

Kartläggning och analys av  
förskrivningen av anti-  
depressiva läkemedel till  
personer 65 år och äldre

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-11-8828

Publicering [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), november 2023

# Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen (S2022/02310) att göra en kartläggning och en analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre.

Genom denna rapport redovisar Socialstyrelsen uppdraget. Rapporten riktar sig i första hand till läkare, sjuksköterskor samt ansvariga för planering av hälso- och sjukvård och socialtjänst, i regioner och kommuner.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Anastasia Nyman och projektledare Johan Fastbom. I projektgruppen har även ingått Staffan Khan, Michaela Prochazka, Helena Ström, Frida Nobel, Birgitta Lindelius och Therese Hellman. Mikaela Svensson, Sofia Collin och Gudrun Jonasdottir Bergman har bidragit till analysarbetet.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	9
Kartläggning av användningen och förskrivningen av antidepressiva medel, relation till diagnoser och annan behandling .....	9
Vad har ökningen av användningen av antidepressiva medel berott på och kommer den att fortsätta? .....	10
Risken för polyfarmaci och läkemedelsinteraktioner .....	10
Effekter av behandling med antidepressiva medel hos äldre .....	11
Effekter av omställningen till god och nära vård .....	11
Relation till socialtjänstens insatser .....	11
Inledning .....	12
Bakgrund .....	12
Uppdraget .....	12
Omfattning och avgränsningar .....	14
Projektet omfattar .....	14
Avgränsningar .....	14
Metod .....	15
Definitioner .....	15
Antidepressiva läkemedel .....	15
Förskrivning och användning .....	15
Analysmetoder .....	15
Registerbaserade analyser .....	15
Enkätundersökning .....	16
Övrigt .....	16
Genomförande .....	17
Kartläggning .....	17
Analys .....	18
Resultat .....	20
Användning av antidepressiva läkemedel .....	20
Användning i olika åldersgrupper .....	20
Utveckling över tid .....	21
Skillnader mellan regioner .....	24
Diagnoser kopplade till psykisk ohälsa .....	27
Förekomst och utveckling över tid .....	27
Skillnader mellan regioner .....	30
Förekomst av psykologisk och psyko-terapeutisk behandling .....	31

Ordinationsorsaker för antidepressiva medel.....	33
Beräkningar för uppskattning av framtida användning av antidepressiva medel hos äldre .....	34
En åldrande befolkning .....	34
Ökande förekomst av demens .....	35
Läkemedelsinteraktioner .....	35
Primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner .....	35
Förekomst av potentiella läkemedelsinteraktioner – förändring över tid .....	36
Inverkan av användningen av antidepressiva medel på risker kopplade till polyfarmaci .....	38
Biverkningar av antidepressiva medel.....	39
Användning av antidepressiva medel med avseende på verksamhet och förskrivare.....	41
Förskrivande verksamhet – utveckling över tid .....	41
Antal olika förskrivande verksamheter och förskrivare per person - utveckling över tid .....	43
Bistånd från socialtjänsten.....	45
Socialtjänstinsatser hos äldre som förskrivs antidepressiva medel .....	45
Samband mellan socialtjänstinsatser och förskrivning av antidepressiva medel.....	47
Diskussion.....	50
Användning av antidepressiva medel – utveckling över tid.....	50
Skillnader i användning av antidepressiva medel mellan kvinnor och män.....	50
Skillnader mellan regionerna .....	51
Förhållande till diagnoser kopplade till psykisk ohälsa inom slutenvården och den specialiserade öppenvården .....	52
Förekomst av psykologisk och psykoterapeutisk behandling .....	52
Vad har den ökade förskrivningen av antidepressiva medel till äldre berott på? .....	53
Kommer förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre fortsätta att öka?.....	54
Innebär den ökade användningen av antidepressiva medel hos äldre ökade risker kopplade till polyfarmaci? .....	54
Hur fungerar primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner, och är de tillräckligt effektiva? .....	55
Enkätundersökningen.....	55
Analys av förekomsten av läkemedelsinteraktioner.....	56
Vilken effekt har användningen av antidepressiva medel haft för de äldre? .....	56
Effekter på risk för suicid.....	56

Biverkningar .....	56
Påverkar omställningen till en god och nära vård förskrivningen av antidepressiva medel till äldre?.....	57
Är äldre som förskrivs antidepressiva medel aktuella inom socialtjänsten och i så fall vilken typ av insats?.....	58
Påverkas användningen av antidepressiva läkemedel av socialtjänstens insatser? .....	58
Referenser .....	60
Bilagor .....	63
Bilaga 1. Utförlig metodbeskrivning .....	63
Analys av läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning.....	63
Analys av diagnoser .....	65
Förekomst av psykologisk och psykoterapeutisk behandling .....	66
Statistik över läkemedelsbiverkningar .....	66
Analyser av bistånd från socialtjänsten .....	67
Bilaga 2. Enkät till läkare för kartläggning av primärvårdens arbetssätt och metoder för att upptäcka och hantera läkemedelsinteraktioner..	68
Bilaga 3. Svarefrekvenser för enkäten om primärvårdens arbetssätt och metoder för att upptäcka och hantera läkemedelsinteraktioner .....	71





# Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen (S2022/02310) att göra en kartläggning och en analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre. Uppdraget består av ett femtontal olika frågeställningar. Några av dem har kunnat besvaras med datakällor som är tillgängliga på myndigheten: läkemedelsregistret, patientregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Andra har fordrat tillgång till uppgifter baserade på externa datakällor – Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) register Primärvårdskvalitet, Statistiska Centralbyråns (SCB) register och Läkemedelsverkets biverkningsdatabas, en enkätundersökning till primärvårdsläkare samt sammanställning av forskningsresultat inom området.

## Kartläggning av användningen och förskrivningen av antidepressiva medel, relation till diagnoser och annan behandling

Användningen av antidepressiva medel hos personer 65 år och äldre har ökat med 23 procent under perioden 2006 till 2022. Ökningen är dock mindre uttalad jämfört med den hos yngre personer (18–64 år; 60 procent).

I åldersgruppen 65 år och äldre är användningen av antidepressiva nära 70 procent högre hos kvinnor jämfört med män, en skillnad som förändrats endast obetydligt över tid (2006–2022), och står i skarp kontrast till förekomsten av suicid hos äldre, som är betydligt vanligare hos män. En likartad könsskillnad ses för diagnoserna depression och ångestsyndrom i slutenvård och specialiserad öppenvård. Resultat från forskning tyder dock på att dessa skillnader inte motsvaras av en liknande skillnad i förekomst av depressiva symptom hos äldre män och kvinnor. I stället kan de, enligt dessa forskningsstudier, åtminstone delvis, betingas av utformningen av de skattningsinstrument som används i diagnostiken, och av skillnader mellan kvinnor och män i benägenheten att söka vård för psykiska problem.

Skillnaderna mellan regionerna i förskrivning av antidepressiva medel har minskat över tid. Samtidigt visar vår analys att fem regioner har legat konsekvent högre och lika många lägre än riksgenomsnittet under samtliga år från 2006 till 2022. En flernivåanalys visade emellertid att en mycket liten andel av variationen kunde tillskrivas regionnivån. Detta talar för att variationen i förskrivningen av antidepressiva till övervägande del förklaras av faktorer på individnivå eller andra nivåer, snarare än av faktorer på regionnivå (exempelvis förskrivarpraxis).

Förekomsten av diagnoserna depression och ångestsyndrom, i såväl slutenvård som specialiserad öppenvård, utgjorde bara en bråkdel av användningen av antidepressiva medel och uppvisade på det hela taget inte samma tidstrend som denna. Vidare var förekomsten av någon av dessa diagnoser i patientregistret under en tremånadersperiod före en nyförskrivning av antidepressiva medel, mycket låg – mindre än tre procent under samtliga år 2006–2022, och

denna andel minskade över tid. Detta är i linje med att antidepressiva medel hos äldre till övervägande del (över 80 procent) förskrivs i primärvården. Sammantaget talar dessa fynd för att behandlingen med antidepressiva medel i liten utsträckning initieras och handhas i slutenvård och specialiserad öppenvård.

Andelen patienter som fick psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad depression respektive ny diagnos ångest, var 4–6 gånger högre hos yngre än hos äldre. Samtidigt ökade denna andel över tid relativt sett mer hos äldre.

## Vad har ökningen av användningen av antidepressiva medel berott på och kommer den att fortsätta?

Resultaten av våra analyser talar för att ökningen i förskrivningen av antidepressiva medel till äldre till stor del beror på en tilltagande behandling med dessa läkemedel mot ångesttillstånd och sömnproblem.

