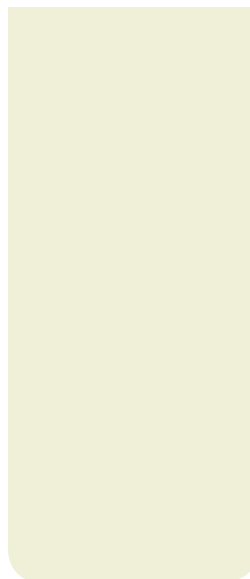


2011



Eldre i Norge: **Forekomst av psykiske plager og lidelser**

Ellen Melbye Langballe

Miriam Evensen

Eldre i Norge:

Forekomst av psykiske plager og lidelser

Ellen Melbye Langballe

Miriam Evensen

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Divisjon for psykisk helse
Mars 2011

Tittel:

Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser

Forfattere:

Ellen Melbye Langballe
Miriam Evensen

Prosjektledere:

Kristian Tambs og Ellinor F. Major

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Rapporten kan også bestilles fra
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
publikasjon@fhi.no
Telefon: 21 07 82 00
Telefaks: 21 07 81 05

Design omslag:

Per Kristian Svendsen og Grete Sømmer

Opplag: 150

Foto omslag:

Colourbox

ISBN 978-82-8082-449-3, trykt versjon
ISBN 978-82-8082-450-9, elektronisk versjon

Forord

Vi har utarbeidet rapporten *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vi håper at rapporten kan bidra til mer kunnskap og engasjement for Eldres psykiske helse. Sunn og aktiv aldring er blitt ensbetydende med god fysisk og psykisk helse, muligheter for aktiv deltagelse i samfunnet og god livskvalitet. Likevel har det både i Norge og en rekke andre land vært lite fokus på psykisk helse blant eldre. Dette gjelder både innen forskning, tjenestetilbudet og forvaltning. Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) konkluderte med at eldre med psykiske lidelser i liten grad hadde nytt godt av planens ressurser og intensjoner, og at det var behov for en betydelig opprusting av tilbudet til eldre. En viktig forutsetning for en slik opprusting er kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre. I arbeidet med rapporten ble det klart at det er få norske og nordiske studier på området. Vi tok derfor også med internasjonale studier – så langt vi mente disse har overføringsverdi til norske forhold. Likevel fremstår kunnskapsgrunnlaget som fragmentert. Resultatene fra de ulike studiene er ikke alltid sammenfallende. I hovedtrekk ser det ut til at de aller eldste har høyere forekomst av psykiske plager og lidelser, mens det blant de noe yngre er en lavere forekomst enn i befolkningen for øvrig.

Hensikten med denne rapporten har vært både å fremheve det vi faktisk vet – og å tydeliggjøre hva vi ikke vet. I årene fremover vil det stadig bli flere eldre i Norge, og vi trenger kunnskap om hvor mange som har hvilke ulike psykiske plager og lidelser. Vi trenger kunnskap om hvordan tilbudet til eldre i psykisk helsevern og kommunenes psykiske helsearbeid bør styrkes. Ikke minst trenger vi kunnskap om hvilke tiltak som kan forebygge psykiske plager og lidelser blant våre eldste.

Vi ønsker å rette en særlig takk til professor Knut Engedal ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse for verdifulle innspill til rapporten.

Vennlig hilsen

Arne Holte

Divisjonsdirektør

Divisjon for psykisk helse

Innhold

Forord	3
Innhold	5
Sammendrag	6
Innledning	7
Målsettingen for rapporten.....	7
Definisjoner	8
Metodiske utfordringer	8
Metodisk framgangsmåte	10
Forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre	11
Psykososer og delirium	11
Somatoforme lidelser.....	13
Alkoholmisbruk	13
Depresjon	13
Angst	17
Demens	18
Komborbiditet	19
Selvmord blant eldre.....	21
Resultater fra undersøkelser som sammenligner aldersgrupper.....	21
Diskusjon	23
Oppsummering	25
Referanseliste	27
Appendix	
Relaterte forskningsprosjekter i Norge	35
Forebygging og forskningsutfordringer	37

Sammendrag

Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser

Hovedkonklusjon i denne rapporten er at vi har mangelfull kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge over 65 år. Vi har få studier om dette her i landet, og det er heller ingen datakilder per i dag som kan brukes til slike forekomstberegninger. Rapporten er derfor først og fremst basert på en gjennomgang av nordiske vitenskapelige publikasjoner om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre. Vi har også tatt med undersøkelser fra andre land som vi antar kan være gyldige også for norske forhold.

Undersøkelsene viser stor spredning i omfanget av psykiske plager og lidelser blant eldre avhengig av hvilke utvalg som har blitt undersøkt, hvilke data som har blitt samlet inn og hvordan datainnsamlingen har foregått. Yngre eldre i 60-70 års alderen som bor hjemme har antagelig relativt lav forekomst av psykiske plager og lidelser sammenlignet med den øvrige voksne befolkningen. Imidlertid finner studier blant eldre som bor på ulike former for institusjoner høy forekomst av psykiske plager og lidelser.

På befolkningsnivå tyder undersøkelsene vi har gjennomgått på at om lag 4 - 8 % av eldre over 65 år kan lide av alvorlig depresjon, mens om lag 25 -35 % kan ha depressive plager. Forekomstestimatene for alvorlige angstlidelser og symptomer på angst ser ut til å være om lag de samme som for depresjon. Psykoser og demens forekommer blant om lag 0,5 – 1,0 % av de yngste av de eldre (65-70 år). Forekomsten av demens blant de aller eldste er høy, og helt oppe i 80 % i enkelte sykehjemsstudier. Forekomsten av lidelser som kan ha psykotiske ledsagersymptomer øker også med økende alder, slik at psykotiske symptomer blant de aller eldste antakelig er mer vanlig enn blant de yngste av de eldste.

I grove trekk tyder altså vår gjennomgang av forskningen på at forekomsten av psykiske plager og lidelser blant de yngste av de eldste (65-70 år) er relativt lav sammenlignet med både yngre og eldre aldersgrupper. Blant de aller eldste er særlig forekomsten av ulike former for symptompress høyere (som angst- og depresjonsplager og symptomer på psykoser), og i enkelte grupper svært høy.

Innledning

I Norge, som i store deler av resten av verden, lever vi stadig lenger. Eldre år utgjør en større del av livsløpet enn tidligere. I tillegg fødes færre barn slik at tilveksten av unge ikke er like stor som før. Konsekvensen er at andelen eldre i forhold til andelen yngre i befolkningen blir stadig større.¹ På grunn av disse demografiske endringene, er det et uttalt ønske fra myndigheter og beslutningstagerer i flere land at det må tilrettelegges for at eldre kan være friske og selvhjulpne lengst mulig. For å få til dette, har sunn og aktiv aldring ("healthy ageing") blitt et satsingsområde i store deler av den vestlige verden. Det fins ulike definisjoner på sunn og aktiv aldring. Ofte nevnes faktorer som god fysisk og psykisk helse, muligheter for aktivt deltagelse i samfunnet uten å bli diskriminert, og god livskvalitet. Det varierer i hvilken grad ulike land og regioner har iverksatt konkrete tiltak for å tilrettelegge for sunn og aktiv aldring. Et fellestrekk er likevel at det både innen forskning og forvaltning, i Norge og internasjonalt, har vært lite oppmerksomhet på psykisk helse blant eldre.²

Med den naturlige aldringsprosessen følger biologiske endringer som gjør at eldre kan ha redusert fysiologisk reservekapasitet. Det kan blant annet føre til økt sårbarhet for fysiske og psykiske plager og lidelser. Det å bli eldre vil si at forventet gjenværende levetid er relativt kort, som igjen kan gi eksistensielle utfordringer. I tillegg innebærer det å bli eldre økt sannsynlighet for funksjonstap, sykdom og tap av arbeid, partner og venner. Selv relativt milde symptomer på psykiske plager hos eldre kan ha store konsekvenser fordi dårligere helse, særlig kombinert med funksjonstap, ganske raskt kan gå ut over evnen til å klare seg selv. Milde symptomer på psykiske plager hos eldre kan dessuten være tidlige tegn på at alvorlige helseproblemer er under utvikling (se for eksempel Ehrt og Årslund, 2005; Lebowitz, 1997; Malt, Retterstøl og Dahl, 2003).

En større andel eldre i befolkningen vil føre til at den totale forsørgerbyrden for voksne i arbeidsfør alder vil øke betraktelig i tiden fremover (Brunborg og Texmon, 2010). Til tross for økt fokus på de helsefaglige og samfunnsmessige utfordringene som følger i kjølvannet av en større andel eldre i befolkningen, er de fleste lands helsemyndigheter generelt sett lite forberedt på å respondere på nåværende og fremtidige psykiske plager og lidelser blant eldre.³

Målsettingen for rapporten

Rapportens målsetting er å kartlegge omfanget av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge. I utgangspunktet ønsket vi å basere rapporten på evidensbasert kunnskap fra norske og nordiske undersøkelser, men systematiske litteratursøk avdekket få forekomststudier om psykisk helse blant eldre i Norden. Derfor har vi i tillegg oppsummert internasjonale studier der resultatene kan være overførbare til norske forhold, i hovedsak metaanalyser og oversiktsartikler.

¹ Se <http://www.ssb.no/norge/bef/>

² http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf

² http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf

³ http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20100628_rep_en.pdf, side 5

Definisjoner

Eldre

Hvilke aldersgrupper som anses som eldre varierer i litteraturen, men ofte defineres eldre som mennesker over 65 år. Forekomsten av plager og lidelser blant eldre kan være svært ulikt fordelt mellom menn og kvinner, i ulike aldre og mellom ulike sosiodemografiske grupper. Vi vil derfor, i den grad det er mulig, rapportere forekomst fordelt på kjønn, aldersgrupper og andre demografiske kjennetegn ved utvalgene i studiene som kan ha betydning for forekomstestimatene.

Forekomst

Begrepene forekomst og prevalens benyttes synonymt i rapporten og er definert som antall personer som har rapportert, eller blitt registrert med en psykisk plage eller lidelse innenfor et gitt tidsrom. Dette tidsrommet er ofte forskjellig i de ulike undersøkelsene som er referert i denne rapporten.

Psykiske plager og lidelser

Rapporten omhandler både psykiske plager og lidelser blant eldre, inkludert demens. *Psykiske plager* varierer mye i uttrykk og alvorlighetsgrad og kan medføre symptomer som er klart belastende for individet uten at alle diagnosekriterier for en *psykisk lidelse*, spesifisert i diagnosesystemene ICD-10⁴ eller DSM-IV⁵, er oppfylt.

Metodiske utfordringer

Det er mange og store metodologiske utfordringer ved forskning på psykiske plager og lidelser blant eldre. Én konsekvens av dette er at det er vanskelig, og ofte ikke mulig, å sammenligne forekomstestimer fra ulike studier (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006; Bryant, Jackson og Ames, 2008). Dette vil bli utdypet utover i rapporten. Det er særlig tre utfordringer ved beregninger av forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre:

- Forekomstestimatene av psykiske plager og lidelser blant eldre varierer i forhold til hvilke demografiske grupper som inngår i utvalgene, ulike aldersgrupper, og om individene som studeres bor hjemme eller på institusjon.
- En psykisk plage eller lidelse defineres og måles ofte forskjellig i de ulike undersøkelsene.
- Psykiske plager og lidelser blant eldre, som for eksempel depresjon, kan delvis eller helt komme til uttrykk ved andre tegn og symptomer enn blant yngre mennesker. Hvilke utredningsverktøy og spørreskjemaer som er best i stand til å fange opp psykisk plager og lidelser blant eldre er en pågående diskusjon.

Forekomst av psykiske plager og lidelser i ulike deler av eldre-befolkningen

Hvilken populasjon som inngår i studier av eldre varierer fra undersøkelse til undersøkelse. Mange eldre bor hjemme og klarer seg selv, mens andre bor hjemme, men trenger regelmessig hjelp av pårørende eller hjemmesykepleien. Noen bor i ulike former for institusjon eller er innlagt på sykehus. Prevalensstudiene vi viser til i denne rapporten tyder på at forekomsten av

⁴ ICD-10 viser til den Internasjonale sykdomsklassifikasjon utviklet av Verdens helseorganisasjon, Tiende utgave

⁵ DSM-IV viser til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, utviklet av den amerikanske psykiatriforeningen. Fjerde utgave.

alvorlige psykiske plager og lidelser blant eldre som er pleietrengende eller bor på institusjon er betydelig høyere enn blant dem som bor hjemme og klarer seg helt eller delvis selv.

