 (198)	40,3 (25)	36,8 (17)
	Mindre bra	27,4 (90)	36,1 (20)	34,9 (14)
	Ingen information	12,7 (49)	23,5 (17)	28,3 (16)
<i>iADL</i>	Ej nedsatt	72,4 (228)	37,0 (19)	53,9 (21)
	Nedsatt	27,6 (109)	63,0 (43)	46,1 (26)
<i>pADL</i>	Ej nedsatt	86,2 (279)	67,5 (28)	64,9 (28)
	Nedsatt	13,5 (56)	31,1 (23)	33,2 (18)
	Ingen information	0,3 (2)	1,4 (1)	1,9 (1)
<i>Kognition</i>	Ej nedsatt	62,5 (204)	44,5 (25)	41,4 (18)
	Nedsatt	14,4 (50)	23,1 (14)	11,3 (6)
	Ingen information	23,1 (83)	32,4 (23)	47,3 (23)
<i>Civilstånd</i>	Gift/sammanboende	67,9 (218)	48,4 (28)	60,2 (25)
	Annat	31,8 (118)	51,6 (34)	39,8 (22)
	Ingen information	0,3 (1)	-	-
<i>Social isolering (genomsnitt)</i>		1,29	2,51	2,19
	Ingen information	(4)	(3)	(2)
<i>Tidigare depressiva symptom</i>	Nej ^a	82,6 (259)	68,2 (35)	69,3 (27)
	Ett tillfälle	10,7 (32)	20,7 (10)	14,3 (5)
	Flera tillfällen	1,0 (3)	4,1 (2)	5,7 (2)
	Inte intervjuad innan 75	5,7 (43)	7,1 (15)	10,7 (13)
<i>Tidigare ångestproblem</i>	Nej ^a	73,0 (228)	64,0 (33)	52,2 (21)
	Ett tillfälle	15,3 (47)	14,5 (7)	17,1 (6)

Flera tillfällen	6,0 (19)	14,5 (7)	20,0 (7)
Inte intervjuad innan 75	5,7 (43)	7,1 (7)	10,7 (13)
n	337	62	47

^a "Nej" innebär att personen inte tidigare rapporterat psykisk ohälsa i någon undersökning innan 75 års ålder, inte nödvändigtvis att personen inte tidigare upplevt psykisk ohälsa.

Kön och socioekonomiska villkor

Tabell 4 visar sambanden mellan kön, socioekonomiska förhållanden och depressiva symptom. Den första modellen (Modell I) visar att det finns ett samband mellan ålder och depressiva symptom. För varje år äldre en person är, ökar sannolikheten att rapportera depressiva symptom med nära 1 procentenheter. Modellen visar också att det finns en statistiskt säkerställd könsskillnad. Bland äldre kvinnor är sannolikheten att rapportera depressiva symptom 6,7 procentenheter högre än bland äldre män. Nästa modell (Modell II) justerar även för utbildningsskillnader. I den modellen kvarstår sambanden mellan ålder, kön och depressiva symptom nästan oförändrade. Modellen visar även att det finns ett samband mellan utbildningsnivå och sannolikhet att rapportera depressiva symptom. De äldre personer som bara har grundskoleutbildning eller mindre har en nästan 8 procentenheter högre sannolikhet att rapportera depressiva symptom, än de som har mer utbildning än så. Den ålders- och könsjusterade prevalensen att rapportera depressiva symptom var 16,6 procent bland högutbildade och 24,5 procent bland de med kort utbildning.

Tabell 4. Samband mellan kön, socioekonomiska förhållanden och depressiva symptom bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III		Modell IV	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,006	0,002–0,011	0,005	0,001–0,010	0,006	0,001–0,011	0,005	0,001–0,010
<i>Kön</i>								
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,067	0,006–0,129	0,065	0,006–0,124	0,057	-0,002–0,117	0,057	-0,003–0,116
<i>Utbildning</i>								
Lång			(Ref)				(Ref)	
Kort			0,079	0,019–0,139			0,066	0,008–0,124
<i>Kontantmarginal</i>								
Ja					(Ref)		(Ref)	
Nej					0,235	0,170–0,300	0,229	0,163–0,296
n = 729								