Mot bakgrund av en framtida: 1) förskjutning mot högre åldrar inom gruppen 65 år och äldre; 2) tilltagande förekomst av demens samt 3) förmodad fortsatt ökning av förskrivningen av antidepressiva mot ångest och sömnproblem, är det rimligt att anta att förskrivningen till personer 65 år och äldre kommer att fortsätta öka.

## Risken för polyfarmaci och läkemedelsinteraktioner

Antidepressiva medel har stått för ungefär 10 procent av utfallen för polyfarmaci-indikatoren *Samtidig användning av tio eller fler läkemedel*, men uppe mot 40 procent av förekomsten av potentiella D-interaktioner (läkemedelskombinationer som bör undvikas på grund av risk för läkemedelsinteraktioner som kan få allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt). Denna andel har dock avtagit över tid, framför allt på grund av att användningen av andra läkemedel som kan interagera med antidepressiva medel har minskat i användning, men också en förskjutning i användningen mot mindre interaktionsbenägna läkemedel i denna grupp.

En enkätundersökning till primärvårdsläkare visade att tillgången till beslutsstöd för att minska risken för läkemedelsinteraktioner är hög, och att de används frekvent och i stor utsträckning bidrar till justeringar i läkemedelsbehandlingen. Tre av fyra av de tillfrågade svarade att det/de system de använder är ett tillräckligt stöd för att upptäcka respektive hantera läkemedelsinteraktioner hos sina patienter. Dock påpekade flera att det är en brist att den nationella läkemedelslistan ännu inte är på plats, vilket innebär en risk för att potentiella interaktioner mellan läkemedel som är ordinerade i olika journal-system undgår upptäckt. Det framgick vidare att man ansåg att tjänsten för interaktionsanalys i vissa system är svår att arbeta i eller att det presenterar resultaten på ett bristfälligt sätt. Många angav också att det vore önskvärt att systemen presenterade alternativ till det/de läkemedel som kan orsaka en given läkemedelsinteraktion. Emellertid, mot bakgrund av den låga svarsfrekvensen (18,3 procent), så bör resultaten av denna enkät tolkas med försiktighet.

Förekomsten av potentiella D-interaktioner i den totala läkemedelsanvändningen hos personer 65 år och äldre visade en tydlig minskning från 2006 till 2022, trots att läkemedelsanvändningen ökade under samma period. Detta beror dock till stor del på att många av de läkemedel som har ingått i de läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner, har minskat i användning, av huvudsakligen andra anledningar än interaktionsbenägenhet. Det går därför inte att ta denna positiva utveckling som intäkt för att primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner har blivit mer effektiva. Den låga förekomsten av allvarliga potentiella läkemedelsinteraktioner talar dock för att arbetssätten och metoderna idag är tillräckligt effektiva.

## Effekter av behandling med antidepressiva medel hos äldre

Suicid är vanligare hos äldre än hos yngre. Idag saknas det dock ett entydigt vetenskapligt underlag för att antidepressiva medel förebygger suicid, suicidförsök, självskada eller suicidtankar hos äldre människor. Mer forskning behövs således för att kunna belägga ett sådant samband.

Antalet rapporter om allvarliga biverkningar av antidepressiva medel har minskat mellan 2006 och 2022, i viss mån i absoluta tal men framför allt i relation till andra läkemedel och till det totala antalet rapporterade allvarliga biverkningar av läkemedel.

## Effekter av omställningen till god och nära vård

Det går inte att med våra analyser identifiera några förändringar i förskrivningen eller användningen av antidepressiva medel, eller i läkemedelsanvändningen i sin helhet, till följd av den pågående omställningen till en god och nära vård.

## Relation till socialtjänstens insatser

Äldre personer som förskrivs antidepressiva medel har i betydligt större omfattning insatser från socialtjänsten – såväl hemtjänst i eget boende som särskilt boende (säbo) – jämfört med dem som inte har antidepressiva medel.

Det finns ett tydligt samband mellan verkställande av socialtjänstinsatser – såväl hemtjänst i eget boende som särskilt boende – och en ökning i användningen av antidepressiva medel. Det går dock inte att med befintliga data avgöra hur sambandet ser ut och vad som är orsak och verkan. En möjlig förklaring till sambandet är att den förändring det innebär för den enskilde att flytta till säbo eller att ta emot hemtjänst kan påverka den psykiska hälsan, med ökad risk för både depression, ångest och sömnsvårigheter, och därmed vårdkontakter som resulterar i behandling med antidepressiva. Ett annat rimligt resonemang är emellertid att faktorer som ligger till grund för beslut om socialtjänstinsatser är relaterade till den enskildes hälsotillstånd och funktionsförmåga, som i sin tur har en inverkan på behovet av behandling med antidepressiva, eller på förekomsten av kontakter med hälso- och sjukvårdens och därmed förutsättningarna för att upptäcka eller uppmärksamma det.

# Inledning

## Bakgrund

Antidepressiva medel är en av de vanligaste läkemedelsgrupperna hos äldre personer. Användningen av antidepressiva läkemedel hos äldre har också uppvisat en betydande ökning sedan de första preparaten av SSRI-typ (selektiva serotoninåterupptagshämmare) godkändes i Sverige i början av 90-talet. I en undersökning baserad på befolkningsstudierna Kungsholmsprojektet och SNAC-K (Swedish National Study on Aging and Care, Kungsholmen) konstaterades att användningen av antidepressiva medel hos personer 75 år och äldre under perioden 1987–2007, ökade från 0,6 till 11 procent hos män och 1,5 till 16 procent hos kvinnor [1]. Analyser baserade på läkemedelsregistret har visat att användningen hos äldre därefter har fortsatt att öka, om än i mindre omfattning [2].

Alltsedan de första mätningarna i slutet av 80-talet har användningen av antidepressiva läkemedel varit betydligt högre hos kvinnor än hos män. Mätningar i läkemedelsregistret 2021 har visat att andelen personer 65 år och äldre som hämtade ut antidepressiva läkemedel under året var 22 procent hos kvinnor jämfört med 13 procent hos män [3].

Samtidigt som användningen av antidepressiva läkemedel hos äldre fortsätter att öka, har antalet personer i denna åldersgrupp som får en diagnos kopplad till depression eller ångest minskat inom slutenvården och den specialiserade öppenvården. Det är fler kvinnor än män som får en sådan diagnos men minskningen har skett för både kvinnor och män [4].

## Uppdraget

Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen fått i uppdrag (S2022/02310) av regeringen att ”göra en kartläggning och en analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre”. I uppdraget ingår:

- att ”belysa hur förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer i denna åldersgrupp har utvecklats över tid och vilken effekt förskrivningen haft för gruppen.”
- att ”analysera om förändringar i förskrivningen kan ha förväntats bidragit till en mer adekvat samlad vård för dessa patienter.”
- att ”analysera skillnader i förskrivning mellan kvinnor och män, skillnader i regionala förskrivningsmönster samt övrig vård, exempelvis psykologisk och psykoterapeutisk.”
- att ”få kunskap om skillnader i förskrivning av antidepressiva läkemedel mellan män och kvinnor beror på skillnader i förekomst av ohälsa.”
- att ”öka kunskapen om skillnader i förskrivningsmönster mellan olika regioner.”
- att ”belysa om den pågående omställningen till en god och nära vård påverkar förskrivningen.”

- att ”belysa om personerna är aktuella inom socialtjänsten och i så fall vilken typ av insats.”

I uppdraget ingår vidare:

- att ”undersöka vad den ökade förskrivningen har berott på och vad som kan förklara att den inte har åtföljts av att fler personer i denna åldersgrupp får en diagnos kopplad till psykisk ohälsa inom slutenvården.”
- att ”utreda vilken effekt den ökade förskrivningen har medfört för patienterna och om förändringarna i förskrivning kan ha förväntats bidra till en mer adekvat och sammanhållen vård för dessa patienter.”
- att belysa ”huruvida personer 65 år och äldre får färre andra vårdinsatser såsom psykologisk och psykoterapeutisk behandling än yngre personer och huruvida det är kopplat till den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel eller den minskade diagnossättningen i slutenvården och i den specialiserade öppenvården.”
- att ”bedöma om förskrivningen av antidepressiva läkemedel påverkas av socialtjänstens insatser.”
- att analysera ”om utvecklingen rörande förskrivning av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre bedöms fortsätta att öka.”
- att ”få en bild av om ökningen innebär ökade risker kopplat till polyfarmaci.”
- att ”få kunskap om primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för oönskade läkemedelsinteraktioner är tillräckligt effektiva.”

Myndigheten ska genomföra uppdraget i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner, patient-, professions-, brukar- och anhörigorganisationer.

Projektets mål är att äldre personer får en adekvat och individanpassad behandling av de tillstånd som kan utgöra indikation för behandling med antidepressiva läkemedel.

Projektet anknyter till mål 3 *God hälsa och välbefinnande* i FN:s Agenda 2030.