Forekomsten av psykiske plager eller lidelser blant eldre som bor på institusjoner er igjen påvirket av hva som gir størst sannsynlighet for å få plass på institusjon. Nihtilä et al. (2008) har undersøkt hvilke kroniske tilstander som er sterkest assosiert med plassering på institusjon blant eldre mennesker i Finland. Opplysninger fra omtrent 281 000 personer over 65 år ble analysert ved hjelp av koblinger av data fra ulike registre. Blant både menn og kvinner var særlig demens, men også Parkinsons sykdom, blant de kroniske tilstandene som økte sannsynligheten for plassering i institusjon mest. Psykoser, slag, andre psykiske helseproblemer, depressive symptomer, lårhalsbrudd og diabetes var også sterkt forbundet med å være i institusjon.⁶ Personer med demens, Parkinsons sykdom, andre psykiske helseproblemer og slag hadde de lengste oppholdene på institusjon i denne undersøkelsen (Nihtilä et al., 2008).

Store ulikheter i prosedyrer for innsamling av data innen feltet

Forskning på Eldres psykiske plager og lidelser preges av at ulike forskningsdesign og datainnsamlingsmetoder er brukt i de forskjellige undersøkelsene. I tillegg brukes ulike kriterier for definisjoner av plager og lidelser. Informasjon om utbredelse av psykiske plager og lidelser kan innhentes via ulike metoder og ved bruk av kilder som spørreskjemadata, diagnostiske utredningsverktøy, pårørendeopplysninger, journalopplysninger eller ved registerdata. Det er utfordringer knyttet til å måle utbredelse av psykiske plager blant eldre ved alle de nevnte innsamlingsmetodene og ved bruk av de ulike innsamlingsverktøyene. Dersom målet er å kartlegge forekomst av psykiske lidelser, kreves personlige diagnostiske undersøkelser som er både omfattende og kostbare. Gjennomgang av journaler, for eksempel fra fastlegekontorer, sykehjem eller sykehus, er et alternativ, men har klare begrensninger, fordi psykiske plager og lidelser er lite utredet og kartlagt blant eldre. For eksempel har omtrent bare halvparten av eldre på sykehjem i Norge som lider av demens blitt utredet for sykdommen (Selbæk, Kirkevold og Engedal, 2007).

Spørreskjemadata er mindre kostbare og kan innhentes i større omfang enn klinisk diagnostiske data. Informasjon fra spørreskjema er imidlertid basert på egenrapportert helse og er vanskelig å anvende som kartleggingsverktøy for ulike diagnoser. Spørreskjemadata kan likevel brukes til å si noe om utbredelse av symptomer som kan indikere psykiske plager og lidelser.

God oppslutning i helseundersøkelser er avgjørende for å oppnå tilstrekkelig informasjon til å gjøre gyldige beregninger av forekomsten av sykdommer eller helseplager i ulike befolkninger eller befolkningsgrupper. Ved lav oppslutning kan det være usikkert om de som deltar er representative for den befolkningen en ønsker å finne ut mer om. Forhold som kan føre til utvalgsskjevheter kan være aldersbetingete faktorer som redusert syn og hørsel, kognitiv svekkelse eller sykdom. Assistanse ved utfylling av skjemaer kan også være nødvendig, men dette har begrensninger, blant annet kan rapportering av helseplager ansikt til ansikt med en annen person gi et lavere rapportert symptomnivå enn utfylling av spørreskjema på egen hånd (Moum, 1998).

Tegn og symptomer på psykiske plager og lidelser hos eldre versus yngre

Depresjon blant eldre har antagelig samme kjernesymptomer som blant yngre, men kan komme til uttrykk på en annen måte (se for eksempel Blazer, 2009; Bryant, 2010; Gottfries, 1998; Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2010). Blazer (2009) har foreslått at depresjon blant eldre

⁶ I den refererte studien var institusjonalisering definert som å havne på sykehjem, sykehus, omsorgsboliger (service home) eller helsesenter hvor varighet på oppholdet var definert som mer en 90 dager.

sammenlignet med yngre preges av relativt lite tristhet (sadness) og selvopplevd nedstemthet, men desto mer av apati og generelt tap av interesse. Det kan også være at eldre er mindre komfortable med å snakke om følelser enn yngre mennesker (Bryant, 2010) slik at relevante tegn og symptomer ikke blir godt nok avdekket med de vanligste utredningsverktøyene og spørreskjemaene.

Kjennetegn ved depresjon blant eldre er et tema som diskuteres i fagmiljøene. Slik kunnskap er viktig for planlegging og gjennomføring av det sosiale og medisinske helsetjenestetilbudet til eldre, men også for å finne ut i hvilken grad etablerte mål som brukes i helseundersøkelser er i stand til å fange opp psykiske plager og lidelser blant eldre mennesker på en tilfredsstillende måte. Det antas at psykiske plager og lidelser blant eldre tildels kjennetegnes av andre tegn, symptomer og utfall enn blant yngre voksne. Det kan derfor være at andre mål og andre metoder for innsamling av epidemiologiske data burde vært brukt for å undersøke omfanget av psykiske plager blant eldre (Riedel-Heller, Busse og Angermayer, 2006).

Metodisk framgangsmåte

For å innhente informasjon om psykiske plager og lidelser blant eldre, gjorde vi først et bredt litteratursøk i databasen ISI web of knowlegde. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble avgrenset ved å benytte disse søkeordene: (Mental health OR mental disorder* OR mental disease OR mental illness OR depression OR depressive disorder* OR anxiety OR psychiatric disorder OR suicid*OR major depressive disorder OR dysthymic disorder* OR dysthymia OR panic disorder* OR social phobia OR agoraphobia OR bipolar disorder* OR schizophrenia) AND (ageing OR aging OR age groups OR elderly OR oldest-old OR geriatr*) AND (Incidence OR Prevalence OR Occurrence) AND (Scandinavia OR Nordic OR Denmark OR Finland OR Iceland OR Norway OR Sweden OR Danish OR Finnish OR Icelandic OR Norwegian OR Swedish). Søket var avgrenset til studier publisert mellom 1995–2010.

Overnevnte søk ga 321 treff. Vi var i første rekke interessert i prevalensstudier blant eldre fra Norge og Norden. I en grundig gjennomgang av alle abstraktene ble mange studier lagt til side grunnet lav relevans. Vi fant ingen nyere originalstudie med målsetning å kartlegge det totale omfanget av psykiske plager eller lidelser blant eldre i Norge. Datagrunnlaget for slike analyser er også begrenset i Norge sammenlignet med Sverige, Danmark og Finland fordi disse landene har omfattende registerdata om psykiske lidelser som er tilgjengelig for forskning (se for eksempel Laursen et al., 2010). Vi fant heller ingen metaanalyser eller oversiktsartikler som estimerte omfanget av psykiske plager og lidelser i den generelle befolkningen av eldre i Norge. På grunn av det begrensede litteraturtilfanget ved første søk gjorde vi utvidede tilleggssøk i ISI Web of Knowlegde, MedLine og Google scholar. Da ble også resultater fra internasjonale studier som kan være overførbare til norske forhold inkludert i litteraturgjennomgangen. Vi gikk i tillegg gjennom referansene i de mest aktuelle artiklene for å finne undersøkelser som har estimert forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre. Relevante artikler fra alle disse søkene er referert i rapporten. Fordi utvalgene, aldersgruppene, typer av psykiske plager og lidelser, samt målemetodene er så forskjellig i de undersøkelsene som er gjennomgått, har det ikke vært mulig å gjøre en metaanalyse. Heterogeniteten i studiene har gjort at vi heller ikke fant det hensiktsmessig å gjøre egne beregninger av totalforekomst eller forekomst for undergrupper, som type plage/lidelse, alder eller bosted. I denne rapporten er resultatene fra undersøkelser som ble vurdert som mest relevante oppsummert, med vekt på hvilke grupper som er representert, definisjon av plage eller lidelse og forekomstestimer fra hver enkelt undersøkelse.

Forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre

En systematisk oversiktsartikkel om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre over 65 år i de 15 landene som først ble med i EU tyder på at depresjon og demens er de hyppigst forekommende psykiske lidelsene (inkludert de organiske betingede) blant eldre mennesker, og de mest studerte. Andre psykiske plager og lidelser som psykoser, somatoforme lidelser, misbrukslidelser og angstlidelser blant eldre er det færre studier på, og dermed mindre kunnskap om (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006).

Psykoser og delirium

Psykoser omfatter en heterogen gruppe av lidelser, og klassifikasjonen av disse i ulike faser av livet er noe som diskuteres innen fagfeltet. Et sentralt kjennetegn ved psykoser er realitetsbrist eller sviktende realitetsvurdering som kan være av både kort og lang varighet. Psykoser kan komme til uttrykk ved hallusinasjoner, vrangforestillinger og andre tankeforstyrrelser som kan påvirke atferd og sosial funksjon på ulike vis (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Innen denne sykdomsgruppen er det også store forskningsutfordringer, som ikke-rapporterte eller ikke-diagnostiserte tilfeller, ulike definisjoner på sykdomstilfeller og ulike datainnsamlingsmetoder (Henderson og Kay, 1997).

Delirium er per definisjon en organisk betinget, reversibel forstyrrelse i hjernens metabolske funksjoner (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003; Mittal et al, 2011). Tilstanden kan utvikles akutt over noen timer eller dager. Sentrale kjennetegn ved delirium er kognitive forstyrrelser i bevissthet, orientering, oppmerksomhet og planlegging (Brown og Boyle, 2002).

En serie artikler fra Sverige kartlegger forekomsten av psykotiske symptomer hos eldre. Diagnostiseringen ble foretatt ved psykiatriske og somatiske undersøkelser, ved å intervjuer nøkkelinformanter som ektefelle, slektning eller sykepleier, og ved å gå gjennom medisinske journaler. Den første studien undersøkte forekomst av psykotiske symptomer blant 85-åringer som enten var hjemmeboende eller bodde på en institusjon (n=347). Deltagelsen var litt over 60 %. Eldre som led av demens inngikk ikke i undersøkelsen. Forekomsten av psykotiske symptomer var om lag 10,1 % (7,1 -13,7)⁷, hallusinasjoner 6,9 % (4,5 -10,1)⁷ og forvirringstilstander 5,5 % (3,3 -8,4)⁷ (Östling og Skoog, 2002). Disse tallene kan være vanskelig å fortolke. For eksempel er hallusinasjoner et vanlig symptom ved delirium. Mange eldre med somatisk sykdom har delirium, og av den grunn hallusinasjoner.

I en annen studie ble forekomsten av psykotiske symptomer kartlagt for 95-åringer. Opprinnelig var 338 eldre (respons 60 %) valgt ut til studien, men etter å ha ekskludert personer med demens, gjensto 163 som deltok videre. (Östling, Børjesson-Hanson og Skoog, 2007). Forekomsten var 7,4 % for psykotiske symptomer, (3,8-12,5)⁷, for hallusinasjoner 6,7 % (3,4-11,8)⁷ og for forvirringstilstander 0,6 (0,0-3,4)⁷. I en tredje artikkel ble forekomsten undersøkt i et noe yngre utvalg med 70, 78 og 82-åringer. Utvalget bestod av 894 personer som ikke hadde en demensdiagnose. Deltagelsen var på 68 % (Sigström et al., 2009). Forekomsten av psykotiske symptomer var for disse tre aldersgruppene mye lavere enn for 85- og 95-åringer. Kun 0,9 % av 70-åringene og 1,2 % av 78- og 82-åringer hadde en eller annen form for psykotiske symptomer. Gjennomføringen av studiene er svært systematiske og grundige. Samtidig må det tas forbehold om at bruken av flere informanter for diagnostisering og det at relativt få personer ble inkludert kan bety at estimatene kan være annerledes i andre utvalg.