Tabell 5. Samband mellan kön, socioekonomiska förhållanden och ångest bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III		Modell IV	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,006	0,001–0,011	0,005	0,000–0,010	0,006	0,001–0,010	0,005	-0,000–0,010
<i>Kön</i>								
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,138	0,075–0,201	0,137	0,074–0,200	0,134	0,071–0,196	0,133	0,071–0,196
<i>Utbildning</i>								
Lång			(Ref)				(Ref)	
Kort			0,064	0,005–0,122			0,059	0,000–0,117
<i>Kontantmarginal</i>								
Ja					(Ref)		(Ref)	
Nej					0,109	0,034–0,184	0,104	0,028–0,179

n = 729

I Tabell 5 visas motsvarande modeller, men med ångestproblem som utfall. Resultaten påvisar ett starkt samband mellan kön och ångest, där sannolikheten att rapportera ångest är drygt 13 procentenheter högre för kvinnor än män. Det finns också ett samband mellan utbildning och ångest, där de med kortare utbildning rapporterar mer ångest än dem med längre utbildning. Slutligen visar resultaten också att bland de äldre personer som saknar en kontantmarginal är sannolikheten att rapportera ångest drygt 10 procentenheter högre än bland de som har en kontantmarginal.

Boendeförhållanden

Tabell 6 visar sambanden mellan boendeförhållanden och depressiva symptom (justerat för ålder och kön). Resultaten visar att både att bo i särskilt boende och att vara missnöjd med sitt bostadsområde är behäftat med en förhöjd risk för depressiva symptom. De som bor i särskilt boende har en knappt 16 procentenheter högre sannolikhet för depressiva symptom än de som bor i vanligt boende, när hänsyn tas till hur de trivs i bostadsområdet. På samma sätt har de som är missnöjda med sitt bostadsområde en drygt 10 procentenheter högre risk för depressiva symptom än de som är nöjda med sitt bostadsområde, när hänsyn tagits till om de bor i särskilt boende eller inte.

Tabell 7 visar motsvarande modeller för ångest. Resultaten visar en tendens bland de som bor i särskilt boende att rapportera mer ångest än de som bor i vanligt boende, men den skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Däremot har de personer som är missnöjda med sitt bostadsområde en drygt 11 procentenheter högre sannolikhet att rapportera ångest, än de som är nöjda med sitt bostadsområde.

Tabell 6. Samband mellan boendeförhållanden och depressiva symptom bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	-0,000	-0,006–0,006	0,002	-0,003–0,007	-0,000	-0,006–0,005
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,082	0,019–0,145	0,063	-0,001–0,127	0,064	0,001–0,127
<i>Institution</i>						
Nej	(Ref)				(Ref)	
Ja	0,180	0,062–0,298			0,158	0,044–0,271
<i>Bostadsområde</i>						
Bra			(Ref)		(Ref)	
Mindre bra			0,114	0,054–0,174	0,106	0,046–0,165

n = 651

Tabell 7. Samband mellan boendeförhållanden och ångest bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,003	-0,003–0,008	0,003	-0,002–0,008	0,002	-0,003–0,007
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,173	0,106–0,240	0,153	0,086–0,219	0,153	0,087–0,219
<i>Institution</i>						
Nej	(Ref)				(Ref)	
Ja	0,109	-0,010–0,227			0,084	-0,031–0,200
<i>Bostadsområde</i>						
Bra			(Ref)		(Ref)	
Mindre bra			0,119	0,061–0,177	0,115	0,057–0,174

n = 651

Fysisk och kognitiv funktionsförmåga

I Tabell 3 och 6 framgick det att äldre personer som bor i särskilt boende oftare rapporterar psykiska problem än de som bor i vanligt boende. Detta skulle kunna indikera att kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar är en riskfaktor för

psykisk ohälsa bland äldre personer, eftersom den typen av nedsättningar motiverar en flytt till särskilt boende. I Tabell 8 visas sambanden mellan fysisk funktion, kognitiv funktion och depressiva symptom. Resultaten visar att de äldre personer som har kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar har en högre risk för depressiva symptom än de som inte har den typen av nedsättningar. I den sista, ömsesidigt justerade, modellen (Modell IV) erfars dock att endast sambandet mellan instrumentell ADL (iADL) och depressiva symptom är statistiskt säkerställt, medan sambanden mellan personlig ADL (pADL), kognitiva nedsättningar och depressiva symptom är kraftigt försvagade och inte statistiskt säkerställda. Detta indikerar att det kan finnas en tröskeleffekt, där risken för depressiva symptom framför allt ökar när de första nedsättningarna uppkommer och den äldre personen inte längre klarar av att sköta sitt hushåll själv.