# Omfattning och avgränsningar

## Projektet omfattar

- Personer 65 år och äldre
- Förskrivning och användning av antidepressiva läkemedel
- Annan behandling – psykologisk och psykoterapeutisk – vid tillstånd som kan utgöra indikation för behandling med antidepressiva läkemedel.
- Diagnoser kopplade till psykisk ohälsa inom slutenvården och den specialiserade öppenvården.

## Avgränsningar

Flera delar av uppdraget handlar om att studera orsakssamband, exempelvis: att ”undersöka vad den ökade förskrivningen har berott på”, ”utreda vilken effekt den ökade förskrivningen har medfört för patienterna” och att ”belysa om den pågående omställningen till en god och nära vård påverkar förskrivningen av antidepressiva läkemedel till äldre”. Sådana orsakssamband går inte att fastställa med tillgängliga data och analysmetoder. Det som har kunnat studeras i dessa fall är samvariation och tidssamband som kan *indikera* orsakssamband. Vidare krävs det för att kunna besvara vissa av frågeställningarna, tillgång till datakällor som idag inte är representerade på nationell nivå, bland annat ett patientregister som omfattar primärvården. Socialstyrelsen har i dessa fall valt alternativa metoder för att besvara dem, vilka beskrivs i tabellerna *Kartläggning* respektive *Analys* nedan.

# Metod

## Definitioner

### Antidepressiva läkemedel

Enligt WHO:s klassificeringssystem ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) [5] definieras antidepressiva medel som läkemedel som tillhör ATC-gruppen N06A. Emellertid utgörs en andel av dem (12 procent 2021) av så kallade icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare (oftast benämnda tricykliska antidepressiva; N06AA), som huvudsakligen används för att behandla vissa smärttillstånd och relativt sällan förskrivs på indikationen depression, hos äldre. Antidepressiva medel definieras därför i detta projekt som preparat som tillhör gruppen N06A men inte N06AA.

### Förskrivning och användning

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek [6]. Informationen i läkemedelsregistret ger således inte en fullständig bild av *förskrivningen*, eftersom en del av de läkemedel som förskrivs inte hämtas ut från apoteket. Å andra sidan återspeglar den heller inte till fullo *användningen* av läkemedel, eftersom de läkemedel som hämtas ut inte alltid tas av den enskilde. Den metod som har använts i detta projekt (se nedan) ger resultat som kan antas ligga någonstans mellan förskrivning och användning, men har utformats för att så långt möjligt återspegla den faktiska användningen. Även om termen *förskrivning* används i uppdragsbeskrivningen, har Socialstyrelsen därför valt att när det är tillämpligt använda ordet *användning* i rapporten.

## Analysmetoder

Detta avsnitt beskriver översiktligt de metoder som använts. För en mer detaljerad beskrivning se *Bilaga 1*.

### Registerbaserade analyser

#### Läkemedelsanvändning

För att få ett mått som så nära som möjligt motsvarar de studerade personernas aktuella läkemedelsanvändning, har Socialstyrelsen i detta projekt tillämpat en metod för att utifrån löpande expeditioner i läkemedelsregistret, beräkna den aktuella användningen vid en viss tidpunkt (punktprevalens).

Analysen baseras på uppgifter från varje läkemedelsexpedition, om tidpunkt för läkemedelsuttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering; för läkemedel expedierade inom ett tremånadersintervall före denna tidpunkt [7]. Denna metod gör det också möjligt att studera vilka läkemedel som används samtidigt, vilket är nödvändigt bland annat när man vill undersöka förekomsten av olika mått på polyfarmaci samt av preparatkombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner.

### *Vem förskriver antidepressiva till äldre*

Varje post (läkemedelsexpedition) i läkemedelsregistret innehåller uppgifter om verksamhetsinriktningen för den enhet där förskrivningen sker (exempelvis distrikts-/hus-/familjeläkarvård, geriatrisk vård, allmänpsykiatrisk vård) samt olika egenskaper hos förskrivaren, såsom kategori (läkare, sjuksköterska med särskild behörighet, tandläkare mm.), utbildning och specialistkompetens. Det är därför möjligt att för ett givet läkemedel/läkemedelsgrupp undersöka hur stor andel av den totala förskrivningen som härrör från olika verksamheter och specialiteter. Detta har tillämpats i analyserna. Vidare har uppgifter använts för att uppskatta antalet olika förskrivare eller förskrivande verksamheter per person, för ett givet läkemedel eller läkemedelsgrupp.

### *Ordinationsorsak*

Den nationella källan för ordinationsorsak inom området läkemedelsbehandling är idag implementerad i flertalet regioners vårdinformationssystem [8]. Uppgift om ordinationsorsak registreras dock ännu inte i läkemedelsregistret. Däremot finns relativt ofta information om *ändamål*<sup>1</sup> med den förskrivna läkemedelsbehandlingen, i dostexten. Även om denna information inte förekommer regelmässigt, eller följer den struktur och nomenklatur som fastställts för den nationella källan för ordinationsorsak, kan den analyseras och ge en fingervisning om fördelningen av olika indikationer<sup>2</sup> för förskrivningen av ett givet läkemedel eller läkemedelsgrupp, och hur den utvecklats över tid, något som har tillämpats i detta projekt.

### *Samkörning av läkemedelsregistret och andra hälsodataregister*

För att studera hur förskrivningen av antidepressiva läkemedel förhåller sig till diagnoser i slutenvård och specialiserad öppenvård samt till socialtjänstens insatser, har Socialstyrelsen samkört information från läkemedelsregistret med data från *patientregistret* respektive *registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning*.

### *Enkätundersökning*

Den del av uppdraget som handlar om att ”belysa hur primärvårdens arbetsätt och metoder för att minska risken för oönskade läkemedelsinteraktioner fungerar och om de är tillräckligt effektiva”. Det har i första hand försökts göras genom en webbaserad enkätundersökning som vände sig till ett nationellt representativt urval av läkare i primärvården, under januari–februari 2023. Enkäten bestod av 10 slutna och öppna frågor (bilaga 2).

### *Övrigt*

För vissa frågeställningar, som inte kan besvaras med ovan nämnda datakällor och metoder, har information från register och databaser utanför myndigheten: Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) register Primärvårdskvalitet, Statistiska Centralbyråns (SCB) register och Läkemedelsverkets biverkningsdatabas använts. Vidare har resultat från andra uppdrag på

<sup>1</sup> Ändamål: avsikt med ordinerad behandling så som ordinatören formulerat den med patienten som mottagare.

<sup>2</sup> Indikation: det symptom, sjukdomstillstånd eller liknande, vid vilket en specifik behandling används.



myndigheten använts, såsom: uppdraget, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 [9], och de årliga uppföljningarna av omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna [10]. Slutligen har vi, i tillämpliga fall, sammanställt resultat från forskning inom området.

## Genomförande

Uppdragets olika frågeställningar kan delas upp i två delar:

*Kartläggning:* Deskriptiva analyser baserade på registerdata

*Analys:* a) Mer komplexa registeranalyser baserade på detaljerade uppgifter om förskrivning/användningen av antidepressiva, och på studier av samvariation och tidssamband mellan den och andra faktorer. b) Analyser baserade på data från andra uppdrag på myndigheten, datakällor utanför myndigheten eller på forskningsresultat.

Nedan redovisas de olika frågeställningarna, uppdelade enligt ovan i två tabeller, med information om hur de har hanterats.

### Kartläggning

Uppgift	Kommentar, angreppssätt
Belysa hur förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre har utvecklats över tid.	Analys av läkemedelsregistret
Beskriva skillnader mellan äldre och yngre personer, samt hos de äldre personerna, analysera skillnaderna mellan kvinnor och män och mellan regioner, med avseende på: <ul style="list-style-type: none"> <li>förskrivning av antidepressiva läkemedel och dess mönster.</li> <li>psykologisk och psykoterapeutisk behandling samt diagnoser kopplad till psykisk ohälsa inom slutenvården och den specialiserade öppenvården.</li> </ul>	Analys av läkemedelsregistret, patientregistret samt uppgifter om vårdåtgärder i primärvården från Primärvårdskvalitet (SKR).
Belysa om personer 65 år och äldre som förskrivs antidepressiva läkemedel är aktuella inom socialtjänsten samt i så fall vilken typ av bistånd.	Analys av läkemedelsregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