⁷ I parentesene vises 95 % konfidensintervall (KI). KI sier noe om usikkerhetsmarginer i estimatene. Jo smalere intervall, jo høyere presisjon, og motsatt.

Forvirringer er et ikke-medisinsk begrep som er vanskelig å tolke. Symptomene på forvirringstilstander blant eldre er som i den øvrige befolkningen, men risikoen øker med degenerative lidelser og somatiske sykdommer som er mer hyppig forekommende blant eldre enn blant yngre. Forvirringstilstander kan også oppstå som bivirkninger av legemidler.

En studie som inkluderte 95-åringer i Göteborg født mellom 1901-03 (65 % responsrate, n=338) fant at to tredjedeler av deltakerne oppfylte diagnosekriteriene for en psykiatrisk lidelse når tegn og symptomer den siste måneden ble undersøkt (Børjesson-Hanson et al., 2011). Av personene som inngikk i undersøkelsen, oppfylte 52 % kriteriene for demens, 8 % for depresjon, 4 % for angst, og 3 % for en psykotisk lidelse. Blant eldre som ikke hadde demens oppfylte 29 % kriteriene for en psykisk lidelse, hvorav 17 % hadde depresjon, 9 % angst og 7 % en psykotisk lidelse (Børjesson-Hanson et al., 2011). Tabell 1 viser utvalgte undersøkelser om forekomsten av psykotiske symptomer blant eldre.

Tabell 1: Utvalgte undersøkelser som viser prevalens for psykoser samt bipolare lidelser blant eldre

Forfatter, år	Hvor/studie	Utvalg	Alder, år	Type lidelse	Prevalens
Östling og Skoog, 2002	Göteborgstudie, Sverige	n=347, respons: 60 % *	85	Psykoser	Psykotiske symptomer: 10,1 % Hallusinasjoner: 6,9 % Forvirringstilstander: 5,5 %
Östling, Hansen og Skoog, 2007	Göteborgstudie, Sverige	Opprinnelig n=338, respons: 60 %. Uten påvist demens: n=163	95	Psykoser	Psykotiske symptomer: 7,4 % Hallusinasjoner: 6,7 % Forvirringstilstander: 0,6 %
Sigström et al., 2009	Göteborgstudie, Sverige	n=894, respons: 68 % *	70, 78 og 82	Psykoser	Psykotiske symptomer: 0,9-1,2 %
Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009	NCS-R studien, USA**	n= 9282, respons: 70,9 %. Over 65 n= 1461	65+	Bipolar lidelse, DSM-IV	0,2 %

* Uten påvist demenssykdom

Schizofreni

Schizofreni kan oppstå gjennom hele livet, men et stort flertall blir syke før 30 årsalderen. (Baldwin et al., 2005; Brewin et al., 1997). Forekomsten av schizofreni gjennom livsløpet har vært antatt å være ca 1 % og å variere lite fra land til land.⁸ Nyere forskning tyder på en redusert forekomst gjennom de siste tiårene, kanskje ned mot 0,5 % (Saha et al., 2005). Denne observerte nedgangen kan enten avspeile reell endring eller skyldes forandring i diagnostisk praksis eller andre feilkilder (Jablensky, 1995). Flere studier som er oppsummert i Hybels og Blazer (2003) peker i retning av at schizofreni forekommer blant omtrent 0,1 % i generelle befolkningsutvalg over 65 år, men forfatterne påpeker at de lave estimatene kan skyldes de diagnostiske kriteriene som var da disse undersøkelsen ble gjennomført.⁹ I andre studier er forekomsten høyere, opp mot 1 %, men det er en del usikkerhet knyttet til disse estimatene (se for eksempel Meesters et al., 2010). Relativt få med schizofreni antas å bli helt friske, men den tilsynelatende kraftige nedgangen i utbredelse blant eldre kan et stykke på vei skyldes at personer med schizofreni lever rundt 20 år kortere enn befolkningen for øvrig (Tiihonen et al., 2009).

⁸ American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, p.886

⁹ I DSM- III var et av kriteriene for schizofreni at første symptom skulle opptre før 45 års alder

Bipolare lidelser

Det er lite kunnskap om forekomsten av bipolare lidelser blant eldre. Riedel-Heller, Busse og Angermeyer (2006) kunne ikke finne noen studier som estimerte forekomsten av bipolar lidelse blant eldre i noen av de 15 landene som var inkludert i deres litteraturgjennomgang. I en amerikansk befolkningsstudie (The National Comorbidity Survey-Replication) ble 12 måneders forekomst for bipolar lidelse hos eldre over 65 år estimert til 0,2 % (Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009), men det er mulig at studier foretatt på institusjoner ville funnet høyere estimater.

Somatoforme lidelser

Somatoforme lidelser vil si opplevelse av plagsomme fysiske symptomer som ikke er objektivt påvist. Sammenhengen mellom for eksempel fysiske symptomer og depresjon er komplisert, kanskje særlig blant eldre. Symptomene kan forveksles og feiltolkes; opplevde fysiske symptomer som ikke har en objektivt påviselig fysisk årsak kan skyldes depresjon. Samtidig kan fysiske plager føre til depresjon, og depresjon blant eldre kan øke risikoen for fysiske lidelser. Kriteriene for somatoform lidelse er i følge DSM-III/IV og ICD-10 omfattende, og ikke mange eldre oppfyller samtlige. En oversiktsartikkel viste en spredning i estimatene fra 0,1 % til 36,1 %, avhengig av utvalgene undersøkelsene var gjennomført i, og hvordan symptomer ble definert og målt (Sheehan og Banerjee, 1998).

Alkoholmisbruk

Undersøkelser tyder på at alkoholavhengighet blant eldre er relativt sjelden (se for eksempel Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006; Pirkola et al., 2005), men andelen eldre med et problematisk alkoholkonsum kan være ganske høy (Hybels og Blazer, 2003). Det er lite forskningsbasert kunnskap om alkoholkonsum blant eldre i Norge.

Depresjon

Depresjon er kanskje en av de viktigste årsakene til emosjonelle plager blant eldre mennesker (Blazer, 2009). Undersøkelser tyder på at depresjon forekommer dobbelt så ofte blant kvinner som blant menn, noe som også ser ut til å gjelde blant eldre (Kessing, 2006; Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009). Unntaket er blant de aller eldste hvor forekomsten antagelig er omtrent lik mellom kvinner og menn (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006).

Depresjon er ikke én lidelse, men en samlebetegnelse for en rekke ulike stemningslidelser (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Kjernesymptomene kan beskrives som nedtrykthet og nedsatt lyst og energi. I tillegg kommer en rekke ledsagersymptomer. Mange av symptomene på depresjon antas å være de samme uavhengig av alder, men som beskrevet på side 9, kan depresjon komme til uttrykk ved andre tegn og symptomer blant eldre enn blant yngre.

Mange studier har brukt indikatorer på depresjon fra blant annet spørreskjemadata som grunnlag for sine analyser, mens det er færre studier som har brukt klinisk validerte diagnoser; det vil si data hvor pasienter har blitt undersøkt og diagnostisert. En oversiktsartikkel med studier fra 15 ulike EU-land rapporterte stor spredning i forekomsten av depresjon i ulike utvalg av eldre, fra 3,1 % til 23,6 % (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006). Den store spredningen skyldes nok at undersøkelsene bruker ulike utredningsverktøy og måler ulike grader av depresjon.

En annen systematisk gjennomgang som inkluderte 55 internasjonale studier om forekomst av depresjon (studier med både intervjubasert depresjonsdiagnoser etter DSM- eller ICD- kriterier og selvrapporterte symptomskårer var inkludert) blant eldre i perioden 1990-2001 fant stor spredning i prevalensestimaterne (Rosenvinge og Rosenvinge, 2003). Aldersspredning i

undersøkelsene var 60-102 år, og gjennomsnittlig prevalens for depresjon blant eldre totalt (inkludert eldre på sykehjem) ble beregnet til 17 %, med en spredning fra 2 % til 62 % mellom de ulike studiene. Gjennomsnittlig prevalens når eldre på sykehjem var ekskludert var noe lavere; for depresjon totalt på 13 %, med en spredning fra 2 % til 39 %, og for alvorlig depresjon 6 %, med en spredning fra 0 % til 6 %. For undersøkelser som omfattet sykehus og sykehjem var de tilsvarende gjennomsnittlige totaltallene henholdsvis 31 % (spredning: 5-58 %) og 32 % (spredning: 5-62 %). Forekomsten av alvorlig depresjon i sykehus og sykehjem var i gjennomsnitt på henholdsvis 14 % (spredning: 4-26 %) og 5 % (spredning: 1-10 %). De store spredningene tyder på at forekomsten av depresjon varierer betydelig avhengig av hvilke populasjoner som undersøkes. I de 55 studiene som ble gjennomgått var det store forskjeller i utvalgstyper og -størrelser, utvalgsprosedyrer og diagnostikk. Dette vanskeliggjør en entydig metodologisk inndeling. I en norsk undersøkelse av Barca et al. (2010) ble forekomsten av depresjon blant sykehjemsbeboere ved 26 sykehjem i 18 kommuner beregnet. Utvalget bestod av omtrent 900 individer hvor gjennomsnittsalder var 85,3 år, og 73,7 % av utvalget var kvinner. Cornell skala og Klinisk demensvurdering var blant måleverktøyene som ble brukt. Forekomsten av depresjon var omtrent 21 % både ved første intervju tidspunkt og ved oppfølgingen 12 måneder senere. 231 individer, det vil si 26,7 % av utvalget døde før oppfølgingstidspunktet. Pasientene som døde i løpet av de 12 månedene var signifikant mer deprimerede enn de som levde lenger. Barca et al. (2010) konkluderer med at resultatene er i tråd med mange andre studier som viser at depresjon er en prediktor for mortalitet.

En finsk studie fra 2004 fulgte et utvalg eldre over en tiårs periode for å undersøke depressive symptomer (Heikkinen og Kauppinen, 2004). Utvalget besto av 75-åringene (n=337) som bodde i en middels stor by i Finland. Disse ble intervjuet i 1989, i 1994 (n=222) og i 1999 (n=131). Depressive symptomer ble kartlagt ved bruk av Centre for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D). Depresjon ble definert som symptomskåre over en bestemt grenseverdi (≥ 16). Ved første intervju oppfylte 36,6 % av kvinnene og 27,4 % av mennene kriteriene for en depressiv lidelse. Etter 10 år var tallene henholdsvis 44,7 % for kvinner og 29,7 % for menn.

I en annen finsk populasjonsstudie (n=5993, alder 15-75 år) ble en kortform av University of Michigan versjon av Composite International Diagnostic Interview (UM-CIDI) brukt til å generere en sannsynlig diagnose for alvorlig depressiv episode det siste året ifølge kriteriene til DSM-III. For den ikke-institusjonaliserte befolkningen i aldersgruppen 65-75 år ble det observert en totalprevalens på 6,7 % (n=51), blant kvinner på 8,4 % (n=38) og blant menn 4,1 % (n=13) (Lindeman et al., 2000). Enker og enkemenn var underrepresentert i utvalget, noe som kan ha påvirket prevalensestimaterne, antagelig i retning av å være underestimerer.

I en norsk befolkningsundersøkelse (n=62 344, respons 68 %), Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, ble symptomer på depresjon målt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Stordal et al., 2001). Aldersspesifikke forekomsttall for depresjon, definert som symptomskåre over en bestemt grenseverdi (≥ 8) viste her en økning med alderen. Mens om lag 14 % av 60-69 åringene har symptomer på depresjon, økte forekomsten til 17 % for 70-79 åringene, og til henholdsvis 23 % for menn og 18 % for kvinner i aldersgruppen 80-89 år. Disse resultatene skiller seg fra andre depresjonsstudier med hensyn til aldersforskjeller. Det skyldes antakelig at HADS-Depression måler andre symptomer enn det som vanligvis måles i depresjonsskalaer. Resultatene kan derfor ikke uten videre sammenlignes med dem fra andre undersøkelser, men de tyder likevel på at forekomsten av depresjon ikke synker blant de aller eldste. En annen norsk studie som også brukte HADS og som var gjennomført i et utvalg fra den generelle populasjonen i Hordaland (HUSK-studien) fant at blant de 1930 deltagerne (respons: 45 %) i aldersgruppen 72-74 år skåret 9,3 % over kuttgrensen for depresjon (≥ 8) og

12,9 % over kuttgrensen for angst (≥ 7) på henholdsvis HADS-Depression og HADS-Anxiety (Biringet et al., 2005).