Tabell 8. Samband mellan fysisk funktion, kognitiv funktion och depressiva symptom bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III		Modell IV	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	-0,002	-0,008–0,005	0,002	-0,004–0,008	0,002	-0,004–0,008	-0,003	-0,009–0,004
<i>Kön</i>								
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,053	-0,009–0,116	0,053	-0,012–0,118	0,062	-0,002–0,127	0,054	-0,008–0,117
<i>iADL</i>								
Ej nedsatt	(Ref)						(Ref)	
Nedsatt	0,186	0,124–0,248					0,167	0,100–0,235
<i>pADL</i>								
Ej nedsatt			(Ref)				(Ref)	
Nedsatt			0,128	0,043–0,212			0,031	-0,062–0,123
<i>Kognition</i>								
Ej nedsatt					(Ref)		(Ref)	
Nedsatt					0,105	0,031–0,179	0,050	-0,028–0,128

n = 583

I Tabell 9 visas motsvarande samband för ångestproblem. Resultaten visar samma tendens som för depression, där de som har problem med att klara hushållet själva har en ökad risk för ångest, medan de andra formerna av funktionsnedsättningar inte visar samma mönster. I den ömsesidigt justerade modellen (Modell IV) kvarstår sambandet mellan iADL och ångest, men det är inte längre statistiskt säkerställt.

Tabell 9. Samband mellan fysisk funktion, kognitiv funktion och ångest bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III		Modell IV	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,004	-0,002–0,009	0,005	-0,001–0,011	0,005	-0,001–0,010	0,003	-0,003–0,009
<i>Kön</i>								
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,156	0,087–0,226	0,157	0,087–0,227	0,160	0,090–0,230	0,158	0,088–0,228
<i>iADL</i>								
Ej nedsatt	(Ref)						(Ref)	
Nedsatt	0,067	0,003–0,131					0,061	-0,009–0,131
<i>pADL</i>								
Ej nedsatt			(Ref)				(Ref)	
Nedsatt			0,033	-0,060–0,127			-0,007	-0,106–0,092
<i>Kognition</i>								
Ej nedsatt					(Ref)		(Ref)	
Nedsatt					0,052	-0,021–0,125	0,036	-0,037–0,110

n = 583

Sociala relationer

I Tabell 10 visas resultaten från analyser av sambanden mellan civilstånd, social isolering och depressiva symptom (justerat för ålder och kön). Resultaten visar att både de äldre personer som inte är gifta eller sammanboende och de som är socialt isolerade har en högre sannolikhet för depressiva symptom, jämfört med de som är gifta eller sammanboende och de som inte är socialt isolerade. Den ömsesidigt justerade modellen visar att sannolikheten för depressiva symptom är nästan 12 procentenheter högre bland de som inte är gifta eller sammanboende, jämfört med de som är gifta eller sammanboende. På samma sätt ökar sannolikheten för depressiva symptom med ungefär 5 procentenheter för varje ytterligare indikation på social isolering i det index som mäter kontakter med familj och vänner.

Tabell 10. Samband mellan sociala relationer och depressiva symptom bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,002	-0,003–0,007	0,000	-0,005–0,005	-0,002	-0,007–0,003
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,040	-0,023–0,103	0,067	0,009–0,125	0,036	-0,025–0,096
<i>Civilstånd</i>						
Gift/sammanboende	(Ref)				(Ref)	
Annat	0,144	0,079–0,210			0,119	0,057–0,181
<i>Social isolering</i>			0,054	0,040–0,068	0,051	0,036–0,065
n = 767						

I Tabell 11 visas motsvarande samband, men med ångest som utfall. Resultaten visar att det framför allt är social isolering som kan kopplas till ångestrapportering. Med varje ytterligare indikation på social isolering ökar sannolikheten för ångest med knappt 3 procentenheter. Däremot finns i princip inget samband alls mellan civilstånd och ångest.

Tabell 11. Samband mellan sociala relationer och ångest bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,004	-0,001–0,009	0,002	-0,003–0,007	0,002	-0,003–0,007
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,157	0,091–0,223	0,155	0,093–0,218	0,153	0,088–0,218
<i>Civilstånd</i>						
Gift/sammanboende	(Ref)				(Ref)	
Annat	0,020	-0,044–0,085			0,010	-0,053–0,073
<i>Social isolering</i>			0,028	0,012–0,044	0,028	0,012–0,044
n = 767						

Tidigare psykisk ohälsa

Som ett sista steg i analysen studerar vi sambanden mellan psykisk ohälsa som rapporterats tidigare i livet (innan 75 års ålder) och psykisk ohälsa i hög ålder. Resultaten från analyserna av sambanden mellan tidigare psykisk ohälsa och depressiva symptom visas i Tabell 12. Den ömsesidigt justerade modellen (Modell III) visar att både de som tidigare rapporterat depressiva symptom och de som tidigare rapporterat ångestproblem har en högre sannolikhet för depressiva symptom, jämfört med de som inte tidigare rapporterat psykisk ohälsa. När det gäller tidigare depressiva symptom är överrisken endast statistiskt säkerställd för de som rapporterat depressiva symptom vid ett tidigare tillfälle. De har en 12 procentenheter högre risk för depressiva symptom, jämfört med de som inte rapporterat depressiva symptom tidigare. För tidigare ångestproblem ser vi däremot ett dos-responsmönster, där de som rapporterat ångestproblem vid ett tidigare tillfälle har en knappt 9 procentenheter högre sannolikhet för depressiva symptom än de som inte rapporterat ångest tidigare. Överrisken bland de som rapporterat ångestproblematik vid flera tidigare tillfällen är nästan 14 procentenheter.