## Analys

Uppgift	Kommentar, angreppssätt
Undersöka vad den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel har berott på.	Analys av tidstrender för förekomst av ändamål för behandling med antidepressiva medel (läkemedelsregistret).
Bedöma om förskrivningen av antidepressiva läkemedel till äldre kommer fortsätta att öka.	Formulering av antaganden baserade på stigande medelålder, ökande andel med demens samt förändringar i praxis för behandling med antidepressiva läkemedel.
Ta reda på vad som kan förklara att den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel inte har åtföljts av att fler personer i denna åldersgrupp får en diagnos kopplad till psykisk ohälsa inom slutenvården.	Analys av tidstrender avseende förskrivande verksamhet.
Undersöka huruvida personer 65 år och äldre får färre andra vårdinsatser såsom psykologisk och psykoterapeutisk behandling än yngre personer, och huruvida det är kopplat till den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel eller den minskade diagnossättningen i slutenvården och i den specialiserade öppenvården	Analys av uppgifter om vårdåtgärder i primärvården från Primärvårdskvalitet (SKR).
Analysera om skillnader i förskrivning av antidepressiva läkemedel mellan män och kvinnor beror på skillnader i förekomst av ohälsa.	Resonemang som bygger på uppgifter om användning av antidepressiva medel och förekomst av diagnoser för depression och ångestsyndrom (se kartläggning ovan), och resultat från forskning. Inte bara olikheter i hälsa utan också i benägenhet att söka vård beaktas.
Öka kunskapen bakom skillnader i förskrivningsmönster mellan olika regioner	Analys av samband mellan användningen av antidepressiva läkemedel och andra faktorer på individ- och regionnivå.
Bedöma om förskrivningen av antidepressiva läkemedel påverkas av socialtjänstens insatser.	Analys av förändringar i användningen av antidepressiva läkemedel före, i samband med och efter verkställande av olika socialtjänstinsatser.
Belysa om den pågående omställningen till en god och nära vård påverkar förskrivningen av antidepressiva läkemedel till äldre.	Analys av förändringar över tid avseende andelen personer med antidepressiva som får dem förskrivna i primärvården (förväntas öka), antalet olika förskrivare eller förskrivande verksamheter per person (förväntas minska) hos äldre.
Studera vilken effekt förskrivningen av antidepressiva läkemedel har haft för gruppen.	Beskrivning av: 1) forskningsresultat om effekter av antidepressiva medel på risken för suicid hos äldre; 2) förekomst av biverkningar av antidepressiva medel baserat på uppgifter från Läkartimedelsverkets biverkningsdatabas.
Att utreda om förändringarna i förskrivningen av antidepressiva läkemedel kan förväntas ha bidragit till en mer adekvat och sammanhållen vård för dessa patienter.	Frågan kan inte besvaras med tillgängliga data och analysmetoder.
Undersöka om den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel innebär ökade risker kopplade till polyfarmaci.	Simulering där förekomsten av indikatorerna samtidig användning av tio eller fler läkemedel och potentiella läkemedelsinteraktioner, klass D, i närvaro och frånvaro av antidepressiva medel, analyseras och jämförs.
Belysa hur primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för oönskade läkemedelsinteraktioner fungerar och om de är tillräckligt effektiva.	Enkätundersökning till läkare i primärvården. Analys av förekomsten av potentiella läkemedelsinteraktioner och dess förändring över tid (läkemedelsregistret).

Uppdraget har genomförts i dialog med Socialstyrelsens äldreråd, SKR, NPO äldres hälsa och palliativ vård, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), Svensk förening för äldrepsykiatri (SFÄP), Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård samt SKR:s nätverk för styrning och ledning av psykiatrin.

# Resultat

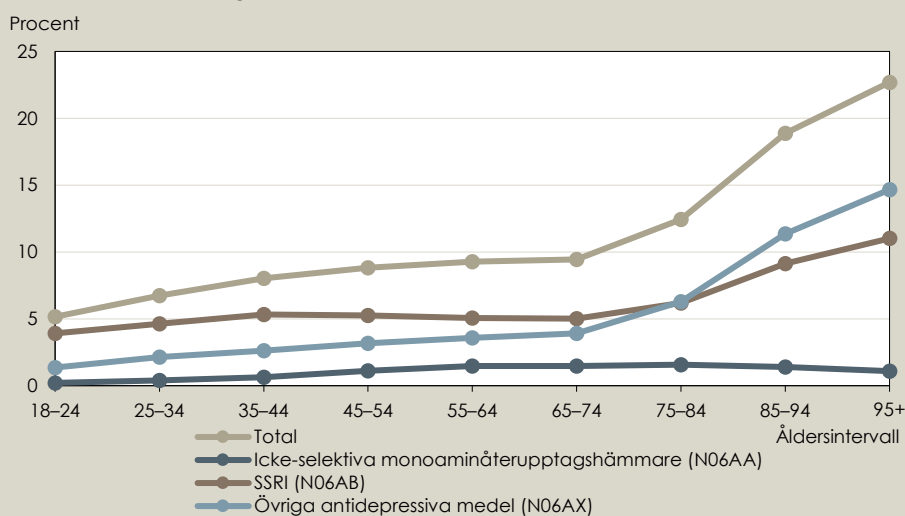
## Användning av antidepressiva läkemedel

### Användning i olika åldersgrupper

Figur 1 visar användningen av läkemedel<sup>3</sup> i gruppen ”Antidepressiva medel” (ATC-kod: N06A) samt dess tre vanligaste undergrupper – *Icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare* (N06AA), *Selektiva serotoninåterupptagshämmare* (SSRI; N06AB) samt *Övriga antidepressiva medel* (N06AX) – i olika åldrar år 2022. Användningen är markant högre i åldrarna 65 och uppåt, till följd av en högre förskrivning av SSRI och *Övriga antidepressiva medel*. Den sistnämnda läkemedelsgruppen dominerar i de äldsta åldersgrupperna.

**Figur 1. Användning av olika typer av antidepressiva till personer i olika åldrar, 2022**

Beräknad användning den 31 december 2022.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Användningen av *Icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare* (ibland kallade ”tricykliska antidepressiva”) är jämförelsevis låg, framför allt i högre åldrar. Eftersom läkemedel i den gruppen huvudsakligen används för att behandla vissa smärttillstånd och hos äldre relativt sällan förskrivs på indikationen depression, är *antidepressiva läkemedel* fortsättningsvis i denna rapport definierade som preparat som tillhör gruppen N06A men inte undergruppen N06AA.

<sup>3</sup>Andel (procent) av befolkningen i aktuell grupp som beräknas använda läkemedlet/läkemedlen i fråga.

## Utveckling över tid

Användningen av antidepressiva läkemedel enligt ovanstående definition ökade med 23 procent mellan 2006 och 2022 hos personer 65 år och äldre.

Samtidig användning av två eller fler antidepressiva läkemedel förekom hos 12 procent av användarna av antidepressiva medel 2006 och 21 procent 2022.

### Skillnader mellan kvinnor och män

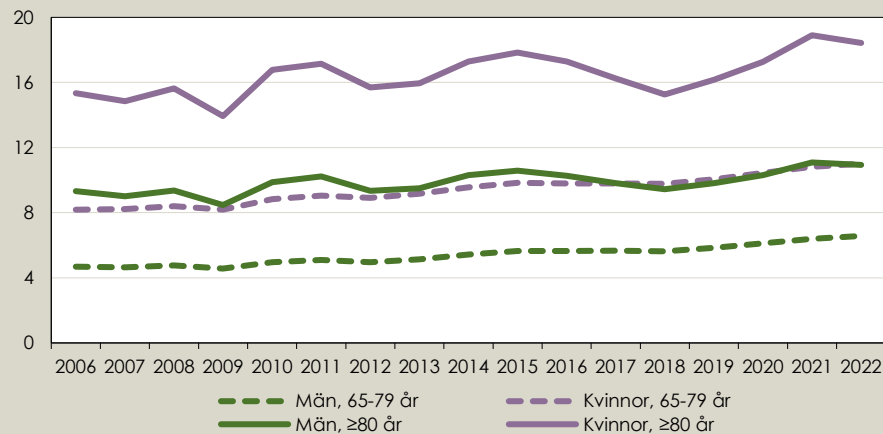
Under den studerade perioden ökade användningen av antidepressiva medel i åldersgruppen 65–79 år något mer hos män (män: 40 procent; kvinnor: 34 procent) men i åldersgruppen  $\geq 80$  år något mer hos kvinnor (män: 17 procent; kvinnor: 20 procent).

Vidare var användningen under hela perioden påtagligt högre hos kvinnor än hos män (figur 2). Hos de ”yngre äldre” (65–79 år) var den 68 procent högre hos kvinnor än hos män år 2022, jämfört med 75 procent 2006. I gruppen ”äldre äldre” ( $\geq 80$  år) var den 69 procent högre hos kvinnor 2022, jämfört med 65 procent 2006.

**Figur 2. Användningen av antidepressiva medel till män och kvinnor 65-79 resp. 80 år och äldre, 2006-2022**

Beräknad användning av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) den 31 december respektive år.