I Kungsholmen i Stockholm ble alle personer over 75 år ($n = 2368$) i 1987 invitert til å delta i en omfattende undersøkelse om fysisk og psykisk helse (beskrevet i Fratiglioni, et al., 1997).

Utvalget har blitt fulgt opp med flere undersøkelser over flere år. Fra denne studien ble det i 1999 publisert en artikkel om forekomsten av alvorlig depresjon blant de aller eldste. Data fra personer over 85 år uten påvist demens ($n = 875$) ble analysert. DSM-IV kriteriene ble brukt for å definere depressive symptomer. Resultatene viste at 4,1 % oppfylte kriteriene for en alvorlig depressiv episode ved oppfølgingsundersøkelsen (Forsell og Winblad, 1999).

En dansk befolkningsstudie har undersøkt forekomsten av depresjon i et tilfeldig og randomisert utvalg på 2040 personer i alderen 20-79 år ($n=1205$, respons: 60 %). Responsen blant de eldste var relativt lav, men av de 248 deltagerne i alderen 65-79 år, rapporterte 4 % symptomer på alvorlig depresjon de siste to uker (basert på kriteriene i DSM-IV) (Olsen, Mortensen og Bech, 2004). Tilsvarende tall for aldersgruppene 35-49 år og 50-64 år var henholdsvis 4,1 % og 1,7 %.

I The Umeå 85+-studien ble forekomst av depresjon i et utvalg med 85-, 90- og 95- åringer kartlagt (Bergdahl et al., 2005). 242 personer inngikk i studien (respons: 75,9 %). Depresjon ble utredet ved besøk både hos hjemmeboende eldre og eldre som bodde på sykehjem. Flere diagnoseverktøy ble benyttet, som Geriatrik depresjonsskala (GDS-15), Montgomery Åsberg Depresjonsskala (MADRS) og Organic Brain Syndrome Scale (OBS-scale). De som tidligere hadde fått en diagnose for depresjon og som gikk på antidepressiva under datainnsamlingsperioden ble diagnostisert som depressive. Om lag 27 % av utvalget ($n=65$) oppfylte kriteriene for en depresjonsdiagnose, men det var store forskjeller mellom aldersgruppene. Prevalensen blant 85-åringene var på 16,8 %, mens det var en signifikant høyere prevalens på 34,1 % blant 90-åringene og på 32,3 % blant 95-åringene. Forskerne fant ingen kjønnsforskjeller. Forfatterne antar at den høye forekomsten kan skyldes at det i utvalget var mange med demens og mennesker som bodde på sykehjem, men med såpass få deltakere kan vi heller ikke se bort fra at funnene skyldes tilfeldigheter.

I en annen studie ble deltakerne i Umeå 85+-studien sammenlignet med et utvalg eldre fra et mer landlig strøk ($n= 363$). Hensikten var å undersøke hvorvidt det er forskjeller i depresjon mellom eldre bosatt i byen versus på landet (Bergdahl et al., 2007). Totalprevalensen for aldersgruppene samlet var ikke signifikant forskjellige mellom de to gruppene; 26,9 % i byen og 33,9 % på landet. Blant 85-åringene var prevalensen 16,8 % for de som bodde i by mens den var 37,3 % for de som bodde på landet. For 90-åringene var det ingen klare forskjeller, mens for dem over 95 år var prevalensen 32,3 % i byen og 14,6 % på landet. I tabell 2 har vi oppsummert utvalgte studier på depressive lidelser og symptomer hos eldre.

Tabell 2: Utvalgte undersøkelser som viser prevalens for depressive lidelser/symptomer blant eldre.

Forfatter, år	Hvor/studie	Utvalg	Alder, år	Type lidelse	Prevalens
Barca et al., 2010	Depresjon hos sykehjemsbeboere, Norge	n=902	Gj.snitt 84,3	Cornell Scale	21,2 % ved første måletidspunkt samt ved oppfølging 12 mnd. senere
Biringer et al., 2005	HUSK, Norge	n=1930, respons: 45 %	72-74	HADS-Depresjon	9,3 %
Bergdahl et al., 2005	Umeå 85+, både hjemmeboende og sykehjem, Sverige	n=242, respons: 75,9 %	85, 90, 95	GDS-15, MADRS, OBS-scale	85 år: 16,8 % 90 år: 34,1 % 95 år: 32,3 %
Bergdahl et al., 2007	Umeå 85+, både hjemmeboende og sykehjem, Sverige	n=363, respons: 74 %	85, 90, 95	GDS-15, MADRS, OBS-scale	By: 26,9 % Land: 33,9 %
Børjesson-Hanson et al., 2011	Kohortstudie f.1901-1903, Sverige	n=338, respons: 65 %	95	DSM-III-R, alle depressive lidelser, inkl. dystymi	16,6 %, demente ikke medregnet
Forsell og Winblad, 1999	Longitudinell studie fra Kungsholmen, Sverige	n=875	85 + blant eldre uten påvist demens	DSM-IV for alvorlig depressive lidelser	4,1 %
Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009	NCS-R studien, USA**	n= 9282, respons: 70,9 %. Over 65+: n= 1461	65+	Depressive lidelser, DSM-IV	2,6 %
Heikkinen og Kauppinen, 2004	Oppfølgingsstudie, Finland	n=337, respons: ikke oppgitt	75+	CES-D (<16)	1989: kvinner: 36,6 % menn: 27,4 % 1999: kvinner: 44,7 % menn: 29,7 %
Lindemann et al., 2000	Befolkningsstudie (ikke institusjon), Finland	n=5993, respons: ikke oppgitt	65-75	Alvorlig depresjon, kortversjon CIDI	Kvinner: 8,4 % Menn: 4,1 %
Olsen, 2004	Befolkningsstudie, Danmark	n= 1205 respons: 60 %, 60-69 n=248	65-79	Alvorlig depresjon, DSM-IV	4 %
Stordal et al., 2001	HUNT-studien, Norge**	n=62344, respons: 67,7 % ***	60+	HADS-Depresjon	60-69:14 % 70-79: 17 % 80-89: kvinner: 18,3 % menn: 23,4 %

* Vi har valgt å rapportere kun for den eldre befolkningen der hvor også andre aldersgrupper inngår

** Forkortelser: Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT), National Comorbidity Survey-Replication (NSC-R), Hospital anxiety and depression scale (HADS)

*** N i gruppen over 60 ikke rapportert

Tabellen viser at depresjon ofte måles med forskjellige skalaer og i forskjellige utvalg. På tvers av de ulike utvalg og målemetoder ser det ut til at depresjon forekommer hyppigst blant de aller eldste.

Angst

Bryant, Jackson og Ames (2008) har gjort en systematisk oppsummering av internasjonal forskning om forekomsten av angstlidelser og angstsymptomer i befolkningen over 60 år fra 1980 til 2007. De ulike studiene finner en spredning i forekomst av angst, fra 1 % til 15 % i generelle populasjonsutvalg, og fra 1 % til 28 % i ulike pasientutvalg (clinical settings). Symptomer på angst er mer utbredt enn angstlidelser, men også her er spredningen på forekomstestimatene store, fra 15 % til 52 % i generelle befolkningsgrupper, og fra 15 % til 56 % i ulike pasientgrupper.

Ifølge to oversiktsartikler er de vanligste angstlidelsene blant eldre generalisert angst og fobier, mens panikklidelse (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006), tvangslidelse og posttraumatisk stresslidelse forekommer relativt sjeldent (Bryant, Jackson og Ames, 2008). Som for depresjon, tyder forskningsresultater så langt på at angst er vanligere blant kvinner enn blant menn, og at dette også gjelder for eldre (Riedel-Heller, Busse og Angermeyer, 2006). I den finske befolkningsstudien (The Finnish Health 2000 Study) som er omtalt tidligere, var prevalensen for en angstlidelse på 1,4 % i aldersgruppen over 65 år (Pirkola et al., 2005). I en amerikansk befolkningsundersøkelse (NCS-R) var prevalensen for en angstlidelse for eldre over 65 år på 7 % (Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009). I tabell 3 har vi oppsummert utvalgte studier på angstlidelser og symptomer på angst hos eldre.

Tabell 3: Utvalgte undersøkelser som viser prevalens for angstrelaterte lidelser/symptomer blant eldre

Forfatter, år	Hvor/studie	Utvalg	Alder	Type lidelse	Prevalens
Biringer et al., 2005	HUSK, Norge	n=1930, respons: 45 %	72-74	HADS-Angst*	12,9 %
Börjesson-Hanson et al., 2010	Kohortstudie f.1901-1903, Sverige	n=338, respons: 65 %	95	Angstlidelser DSM-III-R	8,6 %, demente ikke medregnet
Pirkola et al., 2005	Finsk befolkningsstudie	n=6005 for aldersgruppen 30 år og eldre	65+	Angst, DSM	1,4 %
Gum, King-Kallimanis og Kohn 2009	NCS-R, USA	n= 9282, respons: 70,9 %. Over 65+: n= 1461	65+	Angstlidelser, DSM-IV	7 %
Gum, King-Kallimanis og Kohn 2009	NCS-R, USA	n= 9282, respons: 70,9 %. Over 65+: n= 1461	65+	Spesifikk fobi DSM-IV	4,7 %

* Hospital anxiety and depression scale

Tabellen viser at også i studier om angst blant eldre brukes forskjellige skalaer, og utvalgene er ofte forskjellige slik at studiene ikke er direkte sammenlignbare. Estimatene som fremkommer i tabell 3 og i oppsummeringsartiklene som er referert her, er ikke entydige. Et viktig poeng som understrekes i forskning på angst blant eldre er at selv om forekomsten av angstlidelser ser ut til å være moderat kan forekomsten av angstsymptomer utgjøre en betydelig belastning for individet, pårørende og hjelpeapparatet.

Demens

Demens er en organisk betinget lidelse som skiller seg fra øvrige psykiske lidelser omtalt i denne rapporten ved at det i første rekke er hukommelse og andre kognitive funksjoner som svekkes. Atferdsmessige og emosjonelle reaksjoner ved demens er vanlig og rammer omtrent 90 % av alle som får demens (Lyketsos og Olin 2002; Selbæk, 2008). Både psykologiske og biologiske faktorer kan være årsakene til emosjonelle symptomer ved demens. Flere norske studier basert på et representativt utvalg av norske sykehjemspasienter (n = 1159) har funnet høy grad av overlapp av symptomer på demens og ulike psykiatriske symptomer (Selbæk, 2008; Barca et al., 2009; Barca, 2010). For eksempel er angst og depresjon vanlig ved alle grader av demens.

Demens forekommer sjelden før 65 årsalder, og økende alder er den viktigste risikofaktoren. Fordi antallet eldre i befolkningen øker, øker også antallet personer med demens.

Diagnosen demens medfører ofte nedsatt kommunikasjons- og orienteringsevne, praktiske vansker med å opprettholde tidligere lærte ferdigheter og vansker med å mestre hverdagssystemer. De fleste demenssykdommer er kroniske, forverres etter som tiden går og fører ofte til redusert evne til innsikt og dårligere dømmekraft (Engedal og Haugen, 2005). For å stille diagnosen demens etter ICD-10-kriteriene, må symptomene har vart i minst 6 måneder, og den kognitive svikten må ha redusert evnen til å fungere i dagliglivet. Som oftest baseres en demensdiagnose på ulike tester, samt samtaler med pasient og pårørende.

Mange som lider av demens har ikke blitt utredet og har dermed ikke fått stilt eller journalført en klinisk validert demensdiagnose. I en ny, norsk sykehjemsstudie fant forskerne at åtte av ti beboere hadde demens, men bare 55 % av disse hadde blitt utredet og fått stilt en demensdiagnose i forkant av forskernes undersøkelser (Selbæk, Kirkevold og Engedahl, 2007). Liknende funn er også vist i en tidligere sykehjemsstudie fra Norge, hvor en tredjedel av beboerne ikke hadde fått en demensdiagnose (Nygaard og Ruths, 2003).