Tabell 12. Samband mellan tidigare psykiska besvär och depressiva symptom bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,007	0,001–0,012	0,006	0,001–0,011	0,006	0,001–0,012
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,052	-0,011–0,115	0,041	-0,021–0,104	0,043	-0,020–0,105
<i>Tidigare depressiva symptom</i>						
Nej	(Ref)				(Ref)	
Ett tillfälle	0,197	0,089–0,306			0,121	0,010–0,233
Flera tillfällen	0,126	-0,012–0,263			0,032	-0,098–0,162
<i>Tidigare ångestproblem</i>						
Nej			(Ref)		(Ref)	
Ett tillfälle			0,116	0,032–0,199	0,088	0,003–0,172
Flera tillfällen			0,190	0,087–0,294	0,137	0,018–0,255

n = 698

I Tabell 13 visas motsvarande resultat från analyser av sambanden mellan tidigare psykisk ohälsa och ångest. Resultaten från den ömsesidigt justerade modellen (Modell III) visar inga tydliga, statistiskt säkerställda skillnader i rapporteringen av ångest i hög ålder, mellan de som tidigare rapporterat depressiva symptom och de som inte gjort det. Däremot finns ett kraftigt samband mellan tidigare ångestproblem och ångest i hög ålder, som följer ett dos-responsmönster. Jämfört med de som inte tidigare rapporterat ångestproblem är sannolikheten för ångest knappt 11 procentenheter högre bland de som rapporterat ångestproblem vid ett tidigare tillfälle, och nästan 36 procentenheter högre bland de som rapporterat ångestproblem vid mer än ett tidigare tillfälle.

Tabell 13. Samband mellan tidigare psykiska besvär och ångest bland äldre (75+) personer i Sverige 2014.

	Modell I		Modell II		Modell III	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	0,006	0,001–0,011	0,005	-0,000–0,010	0,005	0,000–0,010
<i>Kön</i>						
Man	(Ref)		(Ref)		(Ref)	
Kvinna	0,105	0,042–0,168	0,093	0,033–0,154	0,085	0,024–0,145
<i>Tidigare depressiva symptom</i>						
Nej	(Ref)				(Ref)	
Ett tillfälle	0,079	-0,018–0,175			-0,042	-0,120–0,035
Flera tillfällen	0,338	0,188–0,489			0,079	-0,054–0,212
<i>Tidigare ångestproblem</i>						
Nej			(Ref)		(Ref)	
Ett tillfälle			0,102	0,024–0,179	0,107	0,026–0,188
Flera tillfällen			0,372	0,265–0,480	0,356	0,223–0,488
n = 698						

I den här rapporten sammanställs kunskap om skillnader i psykisk ohälsa mellan olika grupper av äldre personer (65 år och äldre). Av rapporten framkommer att det finns en betydande variation i fördelningen av psykisk ohälsa. Exempelvis har kvinnor mer psykisk ohälsa än män, och äldre personer med kortare utbildning har högre risk för psykisk ohälsa än de med längre utbildning. Vidare är psykisk ohälsa vanligare bland personer som saknar kontantmarginal. Skillnader finns också beroende på andra sociala och även hälsomässiga faktorer.

En god och jämlik hälsa är en grundförutsättning för en hållbar samhällsutveckling. I den här rapporten framkommer att det finns skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer. Det betyder att det krävs fortsatt arbete med förebyggande insatser för att främja god hälsa, goda livsvillkor och goda levnadsvanor bland äldre personer. Det betyder också att det finns behov av att följa upp och undersöka vad de observerade skillnaderna mellan olika grupper beror på. Sådan kunskap skulle gynna utvecklingen av verkningfulla insatser för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa.

Analyserna som presenteras i rapporten är baserade på en begränsad kartläggande översikt över forskningslitteratur samt på enkäten Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor - SWEOLD. Rapporten vänder sig till forskare och andra verksamma inom områden som berör äldres personers psykiska hälsa med intresse av fördjupande läsning om psykisk ohälsa och dess fördelning bland äldre personer.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se