

Psykisk och kroppslig sjukdom är sammanflätade hos multisjuka äldre

»Vården kan bli bättre med äldrepsykiatrisk kompetens«

Psykiska och somatiska sjukdomar interagerar hos äldre, ett förhållande som inte tillräckligt har uppmärksamats i sjukvården. Vi är övertygade om att äldrepsykiatrisk kompetens är ett värdefullt tillskott i vården av multisjuka äldre.

I ett debattinlägg i LT 40/2009 (sidorna 2512-3) påtalar »Arbetsgruppen för en bättre vård av multisjuka äldre« genom Annika Eklund-Grönberg och medförfattare behovet av bättre vård för dessa patienter.

Arbetsgruppen lyfter fram ett utomordentligt viktigt och försummat område. Emellertid saknas aspekter på psykisk sjukdom i artikeln. Vi vill här belysa hur psykiska och somatiska sjukdomar interagerar hos äldre, och hur äldrepsykiatrisk kompetens ytterligare kan förbättra vården av de multisjuka äldre.

Ofta tycks det gå en skiljelinje mellan psykisk sjukdom och det rent kroppsliga. En sådan skiljelinje är från äldrepsykiatrins synvinkel främmande, eftersom kropp och själ interagerar med var-

andra och en eventuell gränslinje blir så obestämbar att den blir meningslös. En kroppslig sjukdom kan ha psykiska symtom medan psykisk sjukdom kan ha huvudsakligen kroppsliga. Vid sidan av detta påverkar kroppslig sjukdom psykisk ohälsa, och psykisk sjukdom har stort inflytande på kroppsliga sjukdomar.

Depressionssjukdomen är den vanligaste formen av psykisk sjukdom i hög ålder med en prevalens på ca 15 procent [1, 2]. Den illustrerar väl hur kroppslig och psykisk ohälsa är sammanflätade. Evans redovisar resultaten av ett konsensusmöte 2002 och sammanfattar kunskapsläget [3]. Vid en rad sjukdomar, såsom hjärtsjukdom, cerebrovasculär sjukdom, Alzheimers sjukdom och cancer, överstiger prevalensen av depression den förväntade med 2-3 gånger. Siffrorna är dock osäkra på grund av olikheter i material och diagnostiska kriterier, men den stora över-sjukligheten i depression vid kroppslig sjukdom är otvetydig. Vad som skapar denna översjuklighet är oklart [4], men det är uppenbart att rena biologiska mekanismer bidrar, vid sidan av psykologiska.

Närvaro av depression påverkar kroppslig sjukdom. De-



Illustration: Airi Ilste, Collage: Ewa Knutsson

Psykisk och kroppslig sjukdom är sammanflätade hos multisjuka äldre, därför krävs äldrepsykiatrisk kompetens i vården av multisjuka äldre, skriver författarna.

pression har visats öka risken för stroke [5]. Det finns en omfattande kunskap om att närvaro av depression ger en ökad mortalitet vid flera sjukdomstillstånd. Det saknas ännu en större genomgång av kunskapsområdet. Några studier kan dock illustrera sambandet.

Vid hjärtinkompensation fann Rutledge et al i en meta-analys en högre sjuklighet, mer behov av intensivvård och en fördubbling av mortalitet [6]. I en översiktsartikel av mortalitet efter hjärtinfarkt redovisade Sorensen et al ett signifikant samband i 15 studier, ett icke signifikant samband i 14 studier och avsaknad av data i två studier [7]. Depressionsdiagnos fördubblade mortalitet, förlängde sjukhusvistelse och var kopplad till fler symtom och sämre livskvalitet. Patienter med depression vid 1 månad efter stroke hade en fördubblad mortalitet vid 1 och 2 års uppföljning.

Vid cancer har patienter med »minor depression« eller egentlig depression en 40-procentig mortalitetsökning [8]. Även överdödlighet i som-

marvärme ökade till nästan det dubbla vid depression [9]. I en svensk 6-årig prospektiv primärvårdsundersökning var oddskvoten för mortalitet 2,5, och för dålig prognos (fortsatt depressiv, på sjukhem eller död) var oddskvoten 6,1 jämfört med icke depressiva [10].

Även till synes lätta depressiva tillstånd påverkar mortalitet. Vid diabetes fann Katon et al en mortalitetsökning på 1,7 vid »minor depression«, och vid egentlig depression en ökning på 2,3 [11]. Vid hjärtsjukdom fann Penninx et al att »minor depression« hade en relativ risk för mortalitet på 1,6; vid egentlig depression var relativa risken 3,0 [12].

St John et al fann att enbart uppgiften »jag känner mig deprimerad« var förenad med 30 procent mortalitet efter 5 år jämfört med 20 procent för dem som inte hade svarat så [13].

Trots den omfattande kunskapen om påverkan på kroppslig sjukdom av depression finns endast mycket få



KARIN SPARRING BJÖRKSTÉN
ordförande; studie-rektor, Psykiatri Södra Stockholm



INGVAR KARLSSON
vice ordförande; docent, överläkare, neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset/Mölndal; båda i Svensk förening för äldrepsykiatri ingvark@lls.se

»Siffrorna är ... osäkra på grund av olikheter i material och diagnostiska kriterier, men den stora översjukligheten i depression vid kroppslig sjukdom är otvetydig.«

interventioner. Gallo fann att mortaliteten i en population reducerades i en intervention med antidepressiva; minskningen var associerad med reducerad mortalitet i cancer [14]. Bogner et al fann att mortalitet i diabetessjukdom minskade av antidepressiv behandling [15]. Jorge et al studerade effekter av fluoxetin och nortriptylin vid stroke och depression [16]. De fann att båda behandlingarna minskade mortalitet, både hos patienter med diagnostiserad depression och hos de övriga.