I rapporten ”Glemsk, men ikke glem”, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2007), er det estimert at omtrent 69 000 personer i aldersgruppen over 65 år lider av demens i Norge i 2010.¹⁰ I 2050 er det beregnet at omtrent 160 000 personer i Norge vil lide av demens. Disse prevalensberegningene er basert på tidligere studier fra Norge og Europa, blant annet to norske studier fra 1988 og 1993 (Engedal, Gilje og Laake, 1988; Engedal og Haugen, 1993) og Rotterdamstudien (Ott et al., 1995) samt befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå.

I en longitudinell studie fra Sverige ble forekomsten av demens i et utvalg eldre mellom 84-90 år undersøkt (Johansson og Zarit, 1995). Respondentene ble intervjuet til sammen 3 ganger over en fireårsperiode og DSM-III-R ble benyttet for diagnostisering av demens. Respondentene var eldre som enten bodde hjemme (61 %), på sykehjem (28 %) eller var innlagt på institusjon (12 %). Forekomsten var henholdsvis 31 % ved første intervju tidspunkt (n=97/312), 40 % ved andre intervju tidspunkt (n=82/206), og 42 % ved siste undersøkelsestidspunkt (52/123). Av de som ikke hadde demens ved første intervju tidspunkt, hadde 22 % på et senere tidspunkt utviklet demens. Dødeligheten for personer med demens var om lag dobbelt så høy som blant dem som ikke hadde demens.

I Kungsholmenprosjektet er det gjennomført en rekke analyser om demens og demensdiagnostisering (for eksempel Agüero-Torres, Kivipelto og von Strauss, 2006; Backman og Small, 2007; Monastero et al., 2007). En studie har beregnet demensforekomst basert på data fra 1848 deltagere fra to utvalg; alle personer over 77 år fra Kungsholmen og alle personer over

¹⁰ rapport 08/2007, side 23

90 år fra det nærliggende området, St Görän. Mens det ble beregnet at 13 % av 77-84 åringene hadde demens, var den tilsvarende andelen i gruppen over 95 år på 48 % (fra 18 % til 61 % når usikre tilfeller ble inkludert). Studien tyder på at forekomsten av demens er størst i de eldste aldergruppene, særlig blant kvinner og for Alzheimer's sykdom (von Strauss et al, 1999).

Den systematiske gjennomgangen av prevalensstudier fra 15 EU-land av Riedel-Heller, Busse og Angermeyer (2006) fant at i aldersgruppen 65-69 år hadde mellom 0,6 % og 3,7 % demens i forskjellige utvalg. I aldersgrupper over 90 år varierte prevalensratene mellom 25,2 % og 75,0 % i de ulike studiene. Tabell 4 viser forekomsten av demens i ulike utvalg.

Tabell 4: Utvalgte undersøkelser om forekomsten av demens i institusjon og i den generelle (eldre) befolkningen

Forfatter, år	Hvor/studie	Utvalg	Alder	Type lidelse	Prevalens
I institusjon					
Selbæk et al., 2007	Sykehjemstudie, Norge	n=1163	Gj.snitt 84,4	Klinisk demens vurdering	Demens: 80 % Utredet for demens: 55 %
Sandberg et al., 1998	Prevalens i ulike omsorgssettinger, Sverige	n=717	75+	OBS-scala*	Akuttinntak: 18,9 % Sykehjem: 66,3 % Eldrehjem: 28,1 % Hjemmetjeneste: 12,3 %
Eldre i institusjon og hjemmeboende					
Ott et al., 1995	Rotterdamstudien, befolkningsstudie. Inkluderer både eldre som bor hjemme og på institusjon.	n=7983, respons: 78 %	55+	Demens DSM-III-R	65-69: 0,9 % 70-74: 2,1 % 75-79: 6,1 % 80-84: 17,6 % 85-89: 31,7 % >90: 40,7 %
Johansson og Zarit, 1995	Longitudinell studie som følger individer over 4 år, hjemmeboende og i institusjon, Sverige	n=312 ved første intervju tidspunkt	84-90	Demens DSM-III-R	Prevalensen gikk opp fra 31 % til 42 % i løpet av perioden
Fratiglioni et al., 1997	Kungsholmen, Sverige	n=1099	75+	Demens DSM-III-R	Økning i insidensrater per 1000 personår fra aldersgruppen 75-79 år til 90+ på henholdsvis 18.7 til 63.7 for menn og 31.7 til 134.9 for kvinner.
Von Strauss et al., 1999	Kungsholmen & St Görän, Sverige	n=1848	77+	Demens DSM-III-R	77-84: 13 % 95+: 48 %
Børjesson-Hanson et al., 2011	Kohortstudie f.1901-1903, Sverige	n=338, respons: 65 %	95	Demens	52 %

* Organic Brain Syndrome Scale

Tabellen viser at forekomsten av demens øker kraftig med økende alder. I aldersgruppene over 90 år er forekomsten av demens særlig høy (Børjesson-Hanson et al., 2011; Fratiglioni et al, 1997).

Komorbiditet

Komorbiditet; at en person har flere sykdommer samtidig, er relativt vanlig blant eldre (se for eksempel Rønning et al., 2009; Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009). Det at ulike lidelser kan ha overlappende symptomer kan gjøre det vanskelig å avdekke hva som er rett(e) diagnose(r). Blant eldre er vanlige eksempler på dette demens og depresjon. Både demens og depresjon kan i tidlig fase komme til uttrykk som tap av energi, tap av interesser, tretthet, oppmerksomhetsforstyrrelser og glemsomhet. Det kan derfor være en utfordring å avdekke om

symptomene hos den enkelte pasient er symptomer på depresjon eller demens. Det er heller ikke uvanlig at demens og depresjon opptrer samtidig blant eldre mennesker. Ulike estimater på overlapp har blitt rapportert. Studier fra kliniske settinger blant pasienter med Alzheimer har anslått at på symptomnivå er overlappet på omtrent 50 %, mens omtrent 25 % har en depresjonslidelse i tillegg (Lyketsos og Olin 2002). For eksempel har to forskjellige studier blant pasienter med Alzheimers sykdom funnet at henholdsvis 15 % (Vida et al., 1994) og 23 % (Mingliorelli et al., 1995) også lider av depresjon. I begge studiene fant forskerne langt høyere forekomst av depresjon blant pasientene med Alzheimers sykdom dersom lettere depresjoner (Vida et al., 1994) og dystymi (Mingliorelli et al., 1995) ble inkludert. Depresjon og demens kan utvikles parallelt uavhengig av hverandre, eller depresjon kan være en følge av de samme strukturelle endringene som forårsaker demens. Depresjon kan også være en psykologisk reaksjon på det å få demens. En annen hypotese er at depresjon kan forårsake strukturelle endringer (for eksempel hippocampusatrofi) som igjen kan medføre demens (se Ehrt og Årslund, 2005; Schweitzer et al., 2002). Depresjon er vanlig blant eldre med somatiske betingede sykdommer som for eksempel demens (Lyketsos og Olin, 2002), Parkinson (Blazer, 2009) og hjerneslag (Farner et al., 2010).

På grunn av studienes ulike utvalg og bruk av ulike måleverktøy er de refererte undersøkelsene ikke direkte sammenlignbare. Som tidligere nevnt rapporteres derfor undersøkelsene hver for seg med vekt på hvilke populasjoner som er undersøkt og hovedfunnene fra disse studiene.

En svensk studie har undersøkt forekomsten av demens, delirium og psykiatriske symptomer blant 717 pasienter over 75 år som mottar ulike helsetjenestetilbud, det vil si eldre som enten var innlagt ved sykehus, bodde på syke- eller aldershjem eller fikk hjemmehjelp. Det antas at utvalget er representativt for de ulike typene av hjelpetjenestetilbud som ble studert, men ikke representativt for alle over 75 år i området hvor undersøkelsen ble gjennomført (Sandberg et al., 1998). Pasientene ble kartlagt ved bruk av Organic Brain Syndrome Scale. Studien avdekket høy grad av komorbiditet. Undersøkelsen viste at 33 % hadde demens. Angst var svært vanlig med en forekomst av symptomer hos 51 % av deltagerne. I utvalget led 44 % av delirium, 41 % hadde symptomer på depresjon og 4,5 % hadde en psykotisk lidelse. Forfatterne mente det var oppsiktsvekkende at hele 35 % av de eldre som bodde hjemme led av delirium. Depresjon var mest utbredt blant hjemmeboende og blant sykehjemsbeboere. Selv om undersøkelsen ikke er representativ for eldre i et bestemt geografisk område, illustrerer den allikevel at omfanget av komorbiditet blant eldre i ulike kliniske settinger er høy.

Data fra Kungsholmenprosjektet er også brukt til å studere komorbiditet blant eldre. Eldre over 77 år som enten bodde hjemme eller på institusjon ble kartlagt (n = 1099). De fleste som ble undersøkt var kvinner (77 %). Hjerter/karlidelser og psykiske lidelser (særlig demens) var de vanligste kroniske lidelsene. Generelt viste to publiserte studier fra Kungsholmen at eldre ofte hadde flere lidelser samtidig når ulike former for kroniske, fysiske og psykiske lidelser ble undersøkt (Marengoni et al., 2009). Hele 55 % av deltagerne hadde flere kroniske lidelser samtidig (Marengoni et al., 2008).

En amerikansk befolkningsstudie (NCS-R) fant relativt lav komorbiditet blant de eldste aldersgruppene når det gjelder ulike psykiske lidelser. Henholdsvis 1,3 % i gruppen over 65 år hadde to psykiske lidelser, mens 0,9 % hadde tre eller flere lidelser. Til sammenligning var tallene for aldersgruppen 18-44 år henholdsvis 6,5 % og 4,2 %. Lav komorbiditet blant eldre i NCS-R studien kan trolig skyldes at undersøkelsen ble foretatt blant den allmenne befolkningen (eldre som ikke bor i institusjon). Andelen eldre mennesker med to eller flere alvorlige psykiske lidelser som bor hjemme og som deltar i slike undersøkelser er trolig relativt lav (seleksjonsskjevhet).

Selvmord blant eldre

Antall selvmord blant eldre over 65 år i Norge i perioden 2000-2009 var i følge Statistisk sentralbyrås statistikkbank i gjennomsnitt 62 menn og 22 kvinner per år.¹¹ Sammenlignet med den generelle selvmordsraten for menn, har raten for menn i alderen 70 -79 år samt 80+, vært noe høyere gjennom hele perioden 1971-2005. Bildet er noe annerledes for eldre kvinner. Selvmordsraten for kvinner i alderen 70-79 år har hele tiden vært noe høyere enn den generelle selvmordsraten for kvinner. For de eldste kvinnene, det vil si de over 80 år, har selvmordsraten i hele perioden vært noe lavere.¹²

Minayo og Cavalcante (2010) viser i sin oversiktsartikkel om selvmord blant eldre til et titalls undersøkelser som tyder på at mange hadde psykiske lidelser i forkant av selvmordene. Undersøkelsene er gjort etter selvmordene ved at informasjon fra ulike kilder om situasjonen og omstendighetene rundt selvmordene blir samlet inn og analysert med det formål å finne ut om personene led av en psykisk lidelse eller ikke ved dødstidspunktet, og i så fall om denne lidelsen kan ha vært årsaken til selvmordet. En fersk doktorgrad fra Norge basert på post- mortem undersøkelser av 23 selvmordstilfeller blant eldre, framhever tap av kontroll over egen livssituasjon som en felles faktor (Kjølseth, 2010).

Sammenhengen mellom fysisk sykdom og selvmord blant eldre virker mindre entydig (Minayo og Cavalcante, 2010). Undersøkelser tyder på at forekomsten av selvmordstanker blant eldre med en alvorlig fysisk lidelse kan være høy, men at få eldre med alvorlige fysiske lidelser gjennomfører selvmord.

Resultater fra undersøkelser som sammenligner aldersgrupper

En metaanalyse av 27 studier fra ulike europeiske land som inkluderte personer mellom 16-65 år viste at 27 % hadde opplevd en psykisk lidelse i løpet av det siste året (Wittchen og Jacobi, 2005). En litteraturgjennomgang i forbindelse med rapporten ”Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv” fra Folkehelseinstituttet viste en spredning i estimert livstidsprevalens og 12 måneders prevalens for psykiske lidelser fra de ulike befolkningsstudiene på henholdsvis 25,0 - 52,4 %, og 9,6 - 32,8 % (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009).