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Skillnader mellan åldersgrupper

Bland äldre personer sågs den största ökningen i användningen av antidepressiva medel 2006–2022 i åldersgrupperna 65–74 år samt 95 år och äldre. Ökningen var dock nästan lika stor åldrarna 45–54 och 55–64, och mer uttalad i de yngre åldersgrupperna (tabell 1). I genomsnitt var den 60 procent hos personer 18–64 år.

**Tabell 1. Utvecklingen över tid av användningen av antidepressiva medel i olika åldersgrupper 2006–2022.**

Beräknad användning (%) i respektive åldersgrupp den 31 december 2006, 2014 och 2022 samt dess procentuella förändring från 2006 till 2022.

Åldersgrupp	Användning, %			Förändring, %
	2006	2014	2022	2006–2022
18–24	2,0	3,0	5,0	155
25–34	3,3	4,5	6,4	93
35–44	4,7	6,1	7,5	61
45–54	5,6	6,7	8,0	42
55–64	5,8	7,1	8,1	40
65–74	5,8	7,1	8,2	42
75–84	9,8	10,5	11,2	14
85–94	15,0	16,7	17,8	18
≥95	15,1	17,8	21,9	45

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

### *Användning hos äldre med demens*

Tabell 2 visar användningen av antidepressiva medel hos personer 65 år och äldre utan och med demens, och hur den har förändrats över tid. Användningen är högre hos personer med demens. I båda grupperna ses en högre användning hos kvinnor än hos män och en ökning över tid.

**Tabell 2. Användning av antidepressiva medel hos personer med demens, jämfört med befolkningen, 65 år och äldre 2006–2022.**

Beräknad användning (%) den 31 december 2006, 2014 och 2022 uppdaterad på åldersgrupp och kön.

År	Åldersgrupp	Kön	Användning, %	
			Ej demens	Demens
2006	65–79 år	Män	4,2	32,2
		Kvinnor	7,6	37,9
	≥80 år	Män	7,8	29,3
		Kvinnor	13,1	37,8
2014	65–79 år	Män	4,9	33,3
		Kvinnor	9,0	39,3
	≥80 år	Män	8,1	31,2
		Kvinnor	14,1	40,9
2022	65–79 år	Män	6,0	35,3
		Kvinnor	10,3	42,3
	≥80 år	Män	8,8	33,3
		Kvinnor	15,3	44,1

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

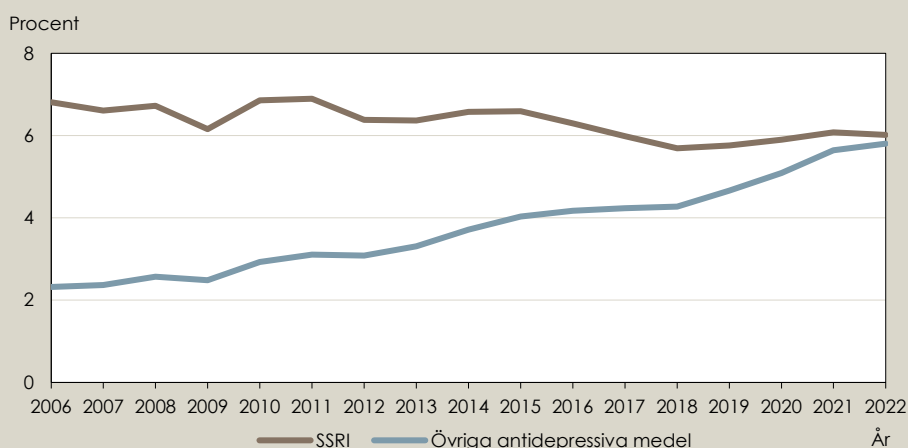
### Olika typer av antidepressiva medel

Figur 3 visar hur användningen av olika typer av antidepressiva medel utvecklats över tid, från 2006 till 2022. användningen av SSRI (N06AB) har varit förhållandevis stabil under hela den studerade perioden, men med en lätt minskning över tid (minskning med 12 procent; män: 13 procent; kvinnor: 8 procent). Gruppen *Övriga antidepressiva medel* (N06AX) har dock mer än fördubblats (ökning 150 procent; män: 174 procent; kvinnor: 144 procent) i användning under denna tid, och är 2022 nästan lika vanligt förekommande som SSRI.

I gruppen SSRI är sertralin de vanligaste läkemedlet 2022 (ökat från 1,2 procent 2006 till 2,4 procent 2022), följt av citalopram (minskat från 4,7 till 1,9 procent) och escitalopram (ökat från 0,4 till 1,2 procent). I gruppen *Övriga antidepressiva medel* dominerar mirtazapin som har ökat från 1,5 procent 2006 till 4,5 procent 2022, följt av venlafaxin (ökat från 0,4 till 0,7 procent) och duloxetin (ökat från 0,1 till 0,6 procent).

**Figur 3. Användning av olika typer av antidepressiva medel till personer 65 år och äldre, 2006–2022**

Beräknad användning den 31 december respektive år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

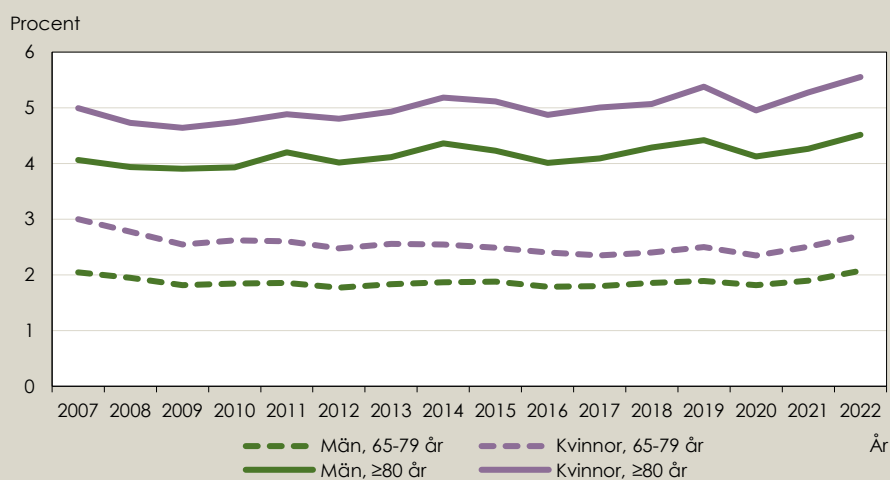
### Nyförskrivning av antidepressiva medel

Figur 4 visar förekomsten av nyförskrivning<sup>4</sup> av antidepressiva medel under perioden 2007 till 2022. Av diagrammet framgår att den ökat något hos personer 80 år och äldre (ökning: män: 11 procent; kvinnor: 11 procent) men i gruppen 65–79 år varit oförändrad hos män och minskat något hos kvinnor (minskning: 9,7 procent).

<sup>4</sup> Nyförskrivning definieras här som första uttaget av ett antidepressivt läkemedel efter en beräknad period om minst ett år utan användning av sådana läkemedel.

**Figur 4. Nyförskrivning av antidepressiva medel till män och kvinnor 65-79 resp. 80 år och äldre, 2007–2022**

Andel personer som får antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) nyförskrivna respektive år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

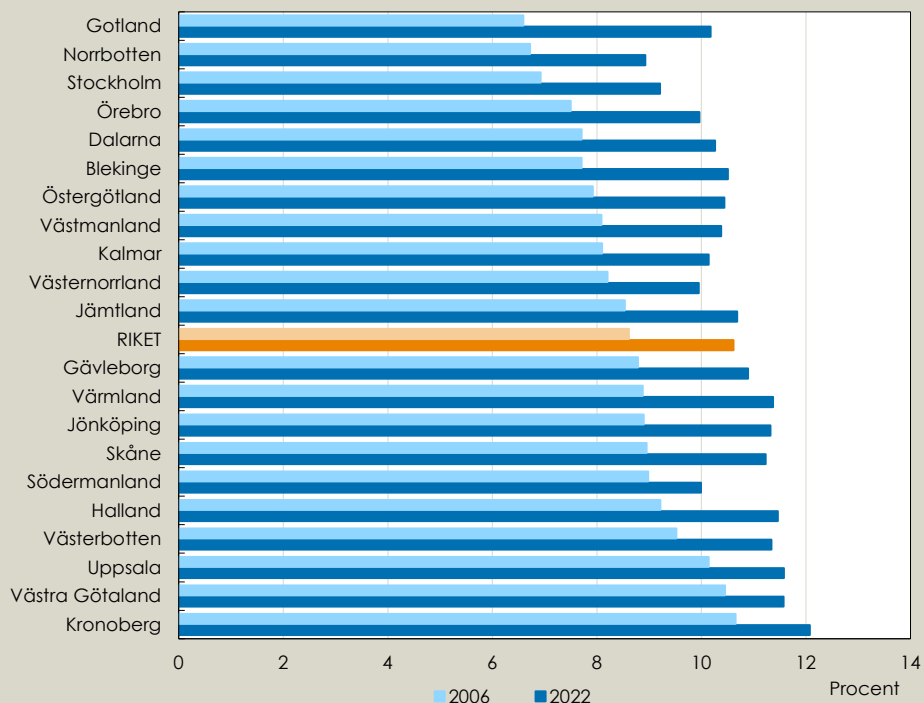
## Skillnader mellan regioner

En analys av förskrivningen av antidepressiva medel uppdelad på region visar tydliga skillnader. De är mindre uttalade 2022 (range: 8,9–12 procent; skillnad mellan högsta och lägsta: 35 procent) jämfört med 2006 (range: 6,6–11 procent; skillnad mellan högsta och lägsta: 62 procent). Flera av de regioner som låg högt respektive lågt 2006, hade dock en likartad placering i motsvarande jämförelse 2022 (figur 5).