Depression upptäcks endast i begränsad uppfattning i somatisk sjukvård. I en studie hade 8 procent av en grupp patienter med akut kranskärlssjukdom moderat/svår depression [17]. Endast en fjärdedel av dessa upptäcktes i vården. Av dialyspatienter i tolv länder hade 40 procent depression men endast 14 procent hade diagnostiserats [18]. Andelen med diagnos varierade starkt mellan olika länder. I en primärvårdsundersökning fanns likartade data i Sverige [19].

Det starka sambandet mellan depressionssjukdom och kroppslig sjukdom/mortalitet har inte i tillräcklig grad uppmärksamats i sjukvården. Jämfört med många andra riskfaktorer är mortalitetsökningen vid depression betydande.

Behandling av depression vid kroppslig sjukdom är likartad den vid behandling av äldre, och goda resultat kan förväntas [20]. Att hitta och behandla psykisk sjukdom vid kroppslig ohälsa kan för-

väntas skapa stora positiva effekter på hälsan.

Vi är övertygade om att äldre psykiatrisk kompetens är ett värdefullt tillskott i vården av multisjuka äldre.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58:175-89.
- Liebetrau M, Steen B, Skoog I. Depression as a risk factor for the incidence of first-ever stroke in 85-year-olds. *Stroke*. 2008;39:1960-5.
- Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:1527-37.
- Sorensen C, Friis-Hasche E, Haghfelt T, Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychother Psychosom*. 2005;74:69-80.
- Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*. 2009;115:5349-61.
- Fröjd K, Håkansson A, Karlsson I, Molarius A. Deceased, disabled or depressed - a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:557-62.
- Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:221-7.
- Bogner HR, Morales KH, Post EP, Bruce ML. Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care*. 2007;30:3005-10.
- Amin AA, Jones AM, Nugent K, Rumsfeld JS, Spertus JA. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *Am Heart J*. 2006;152:928-34.
- Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int*. 2004;66:2047-53.

LÄS MER Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

»Strutsstrategi« ger oss inget nationellt program för fetmakirurgi

I ett debattinlägg påtalar göteborgarna Björn Fagerberg och Ulf Angerås att det saknas ett nationellt handlingsprogram för fetmakirurgi [1]. Det leder till osäkerhet och orättvisor. Operationsresurserna är extremt ojämnt fördelade över landet. De landsting som inte opererar har paradoxalt nog ingen väntelista - varför stå i kö till en vårdform som inte erbjuds?

Tillståndet i nationen är dock betydligt värre än så. Det stora flertalet individer med fetma (antalet svenskar med BMI >35 kg/m² har skattats till 120 000-175 000) kommer aldrig i närheten av ett operationsbord. Men de får heller ingen annan hjälp.

Vi gjorde under våren 2009 en informell genomgång av vad som erbjuds feta svenskar, bortsett från kirurgi [2; debatt på webben]. Vi påtalar bland annat följande:

1. I motsats till flera andra EU-länder saknar Sverige en nationell policy för hantering av fetmaepidemin.

2. Landstingens planer är högggradigt skiftande över landet. Många erbjuder ingenting, andra har vissa satsningar främst på barn och ungdom. Udda är att Dalarna, som av Fagerberg och Angerås påtalas ha lägst operationsaktivitet, hör till de landsting där vi funnit en uttalad ambition att bygga upp icke-kirurgisk vårdhjälp till feta. Stockholms läns landsting tog under våren 2009 fram en förnyad handlingsplan. Den ligger fortfarande på is. Många av våra regionala sagesmän beskriver sina landstings insatser som »mycket snack men lite verkstad«.

3. Primärvården, som rimligen borde ha ansvaret för omhändertagandet, speciellt som fetma är så nära kopplat

till de vanligaste komplikationerna (hjärta-kärl, diabetes, ledbesvär, sömnapné etc), maktar i praktiken föga. Anledningen är rimligen en blandning av okunskap, orkeslöshet och otydlig resursallokering.

Härtill kommer uppgifterna att »fetmaepidemin nu har avtagit«. Det kan göras till ett argument

för att hävda att farran är över. Fetmaincidensens utveckling är fortfarande omstridd, men även om färre drabbas årligen betyder det ju bara att ny-



Foto: Colourbox

När det gäller fetmaepidemin gör landstingen som strutsen, stoppar huvudet i sanden, anser skribenten.

rekryteringen avtar, inte att antalet feta minskat. Vi har aldrig haft så många feta svenskar som i dag. De blir fler från år till år.

Ett nationellt program för fetmakirurgi vore naturligtvis utmärkt. Och ännu bättre vore det om ett sådant kunde inlemmas i ett mera övergripande strategiskt tänkande. Just nu stoppar landstingen som strutsen huvudet i sanden.

Stephan Rössner
professor,
Karolinska institutet, Huddinge
stephan.rossner@ki.se

REFERENSER

- Fagerberg B, Angerås U. Utan nationellt program för fetmakirurgi väntar kaos. *Läkartidningen*. 2010;107:8-9.
- Vågstrand K, Rössner S. Fetmaepidemin - vem har det strategiska ansvaret? *Läkartidningen*. 2009; 106:1668.