Et lite knippe norske og nordiske epidemiologiske studier, samt en amerikansk studie, har undersøkt forekomsten av diagnostiserte psykiske lidelser blant voksne i befolkningsrepresentative utvalg. Med unntak av The Finnish Health 2000 Study, samt den amerikanske National Comorbidity Study Replication (NCS-R), har disse studiene til felles at personer over 68 år ikke er inkludert. Vi gjengir dem likevel for å kunne antyde noe om antatt forekomst av psykiske plager og lidelser i ulike faser av livsløpet og om alderstrender.

I Oslo-undersøkelsen (18-65 år, n=2066, respons: 57,5 %) ble det beregnet å være en signifikant høyere risiko for å oppleve en psykisk lidelse blant dem som ved undersøkelsestidspunktet var i aldersgruppen 30-39 år sammenlignet med gruppen på 55-64 år (Kringlen, Torgersen og Cramer, 2001). I en undersøkelse fra Sogn og Fjordane (18-68 år, n=1080, respons: 63,0 %) ble det ikke funnet systematiske forskjeller mellom ulike aldersgrupper (Kringlen, Torgersen og Cramer, 2006). Osloundersøkelsen og undersøkelsen fra Sogn og Fjordane var del av samme prosjekt og hadde samme protokoll og studiedesign.

I The Finnish Health 2000 Study (30 år og eldre, n=6005) fant forskerne at 12,3 % av alle deltagerne i denne undersøkelsen oppfylte kriteriene for alkoholmisbrukslidelse,

¹¹ www.ssb.no/statistikkbanken

¹² Tall fra dødsårsaksregisteret, SSB

depressivlidelse eller angstlidelser de siste 12 måneder. Det var en signifikant lavere forekomst blant personer over 65 år, 5,6 % (Pirkola et al., 2005).

NEMESIS-undersøkelsen fra Nederland ble gjennomført i 1996 (18-64 åringer, n=7076). Livstidsforekomsten av psykiske lidelser ble estimert til 41,2 %, og 12 måneders prevalensen til 23,3 %. Studien viser at for alle psykiske lidelser som ble undersøkt, hadde den eldste gruppen på 55-64 år signifikant lavere ettårsprevalens av psykiske lidelser (14,9 %) sammenlignet med de andre aldersgruppene (Bijl, Kavelli og von Zessen, 1998).

I NCS-R undersøkelsen er også forekomsten av psykiske lidelser blant eldre sammenlignet med forekomsten i andre aldersgrupper i et stort, generelt befolkningsutvalg (Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009). Følgende aldersgrupper inngikk i undersøkelsen: 18-44 år, 45-64 år, 65 -74 år, og 75 år eller eldre (n= 9282, deltakelse 70,9 %). Det var totalt 1461 respondenter i aldersgruppen over 65 år, 813 mellom 65-74 år og 648 over 75 år. DSM-IV ble brukt som diagnoseverktøy. I utvalget var det 22,8 % som i løpet av de siste 12 månedene oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse. Studien avdekket et tydelig aldersmønster hvor prevalensraten var signifikant lavere i aldersgruppene over 65 år enn blant de yngre. For 65-74-åringer var forekomsten 9,6 % og for personer over 75 år var forekomsten på 7,1 %. Selv om resultatene tyder på lavere forekomst blant de aller eldste enn blant 65-74-åringer, var ikke forskjellen signifikant (våre beregninger). Spesifikk fobi var den mest utbredte diagnosen for hele utvalget (8,7 %), også i gruppen over 65 år (4,7 %). Uansett alder var kvinner oftere rammet av en psykisk lidelse enn menn, og for respondenter over 65 år var det 12,6 % kvinner som oppfylte kriteriene for en diagnose, sammenlignet med 2,9 % menn.

Diskusjon

Denne rapporten handler om antatt forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre over 65 år i Norge basert på vitenskapelige undersøkelser. Vi ønsket fortrinnsvis å basere rapporten på undersøkelser fra Norge og Norden, men har også inkludert internasjonale studier som vi mener har overføringsverdi til norske forhold.

Eksempler på det vi vanligvis omtaler som psykiske plager og lidelser er angst, depresjon, schizofreni, andre ikke-organiske psykososer og ruslidelser. Aldersrelaterte lidelser med alvorlige psykiske symptomer som er klart organisk betingede, er demens og delirium. Hovedinntrykket vårt etter denne litteraturgjennomgangen er at prevalensestimaterne for ulike psykiske plager og lidelser har stor spredning avhenging av studiedesign (for eksempel målemetoder, datakilder) og hvilke utvalg som undersøkes (befolkningsrepresentative utvalg eller fra institusjoner). Studiene vi har gjennomgått tyder på at ganske mange eldre over 65 år har symptomer på depresjon (om lag 25-35 % på befolkningsnivå), mens færre oppfyller kriteriene for en depressiv lidelse (om lag 4 -8 % på befolkningsnivå). Forekomstsestimatene for ulike angstlidelser og symptomer på angst blant eldre over 65 år ser ut til å være omtrent de samme som for depresjon.

Psykoselidelser opptrer sjeldent, men psykotiske symptomer er mer vanlige, da ofte som ledsagersymptomer ved biologisk betingede lidelser som blant annet delirium, demens hos personer som ikke har vært til diagnostisk utredning, og ved depresjoner. Schizofreni og bipolar lidelse synes å forekomme relativt sjeldent. Rusrelaterte lidelser ser ut til å ha lavere forekomst blant eldre enn i yngre aldersgrupper, men de metodiske utfordringer ved studier på alkoholbruk, -misbruk og -lidelser blant eldre gjør estimatene usikre.

Personlighetsforstyrrelser er ikke omtalt i denne rapporten. Det er lite forskning på personlighetsforstyrrelser blant eldre (Zweig, 2008), men personlighet og personlighetsforstyrrelser er antatt å være ganske stabile gjennom livsløpet. Basert på funn fra studier av Huang et al., (2009), Lenzenweger et al., (2007) og Zweig (2008) regner vi derfor med at det vil være et tillegg på omtrent 5-7 % i total utbredelse av psykiske lidelser blant eldre dersom vi også inkluderer personlighetsforstyrrelsene.

Flere av studiene som er referert til i denne rapporten, blant annet NCS-R studien, tyder på at enkelte psykiske plager og lidelser er mindre utbredt blant eldre enn yngre mennesker. Det finnes mange ulike hypoteser om hvilke faktorer som kan virke beskyttende mot psykiske plager og lidelser i alderdommen, blant annet at emosjonell kontroll og ”psykologisk immunisering” for stressende hendelser øker med alderen (Jorm, 2000). Gum, King-Kallimanis og Kohn (2009) diskuterer ulike faktorer som kan virke beskyttende mot psykiske plager og lidelser blant eldre som mulige forklaringer på de lave prevalensestimaterne, for eksempel velutviklede mestingsstrategier. En annen mulig forklaring er at forskjeller i prevalens mellom unge og eldre ikke skyldes livsløpsendringer, men kohortforskjeller hvor det kan være at den eldre kohorten enten har en større evne til å hente seg inn, eller blir mindre påvirket av nyere miljøfaktorer enn yngre kohorter. Gum, King-Kallimanis og Kohn (2009) argumenterer imidlertid for at slike kohortforskjeller trolig ikke kan forklare den lavere forekomsten blant eldre i deres studie. De viser til at forekomsten blant eldre ikke er særlig endret sammenlignet med en tilsvarende studie¹³ utført på 1980-tallet. Denne stabiliteten i forekomst over kohorter blant eldre gir altså ikke støtte til kohortforklaringer, men at det ikke ble funnet forskjeller mellom tidligere kohorter betyr ikke nødvendigvis at det ikke finnes forskjeller mellom nyere kohorter.

¹³ Robins LN, Regier DA., (Eds.) Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991

Lavere forekomsttall blant eldre kan skyldes at eldre kan være mindre åpne for å vedkjenne seg psykiske plager og lidelser (Gum, King-Kallimanis og Kohn, 2009). En annen forklaring kan være at målene på psykiske plager og lidelser som brukes i undersøkelsen(e) i mindre grad fanger opp symptomer hos eldre mennesker enn blant yngre. Eldre kan i tillegg ha svekket hukommelse og dermed minnes tidligere hendelser dårligere slik at selvrapportert livstidsprevalens blir lavere for eldre.

Lavere forekomstestimer kan også skyldes seleksjonsskjevheter. Potensielle respondenter kan ha hatt psykiatriske diagnoser som har gjort dem utilgjengelig for undersøkelser, enten fordi de har vært for syke til å delta, fordi de bor på institusjon eller på grunn av generelt høyere dødelighet blant psykisk syke. Det har nettopp kommet en ny rapport om Nordisk psykiatrisk registerforskning basert på data fra Danmark, Sverige og Finland. Norge er ikke inkludert, noe som skyldes at det ikke fins komplette nasjonale data for voksenpsykiatrien (Laursen et al., 2010; Norsk pasientregister, 2009). I rapporten fra prosjektet (Laursen et al., 2010) og i en pressemelding¹⁴ oppgis noen hovedkonklusjoner, blant annet at det er en markant overdødelighet blant psykisk syke sammenlignet med befolkningen generelt i samtlige av de undersøkte landene. Psykisk syke kan tape et betydelig antall leveår. Gjennomsnittlig forventet levetid for mennesker med psykiske lidelser er i følge disse beregningene omtrent 15 år kortere for kvinner og 20 år kortere for menn enn for den generelle befolkningen. Det må tas forbehold om at vitenskapelige artikler basert på dette arbeidet ikke er publisert ennå, og at resultatene derfor ikke er kvalitetssikret.

Flere av de refererte studiene finner lavere forekomst av psykiske plager og lidelser i aldersgruppene 55-65 år. Det kan være at aldersspesifikke fysiologiske endringer og livshendelser som kan gjøre eldre mer sårbare for psykiske lidelser er av større betydning på et senere tidspunkt i livsløpet. Det vil si at lave forekomstestimer i aldersgrupper 55-65 år ikke uten videre er overførbare til de eldste aldersgruppene i befolkningen, for eksempel til grupper over 75-80 år (se blant annet Rosenvinge og Rosenvinge, 2003; Plandokument for norsk alderspsykiatri 2010). Generelle, eksistensielle faktorer som tap av nære og nærhet til døden, redusert funksjonsdyktighet og økt somatisk sykkelighet er blant faktorene som kan ha særlig betydning for utvikling av psykiske plager og lidelser blant eldre. Samtidig er det store forskjeller fra individ til individ med hensyn til hvordan aldersrelaterte forandringer påvirker den fysiske og psykiske helsen. Biologiske endringer og sosiale tap kan være faktorer som øker sårbarheten for psykiske plager og lidelser med alderen (Veith og Raskind, 1988).

Depresjon er et eksempel på en psykisk lidelse hvor det er usikkert om forekomsten øker eller avtar med økende alder. Undersøkelsene som er gjennomgått i forbindelse med denne rapporten viser komplekse mønstre med en mulig topp i depresjonsforekomsten i aldersgruppene rundt midtveis i livet og en relativt lav forekomst i aldersgruppen mellom 60 - 75 år, for så å øke igjen i de eldste aldersgruppene. Imidlertid har vi i dag ikke nok kunnskap til å kunne si sikkert om dette er riktig (diskusjonen om depresjon gjennom livsløpet og motstridende forskningsfunn redegjøres for blant annet av Jorm, 2000, Palsson og Skoog, 1997, og Snowdon, 2001).

Mange epidemiologiske undersøkelser måler symptomer og ikke lidelser. Skalaene som brukes er stort sett ikke ment for diagnostiske formål. Forekomstberegninger fra generelle befolkningsstudier uten studiedesign som er tilpasset de særegne utfordringene knyttet til innhenting av helsedata blant eldre kan ha begrenset validitet.