**Figur 5. Förskrivning av antidepressiva läkemedel hos personer 65 år och äldre, i olika regioner och i riket 2006 och 2022**

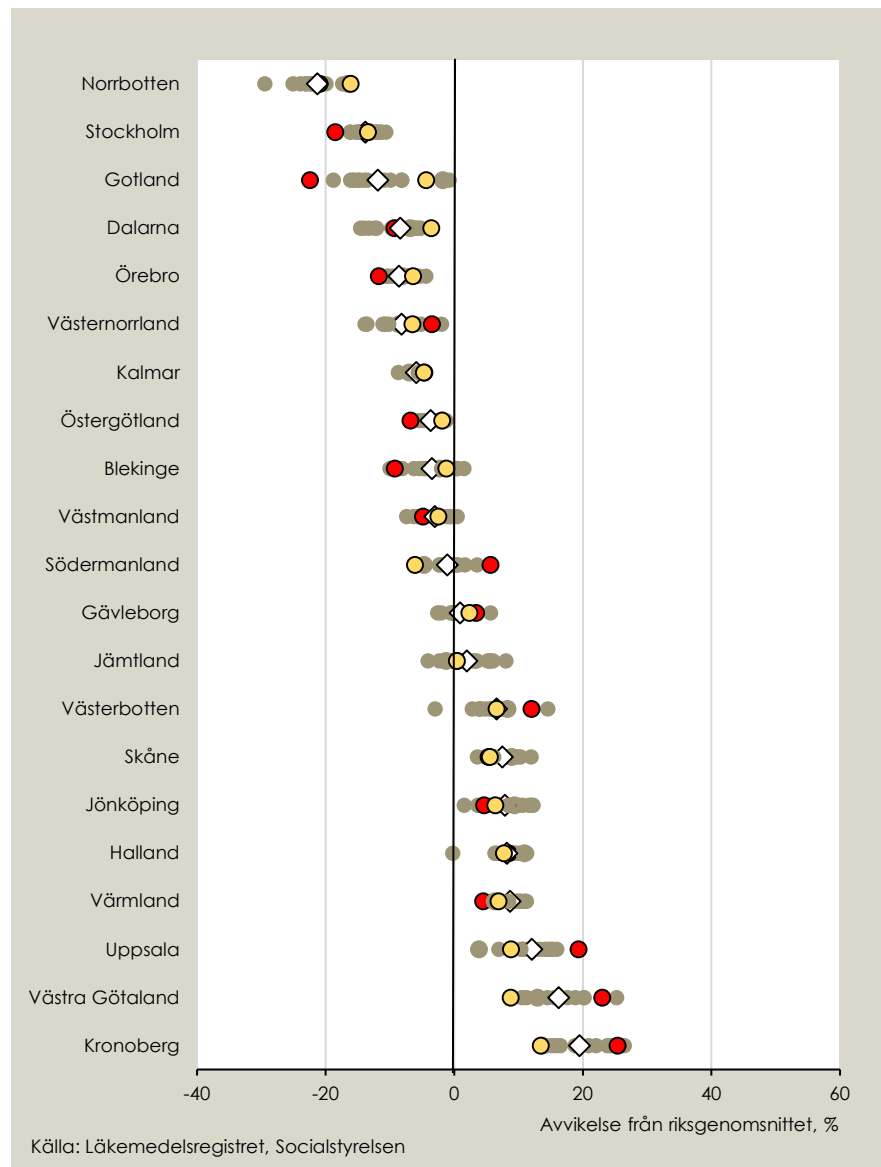
Beräknad användning av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) hos personer 65 år och äldre, den 31 december. Sorterat utifrån värdena 2006.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 6 åskådliggör på ett tydligare sätt hur förskrivningen av antidepressiva medel har förändrats i olika regioner under tidsperioden 2006–2022, och i vilken utsträckning de legat kvar på en hög eller låg användning jämfört med övriga regioner. Positionen på x-axeln anger avvikelser från riksgenomsnittet varje år. För var och en av regionerna visar den röda punkten avvikelser 2006, den gula avvikelser 2022, och den vita romben medelvärden över samtliga år. Med detta sätt att räkna framgår att fem regioner har legat minst 3 procent högre (range: 3,6–14 procent) respektive lägre (range: 3,6–16 procent) än riksgenomsnittet under samtliga år.

**Figur 6.** Förskrivning av antidepressiva medel hos personer 65 år och äldre, i Sveriges 21 regioner, och dess avvikelse från riksgenomsnittet, 2006–2022. (◇) medelvärde för åren 2006–2022; (●) värde för varje år, där röd färg representerar 2006 och gul färg 2022. Sorterat utifrån medelvärdet 2006–2022 för respektive region.



### Faktorer av betydelse för skillnaderna mellan regioner

För att försöka bringa klarhet i vilka faktorer som kan förklara skillnaderna mellan regionerna och varför vissa regioner år efter år ligger högre respektive lägre än riksgenomsnittet, har en så kallad flernivåanalys [11, 12] tillämpats, det vill säga analys av data på olika nivåer (se Bilaga 1), i detta fall individ-, kommun- och regionnivå.

I denna analys studerades hur stor andel av variationen mellan individer i förskrivningen av antidepressiva medel som kan förklaras av olikheter på regionnivå (i exempelvis förskrivarpraxis) 2022. Modellen justerades för individvariablerna ålder, kön, utbildning, förekomst av diagnoserna depression

respektive ångestsyndrom, Charlsons multisjuklighetsindex samt boendeform (ordinärt boende / säbo). Resultaten visade att det fanns en signifikant skillnad mellan regionerna, men den var mycket låg. Den så kallade ICC (intraclass correlation coefficient) var 0,0037. Det betyder att 0,4 procent av den individuella variansen kunde tillskrivas regionnivån, vilket talar för att variationen mellan regionerna i förskrivningen av antidepressiva medel till en allt övervägande del förklaras av faktorer på individnivå eller på andra nivåer, snarare än på regionnivå.

## Diagnoser kopplade till psykisk ohälsa

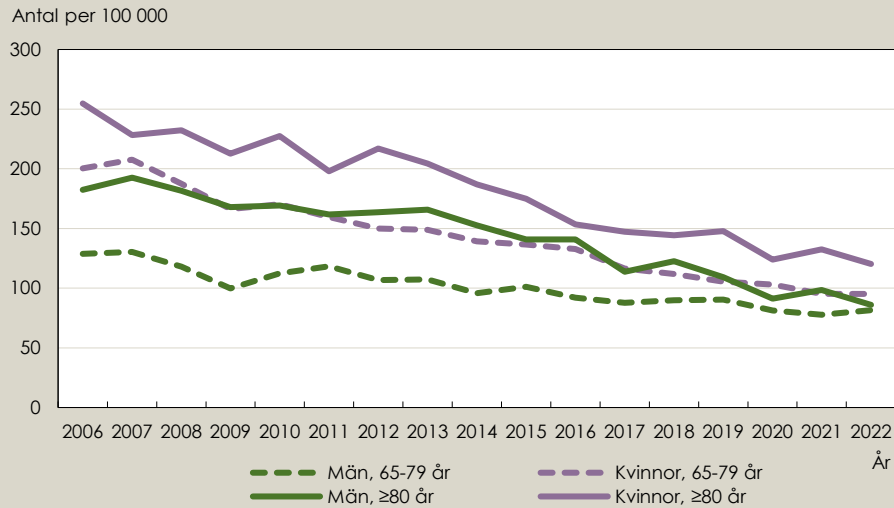
För att undersöka förhållandena mellan förskrivningen av antidepressiva medel och förekomst av diagnoser kopplade till psykisk ohälsa, valdes att studera förekomsten av depression, definierad som en eller flera av diagnoserna (ICD-10): F32-F34, F38, F39, samt ångestsyndrom (ICD-10: F40-F43) [13]. Analyserna baserades på data från patientregistret och omfattar huvuddiagnoser i slutenvård respektive specialiserad öppenvård.

### Förekomst och utveckling över tid

För båda diagnosgrupperna sågs tydligt en högre förekomst hos kvinnor jämfört med män, hos såväl de ”yngre äldre” (65–79 år) och ”äldre äldre” (≥80 år). I slutenvården var förekomsten högre hos de ”äldre äldre”, medan det motsatta gällde för den specialiserade öppenvården (figur 7–10).

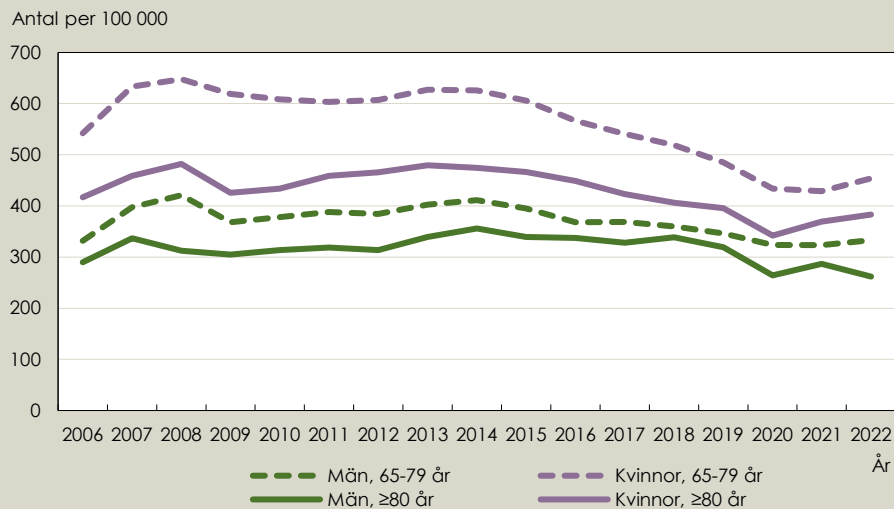
För depression sågs i slutenvården en nedåtgående trend från 2006 till 2022 (figur 7). För ångestsyndrom sågs i stället en nettoökning över tid i den specialiserade öppenvården (figur 10). I båda fallen var mönstret likartat för båda könen och åldersgrupperna. För depression i specialiserad öppenvård, liksom för ångestsyndrom i slutenvården syntes däremot ingen påtaglig övergripande tidstrend från 2006 till 2022.

**Figur 7. Andel personer vårdade i slutenvård med huvuddiagnos depression (ICD-10: F32-F34, F38, F39). Män och kvinnor 65-79 år resp. ≥80 år, 2006–2022**



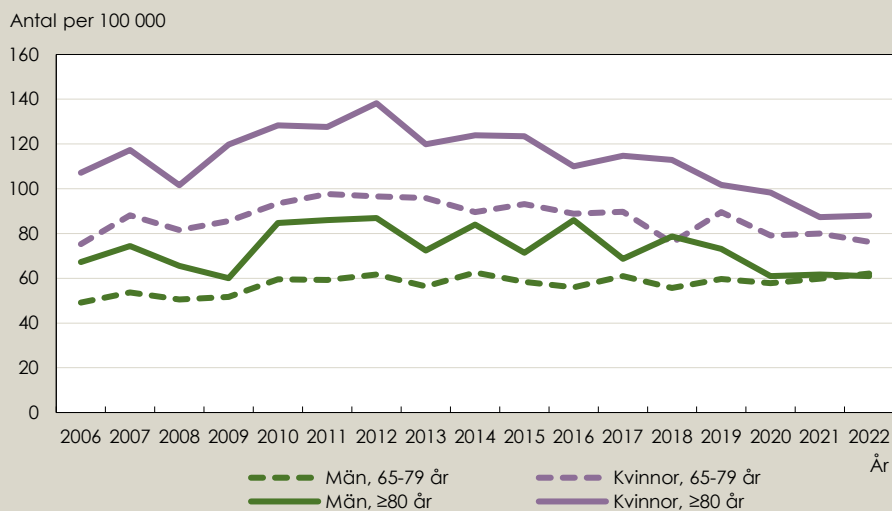
Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen

**Figur 8. Andel personer vårdade i specialiserad öppenvård med huvuddiagnos depression (ICD-10: F32-F34, F38, F39). Män och kvinnor 65-79 år resp. ≥80 år, 2006–2022**



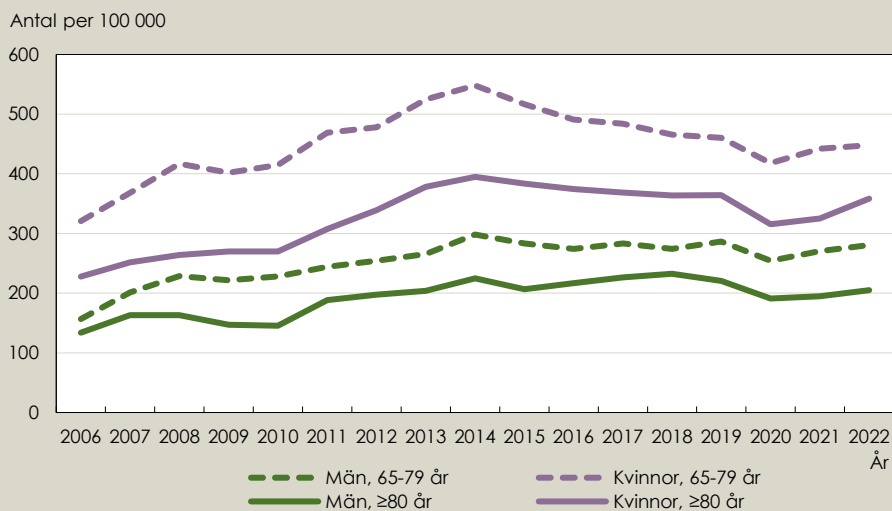
Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen

**Figur 9. Andel personer vårdade i slutenvård med huvuddiagnos ångestsyndrom (ICD-10: F40-F43). Män och kvinnor 65-79 år resp. ≥80 år, 2006–2022**



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen

**Figur 10. Andel personer vårdade i specialiserad öppenvård med huvuddiagnos ångestsyndrom (ICD-10: F40-F43). Män och kvinnor 65-79 år resp. ≥80 år, 2006–2022**



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen

Vid en jämförelse av dessa tidsserier med motsvarande för användningen av antidepressiva medel (figur 2) framgår:

- Att förekomsten av diagnoserna depression och ångestsyndrom, i såväl slutenvård som specialiserad öppenvård (i samtliga mätpunkter delar av procent) kraftigt understiger användningen av antidepressiva medel.

- Att tidstrenden för användningen av antidepressiva medel – en ökning under perioden 2006–2022 – endast motsvaras, i någon mån, av den för ångestsyndrom i specialiserad öppenvård.

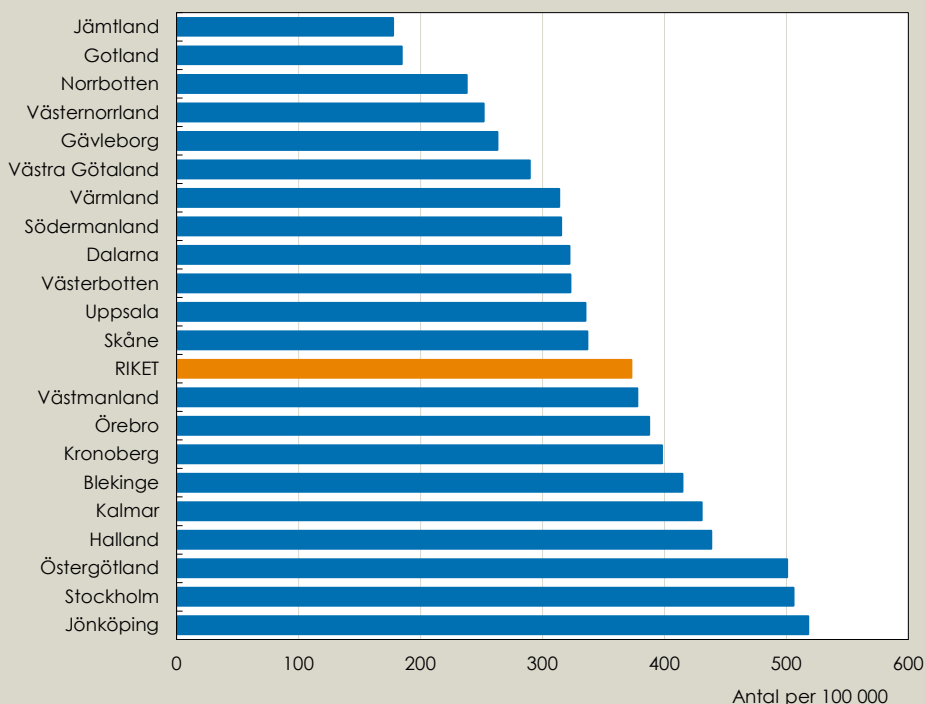
För att närmare undersöka sambandet mellan förekomst av diagnoser för depression och ångestsyndrom i slutenvård och specialiserad öppenvård, och användningen av antidepressiva medel, analyserades förekomsten av dessa diagnoser i patientregistret under en tremånadersperiod före en nyförskrivning av antidepressiva medel. Förekomsten var mycket låg – mindre än tre procent föregicks av en sådan diagnos i någon av dessa vårdformer under samtliga år 2006–2022, och andelen minskade över tid.