Forbruket av psykofarmaka i Norge kan også tyde på at forekomsten av psykiske plager og lidelser øker med alderen. Blant annet viser en norsk studie fra 2009 basert på data fra

¹⁴ http://www.nhv.se/customer/templates/NewsPage_2263.aspx?epslanguage=EN

Reseptregisteret, at forbruket av psykofarmakologiske legemidler i den generelle populasjonen i Norge var høyest i de eldste aldersgruppene og at forbruket var dobbelt så høyt blant kvinner som blant menn (Kjosavik, Ruths og Hunskaar, 2009).

Et annet viktig tema i denne sammenhengen er hvorvidt klassifisering i ulike diagnoser og lidelser er det mest anvendelige verktøyet for å avdekke psykiske plager og lidelser med konsekvenser for individets fungering i dagliglivet (se blant annet Hybels og Blazer, 2003). Tegn og symptomer på psykiske plager hos eldre som ikke oppfyller diagnostiske krav til en gitt lidelse kan være klinisk signifikante, i den forstand at evnen til å klare seg selv i dagliglivet er svekket. Det kan også være tidlige tegn på at alvorlige helseproblemer er under utvikling (se for eksempel Ehart og Årslund, 2005, Lebowitz, 1997; Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Mens diagnoser på angst- og depresjonslidelser bare settes dersom det ikke finnes noen ”normal” grunn til sorg eller redsel, tar de fleste måleinstrumentene for symptomer på angst og depresjon ikke hensyn til bakenforliggende årsaksforhold. En person som nettopp har hatt alvorlige tapsopplevelser, kan altså skåre høyt på angst- og depresjonsskalaer uten å fylle kriteriene for en angst- eller depresjonslidelse. Høy angst og dyp sorg er naturlige reaksjoner på tapsopplevelser, og ikke sykdom. Dette kan antakelig forklare en tendens som antydes i vår gjennomgang av forskningsresultater: Psykiske lidelser er neppe mer vanlige blant eldre enn blant yngre mennesker, kanskje tvert om. Det kan være at eldre har mer angst, frykt, tristhet og sorg, som følge av belastende hendelser som tap av nære personer, funksjonsnedsettelse, sykdom og nærhet til døden.

Oppsummering

Denne rapporten er i første rekke basert på en gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre, med spesiell vekt på resultater fra Norden, samt undersøkelser med resultater fra andre land som kan være overførbare til norske forhold.

Psykiske plager og lidelser blant eldre kan komme til uttrykk ved andre tegn og symptomer enn blant yngre mennesker. Generelt ser det ut til at studier med utvalg fra de aller eldste finner høyest forekomst av psykiske plager og lidelser, men vi trenger mer forskning for å kunne si dette sikkert. Komorbiditet er vanlig. Forekomsten av demens øker med økende alder. Det samme gjelder også andre biologisk betingede lidelser som kan ha psykotiske ledsagersymptomer, for eksempel delirium, slik at også andelen som opplever psykotiske symptomer antakelig er økende med økende alder. Forekomsten av både psykoser og demens ser ut til å være omtrent 0,5 – 1,0 % blant de yngste av de eldre befolkningsgruppene (65-70 år). Demensforekomsten øker til over 40 % blant de aller eldste, med forbehold om at estimatene er noe lave fordi sykehjemsbeboere er underrepresentert i mange undersøkelser. Fordi organisk betingende lidelser som er vanlige blant eldre kan ha psykotiske ledsagersymptomer, er forekomsten av psykotiske symptomer blant de aller eldste antakelig høyere enn blant yngre eldre. Når det gjelder depresjon, angst og rusmiddellidelser er det ingen klare indikasjoner på økt forekomst med økende alder, tvert imot peker mange av resultatene fra de mest tillitvekkende studiene mot en nedgang, med et mulig unntak for de aller eldste. Det er stor forskjell mellom estimer for omfang av psykiske plager (symptomer) og prevalensestimater for klinisk validerte lidelser. Studiene vi har gjennomgått peker i retning av at om lag 4 - 8 % av eldre over 65 år lider av alvorlig depresjon mens om lag 25 - 35 % har depressive plager. Slike plager er særlig vanlige blant eldre med somatiske betingede sykdommer som for eksempel demens, Parkinson og hjerneslag. Forekomstsestimatene for ulike angstlidelser og symptomer på angst blant eldre over 65 år ser ut til å være omtrent de samme som for depresjon. Det er viktig å understreke at de store forskjellene i prevalensestimaterne skyldes forskjellene i hvilke

populasjoner, aldersgrupper og plager/lidelser som er undersøkt i de ulike studiene som denne rapporten er basert på.

Mens mye tyder på en lavere forekomst av angst- og depresjonslidelser rundt 65 årsalderen enn i yngre aldersgrupper, tyder noen av resultatene på en høyere forekomst i de aller eldste aldersgruppene. Dette er ikke unaturlig, ettersom somatisk sykdom og smerter, funksjonsnedsettelse og tap av nære personer utvilsomt gjør den siste delen av livet til en vanskelig periode for mange.

Forskningen som er gjennomgått i forbindelse med denne rapporten tyder på at det til en viss grad er forskjell mellom hvilke plager og lidelser som er mest utbredt blant eldre og blant yngre mennesker. Forekomsten av psykiske plager og lidelser blant de yngste eldre som bor hjemme er antagelig relativt lav sammenlignet med yngre aldersgrupper, mens forekomsten er høy blant eldre på institusjon.

Referanseliste

- Aguero-Torres, H., Kivipelto, M., og von Strauss, E. (2006) Rethinking the dementia diagnoses in a population-based study: what is Alzheimer's disease and what is vascular dementia?. A study from the Kungsholmen project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 244-249.
- Backman, L. og Small, B. J. (2007) Cognitive deficits in preclinical Alzheimer's disease and vascular dementia: Patterns of findings from the Kungsholmen Project. *Physiology and Behavior*, 92, 80-86.
- Baldwin, P., D. Browne, P. J. Scully, J. F. Quinn, M. G. Morgan, A. Kinsella, J. M. Owens, V. Russell, E. O'Callaghan, og J. L. Waddington (2005) Epidemiology of First-Episode Psychosis: Illustrating the Challenges Across Diagnostic Boundaries Through the Cavan-Monaghan Study at 8 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 624-638.
- Barca, M. L. (2010) *Depression in dementia among patients in Norwegian nursing homes*. Unipub. PhD thesis ISBN: 978-82-8264-105-0
- Barca, M.L; K. Engedal; J. Laks og G. Selbæk (2010) A 12 month follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective disorders*, 120, 141-148.
- Barca, M. L., Selbæk, G., Laks, J., og Engedal, K. (2009) Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 417-425.
- Bergdahl, E., Gustavsson, J. M. C., Kallin, K., Wagert, P. V., Lundman, B., og Bucht, G. (2005) Depression among the oldest old: the Umea 85+study. *International Psychogeriatrics*, 17, 557-575.
- Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., Gustafson, Y. (2007) Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging and Mental Health*, 11, 570-578.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. og Van Zessen, G. (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33, 587-595.
- Biringer, E., Mykletun, A., Dahl, A. A., Smith, A. D., Engedal, K., Nygaard, H. A. (2005) The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly general population-the Hordaland Health Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 989-997.
- Blazer, D. G. (2009) Depression in late life: review and commentary. *Focus*, 7, 118.
- Brewin J., R. Cantwell, T Dalkin, R. Fox, I .Medley, C. Glazebrook, R. Kwiecinski og G. Harrison (1997) Incidence of schizophrenia in Nottingham. A comparison of two cohorts, 1978-80 and 1992-94. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 140-144.
- Brown, T. M. og Boyle, M. F. (2002) Delirium. *British Medical Journal*, 325, 644-47.
- Brunborg, H., og Texmon I. (2010) Befolkningsframskrivninger 2010-2060. *Økonomiske analyser* , 4, 28-39. <http://www.ssb.no/emner/08/05/10/oa/201004/brunborg.pdf>

- Bryant, C. (2010) Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 22, 511-513.
- Bryant, C., Jackson, H., og Ames, D. (2008) The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109, 233-250.
- Bøen H, Dalgard O-S, Johansen R, Nord E (2010) Sociodemographic, psychosocial and health characteristics of Norwegian senior centre users: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 508-17.
- Børjesson-Hanson, A., Waern, M., Ístling, S., Gustafson, D., og Skoog, I. (2011) One-Month Prevalence of Mental Disorders in a Population Sample of 95-Year Olds. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 19, 284-291
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A. (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and society*, 25, 41-67.
- Engedal, K., Gilje, K., og Laake, K. (1988) Prevalence of dementia in a Norwegian sample aged 75 years and over and living at home. *Comprehensive gerontology. Section A, Clinical and laboratory sciences*, 2, 102.
- Engedal, K. og Haugen, P. K. (1993). The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 565-570.
- Engedal K, Haugen K., Demens. Fakta og utfordringer. 4. utg. 2005. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.
- Ehrt og Årslund (2005) Depresjon og demens: en differensialdiagnostisk utfordring. *Sucidologi*, 10, 22-26.
<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2005-nr1/Ehrt.pdf>
- Farner, L., Wagle, J., Engedal, K., Flekkøy, K. M., Wyller, T. B., og Fure, B. (2010) Depressive symptoms in stroke patients: A 13 month follow-up study of patients referred to a rehabilitation unit. *Journal of Affective Disorders*, 127, 211-218
- Forsell og Winblad (1999) Incidence of major depression in a very elderly population *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 368-372
- Forsman, A. K., Schierenbeck, I., og Wahlbeck, K. (2010) Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, DOI: 10.1177/0898264310378041
- Fratiglioni, L., Viitanen, M., vonStrauss, E., Tontodonati, V., Herlitz, A., og Winblad, B. (1997) Very old women at highest risk of dementia and Alzheimer's disease: Incidence data from the Kungsholmen project, Stockholm. *Neurology*, 48, 132-138.
- Gottfries, C. G. (1998) Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *International clinical psychopharmacology*, 13:S13-S18
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., Kohn, R. (2009) Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 769-781.

- Gum, A. M., McDougal, S. J., McIlvane, J. M., Mingo, C. A. (2010) Older Adults Are Less Likely to Identify Depression Without Sadness. *Journal of Applied Gerontology*, 29, 603-621.
- Heikkinen, R. L. and Kauppinen, M. (2004) Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Henderson, A. S. og Kay, D. W. K. (1997) The epidemiology of functional psychoses of late onset. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 247, 176-189.
- Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C. et al. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 46.
- Hybels, C. F. og Blazer, D. G. (2003) Epidemiology of late-life mental disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 663-696
- Jablensky A. (1995) Schizophrenia: Recent Epidemiologic Issues *Epidemiologic Reviews*, 17, 10-20
- Johansson, B. og S.H. Zarit (1995) Prevalence and incidence in the oldest old: a longitudinal study of a population-based sample of 84-90 year-olds in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 359-366
- Jorm, A. F. (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.
- Kessing, L. V. (2006) Gender differences in subtypes of late-onset depression and mania. *International Psychogeriatrics*, 18, 727-738.
- Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. (2009) Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 18, 572-578.
- Kjølseth, I. (2010) *Control in life –and in death: an understanding of suicide among the elderly*. Dissertation, Faculty of medicine, University of Oslo 2010.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2006) Mental illness in a rural area. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 713-719.
- Laursen, T.M., M. Nordentoft, M. Gissler, J. Westman og K Wahlbeck (2010) *Psykiatrisk registerforskning i Norden En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland, 2010*. Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap, Nordisk ministerråd ISBN: 978-91-86739-01-0.
http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/NHV-Rapport/Rapport_2010_11R_Psykiatrisk_registerforskning_i_Norden_nov_2010.pdf
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds III, C. F., Alexopoulos, G. S., og Bruce, M. L. (1997) Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1186-1190.

- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, LoGerfo M, Kent D (1998) Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 1191-8.
- Lindeman, S., Hämäläinen J., Isometsä E., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M. Aro H. (2000) The 12 month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 178-184.
- Lyketsos, C. G. og Olin, J. (2002) Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biological Psychiatry*, 52, 243-252.
- Malt, U.F., Retterstøl, N. og Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., og Fratiglioni, L. (2008) Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*, 98, 1198.
- Marengoni, A., Rizzuto, D., Wang, H. X., Winblad, B., og Fratiglioni, L. (2009) Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 225-230.
- Meesters, P. D., de Haan, L., Comijs, H. C., Stek, M. L., Smeets-Janssen, M. M. J., Weeda, M. R. et al. (2010) Schizophrenia Spectrum Disorders in Later Life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Minayo, M. C. S. og Cavalcante, F. G. (2010) Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Sa-de P-blica*, 44, 750-757.
- Migliorelli R, Teson A, Sabe L., Petracchi M., Leiguarda R., og Starkstein S.E. (1995) Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimers disease. *American Journal of Psychiatry*, 152, 37-44
- Mittal, V., Muralee, S., Williamson, D., McEnerney, N., Thomas, J., Cash, M. et al. (2011). Delirium in the Elderly: A Comprehensive Review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. DOI:10.1177/1533317510397331
- Monastero, R., Palmer, K., Qiu, C., Winblad, B., og Fratiglioni, L. (2007) Heterogeneity in risk factors for cognitive impairment, no dementia: population-based longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 60-69.
- Moum T. (1998) Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 45, 279-318.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., og Schjeldrup Mathiesen, K., (2009) *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Folkehelseinstituttet.
- Nes, R.B., og Clench-Aas, J., (under publisering) *Psykiske helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2011:2. Folkehelseinstituttet.

Nihtila, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V. P., Reunanen, A. R., Noro, A. M., Hakkinen, U. T. (2008) Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health*, 18, 77-84.

Norsk pasientregister (2009) *Aktivitetsdata psykisk helsevern for voksne 2008*. Rapport IS-1749. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00219/Aktivitetsdata_psyk_219239apdf

Nygaard, H. og Ruths, S. (2003) Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 148-152

Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., og Lebowitz, B. D. (2002) Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 129.

Olsen, L. R., Mortensen, E. L., og Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 96-103.

Ott, A. M. M. B. Breteler, F. van Harskamp, J. J. Claus, T. J. M. van der Cammen, D. E. Grobbee, og A. Hofman (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *British Medical Journal*, 310, 970-3

Palsson, S. og Skoog, I. (1997) The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *International clinical psychopharmacology*, 12, S3.

Pirkola, S. P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K. et al. (2005) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population - Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1-10.

Phelan EA, Williams B, Leveille S, Snyder S, Wagner EH, LoGerfo JP (2002) Outcomes of a Community Based Dissemination of the Health Enhancement Program. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1519-24.

Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020.

Riedel Heller, S. G., Busse, A., og Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old age across the "old" European Union - a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 388-401.

Rosenvinge, B. H. and Rosenvinge, J. H. (2003) Forekomst av depresjon hos eldre-systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. *Tidsskrift den norske lægeforening*, 123,7, 928-929.

Rønning, M., Berg, Ch., Litleskare, I., Mahic, M., Sakshaug, S., Selmer, R. et al. (2009). *Legemiddelstatistikk 2009:2 Reseptregisteret 2004-2008* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2, 413-433

Sandberg, O., Gustafson, Y., Brannstrom, B. og Bucht, G. (1998) Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 56-62.

Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., og Ames, D. (2002) Is late onset depression a prodrome to dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 997-1005.

Selbæk, G., Kirkevold, O., og Engedal, K. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 843-849.

Selbæk, G. (2008) *Behavioral and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes: prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Dissertation. Unipub. ISBN 9788280729002

Sigström, R., Skoog, I., Sacuiu, S., Karlsson, B., Klenfeldt, I. F., Waern, M. (2009) The prevalence of psychotic symptoms and paranoid ideation in non-demented population samples aged 70-82 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1413-1419.

Sheehan, B. og Banerjee, S. (1999). Review: somatization in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1044-1049.

Sjösten N, Kivelä SL (2006) The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 410-8.

Stordal, E., Bjartveit Krøger, M., Dahl, N. H., Krøger, I., Mykletun, A., Dahl, A. A. (2001) Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 210-216.

Snowdon, J. (2001) Is depression more prevalent in old age? *Australasian Psychiatry*, 35, 782-787.

von Strauss, E., Viitanen, M., De Ronchi, D., Winblad, B., og Fratiglioni, L. (1999) Aging and the occurrence of dementia - Findings from a population-based cohort with a large sample of nonagenarians. *Archives of Neurology*, 56, 587-592.

Tiihonen J., J. Lönnqvist, K. Wahlbeck, T. Klaukka, L. Niskanen, A. Tanskanen, og J. Haukka (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) *Lancet*, 374, 620-627.

Veith, R. C. og Raskind, M. A. (1988) The neurobiology of aging: Does it predispose to depression? 1. *Neurobiology of Aging*, 9, 101-117.

Vida S, Des RP, Carrier L et al. (1994) Prevalence of depression in Alzheimer's disease and validity of Research Diagnostic Criteria. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 238 - 44

Wittchen, H. U. og Jacobi, F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.

Zweig, R. A. (2008) Personality disorder in older adults: Assessment challenges and strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 298.

Östling, S. og Skoog, I. (2002) Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Archives of General Psychiatry*, 59, 53-59.

Östling, S., Borjesson-Hanson, A., og Skoog, I. (2007) Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 999-1004.

Appendix

Relaterte forskningsprosjekter i Norge

Første del av appendix gir en oversikt over hvilke institusjoner som driver forskning på eldre. Listen kan være ufullstendig. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse publiserer omtrent parallelt med denne rapporten en FoU-rapport med en prosjektoversikt over norsk forsknings- og utviklingsarbeid innen demens, alderspsykiatri og relatert omsorgsforskning 1999-2009, utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Det finnes flere spørreundersøkelser som også har spørsmål om psykisk helse hvor eldre (65 år +) inngår. Den ene er Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse, som blant andre Folkehelseinstituttet er med på å analysere. Helseundersøkelsen er tverrsnittundersøkelser med data fra 1998, 2002 og 2005 og 2008. Rapporten ”Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger” basert på Levekårsundersøkelsene, som blant annet inneholder symptomregninger av ulike psykiske plager fordelt på aldersgrupper, utgis i løpet av våren 2011.¹⁵

Informasjon om Eldres psykiske helse finnes også i Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) som ble gjennomført første gang i 2002-2003. Dette er en longitudinell studie hvor man følger personer i alderen 40 år og eldre hvert 5 år. Hovedmålet med prosjektet er å se på stabilitet og endring innenfor ulike områder, hvorav psykisk helse og livskvalitet utgjør ett av hovedområdene. I første runde ble om lag 5000 personer over 40 år intervjuet. I andre runde ble undersøkelsen slått sammen med den internasjonale studien Generations and Gender Study og utvidet til rundt 15 000 personer fra og med 18 år. Innsamlingen var da et samarbeid mellom NOVA og SSB. Tredje runde planlegges å gjennomføres i 2012.

De store helseundersøkelsene HUBRO, OPPHED og HUSK, samt CONOR, som omfatter enkelte variable fra alle disse undersøkelsene, kan også brukes til å undersøke aldersforskjeller i global psykiske helse (angst og depresjonssymptomer).

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), ble første gang gjennomført i 1984-1986 (HUNT1) og andre gang i 1995-1997 (HUNT2). En tredje undersøkelse ble avsluttet i 2008 (HUNT3). Alle innbyggere over 19 år har blitt invitert til å delta hver gang. Denne undersøkelsen er relativt omfangsrik, har stor oppslutning og i prinsippet undersøkes de samme menneskene hver gang.

I tillegg til de nevnte populasjonsundersøkelsene, kan det være at det finnes mindre prosjekter rundt om i landet, særlig innen tiltaks- og sykehjemssektoren, der man undersøker effekten av ulike psykososiale behandlings- og forebyggingstiltak blant eldre uten at vi har kjennskap til det per i dag.

Pågående prosjekter ved FHI

I 2009 starter et nytt demensprosjekt i samarbeid mellom Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, Norges teknisk-naturfagvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim og Helse Midt-Norge. Prosjektet vil benytte data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT). Det ene hovedmålet er å beregne om ulike faktorer tidligere i livet kan øke eller redusere risikoen for å utvikle Alzheimers sykdom eller annen demens. Det andre hovedmålet er å vurdere hvordan demens påvirker trivsel og psykisk helse hos nære pårørende.

¹⁵ Nes, R.B., og Clench-Aas, J.,(under publisering): Psykiske helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011: 2. Folkehelseinstituttet.

Andre miljøer som forsker på eldre i Norge

Universitetet i Tromsø, Senter for aldersforskning (helse nord). Klinisk fokus, senteret finansierer klinisk forskning innen geriatri, aldersforskning, rehabilitering og samhandling.

STAMI: Noe forskning på eldre i arbeidslivet

Agder Universitet:

http://www.uia.no/no/portaler/om_universitetet/helse_og_idrettsvitenskap/forskning/prosjekter/fysiske_aktivitet_form_og_funksjon_hos_eldre

Annen informasjon

Det eksisterer et samarbeid mellom 150 organisasjoner i EU for å forbedre vilkårene for eldre i Europa: www.age-platform.org

År 2012 vil være ”European Year of Active Ageing”.

Forebygging og forskningsutfordringer

Forebygging:

Gjennom de senere årene har det vært en økende forståelse for behovet for å begrense ensomhet og sosial isolasjon hos eldre, for på denne måten å bedre deres livskvalitet. I en systematisk forskningsoversikt fra 2005 ble effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak på ensomhet og sosial isolasjon undersøkt. 31 intervensjonsstudier ble gjennomgått og vurdert. Resultatene viser at isolasjon og ensomhet blant eldre kan forhindres gjennom gruppeaktiviteter, mens hjemmebesøk ser ut til å være mindre viktig. Felles for alle de vellykkede gruppebaserte tilbudene er at de eldre har medinnflytelse på planleggingen og utviklingen av aktivitetene (Cattan et al., 2005). Det bør tas et forbehold om gyldigheten av noen av disse resultatene for norske forhold ettersom over halvparten av studiene var utført i USA. De øvrige var utført i Canada og europeiske land. En metaanalyse tyder på at psykososiale tiltak som innebærer meningsfulle sosiale aktiviteter kan ha en forebyggende effekt på depressive symptomer hos eldre. Andre intervensjoner som fysisk aktivitet og ferdighetstrening viste ingen effekter (Forsman et al., 2010).

Både norske og utenlandske forskningsprosjekter peker i retning av at eldrecentre kan bidra til å forebygge psykiske helseproblemer gjennom bedret fysisk aktivitet og redusert bruk av psykofarmaka (Bøen et al., 2010; Leville et al., 1998). Mange sykehjem og andre typer botilbud til eldre har egne, lokalt forankrede tiltak for å tilrettelegge for best mulig psykososialt miljø for sine beboere. Eldrecentre kan også bidra til at eldre får mindre depresjonssymptomer, og at de øker den fysiske aktiviteten (Phelan et al., 2002). Det er økende evidensgrunnlag for at fysisk aktivitet har effekt på Eldres livskvalitet og psykiske helse. En oversiktsartikkel viser at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre. Kvaliteten på studiene som gjennomgås er imidlertid varierende (Sjøsten og Kivela, 2006). Det er mangelfull kunnskap om effektstørrelsene av ulike treningsformer for ulike målgrupper av eldre. For å kunne planlegge forebyggende tiltak og behandling trengs mer kunnskap om psykisk helse blant eldre. Rapporten ”...Bedre føre var..Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger” (2011) viser at det er et stort behov for forskningsbasert kunnskap om tiltak som kan forebygge psykiske plager og lidelser hos eldre.

Forskningsutfordringer:

Data på psykisk helse blant eldre i de etablerte helseundersøkelser er i dag ikke gode nok til å kunne si noe om omfang av psykiske plager og lidelser. Andre fremgangsmåter enn postale undersøkelser er antagelig nødvendig for å nå denne gruppen. Det trengs mer forskning og kunnskap om utfordringer ved måling av psykisk helse blant eldre. Det er også nødvendig med mer forskningsbasert kunnskap om eldreomsorg og om årsaker til psykiske plager og lidelser blant eldre. Forskning på årsaker til-, og konsekvenser av psykiske plager og lidelser blant eldre er ikke omtalt i denne rapporten.

www.fhi.no

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Mars 2011
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no
ISBN 978-82-8082-449-3, trykt versjon
ISBN 978-82-8082-450-9, elektronisk versjon