## Skillnader mellan regioner

Figur 11 visar förekomsten av diagnosen depression i slutenvård och specialiserad öppenvård i de olika regionerna 2022. Figur 12 visar motsvarande diagram för diagnosen ångestsyndrom. Skillnaderna mellan regionerna är för båda diagnoserna betydande (skillnad mellan högsta och lägsta värde: depression: 192 procent; ångestsyndrom: 187 procent).

**Figur 11. Andel individer 65 år och äldre med diagnos depression, per region år 2022.**

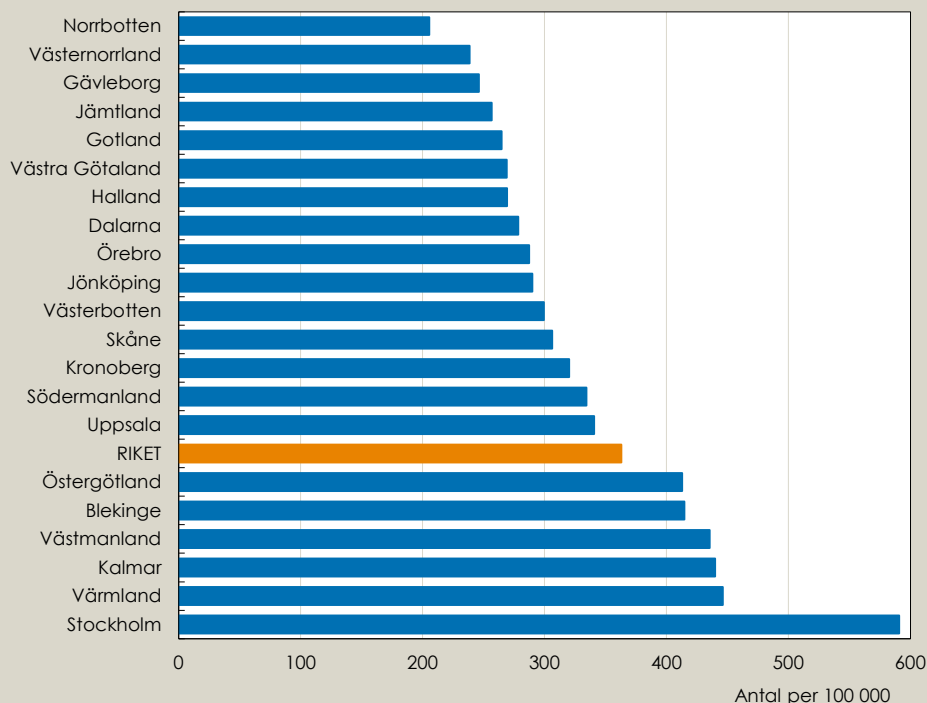
Antalet personer per 100 000 i slutenvård eller specialiserad öppenvård för vilka en diagnoskod (ICD-10) F32-F34, F38, F39 förekommer som huvuddiagnos.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

**Figur 12. Andel individer 65 år och äldre med diagnos ångestsyndrom, per region år 2022.**

Antalet personer per 100 000 i sluten- eller specialiserad öppenvård för vilka en diagnoskod (ICD-10) F40-F43 förekommer som huvuddiagnos.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Det finns synbarligen inte något samband mellan fördelningen mellan regionerna för å ena sidan dessa diagnoser och å andra sidan användningen av anti-depressiva medel (figur 5). En statistisk analys visade också låga korrelationskoefficienter (0,09 respektive -0,16) vilket talar för låga eller obefintliga samband dem emellan.

## Förekomst av psykologisk och psykoterapeutisk behandling

Denna analys baserades på data från SKR:s register Primärvårdskvalitet<sup>5</sup>, som omfattade 18 av de totalt 21 regionerna (Halland, Uppsala och Östergötland ingick inte). I analysen mättes följande indikatorer, per den 31 december 2019–2022:

- Dep06: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid nydiagnostiserad depression
- Dep07: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Interpersonell psykoterapi (IPT) vid nydiagnostiserad depression
- Dep08: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Psykodynamisk terapi (PDT) vid nydiagnostiserad depression

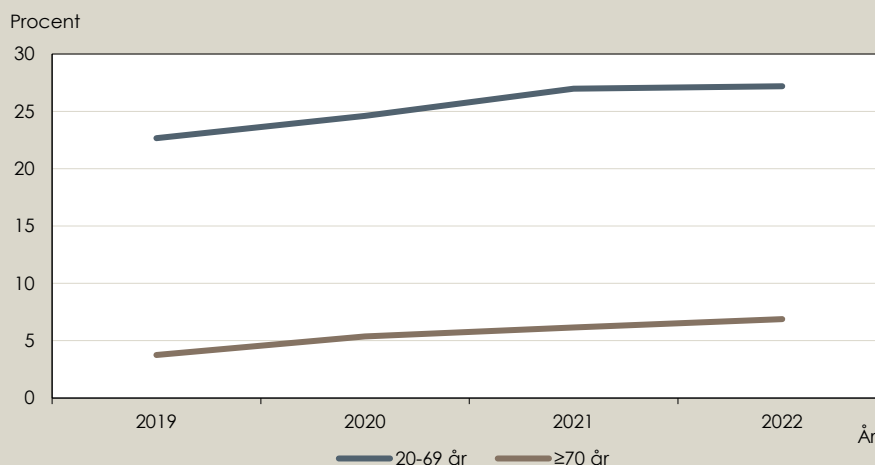
<sup>5</sup> <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/>

- Ån06: Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Åldersgrupperingen av dessa data var något annorlunda, varför ”äldre” i denna analys definieras som personer 70 år och äldre, och ”yngre” som personer 20–69 år.

**Figur 13. Andel patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad depression, 2019–2022**

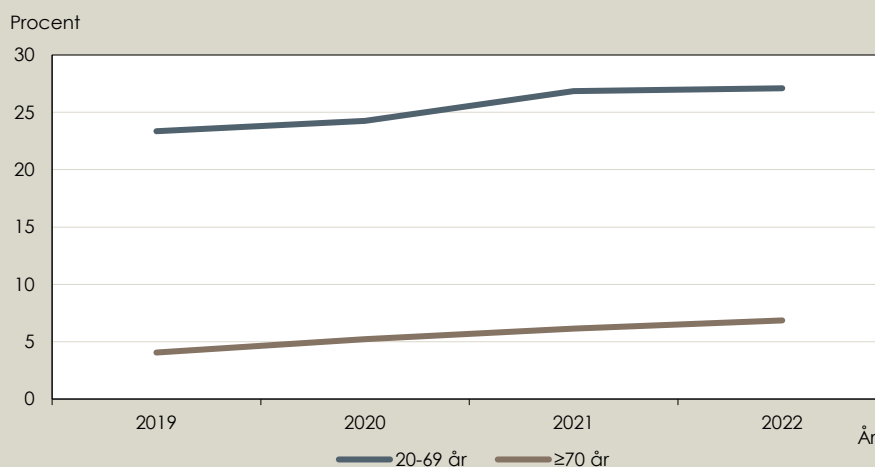
Andelar hos personer 20-69 år respektive 70 år och äldre, per den 31 december respektive år.



Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges kommuner och regioner

**Figur 14. Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med KBT, 2019–2022**

Andelar hos personer 20-69 år respektive 70 år och äldre, per den 31 december respektive år.



Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges kommuner och regioner



Kognitiv beteendeterapi (KBT) var den överlägset vanligaste formen av psykologisk behandling. Figur 13 och 14 visar *Andel patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad depression*, respektive *Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med KBT*, i åldersgrupperna 20–69 år och  $\geq 70$  år, under åren 2019 till 2022. Resultaten för de två indikatorerna var mycket likartade och visade att andelen som fick dessa behandlingar var 4–6 gånger högre hos yngre än hos äldre personer. Andelen har ökat under denna period i båda grupperna, mer hos de äldre (83 respektive 69 procent ökning för de båda indikatorerna) än hos de yngre (20 respektive 16 procents ökning).

För de övriga indikatorerna för psykologisk behandling var andelarna mycket låga hos både yngre och äldre personer (range: 0–2,5 procent).

Parallellt med dessa analyser studerades motsvarande indikatorer för användningen av antidepressiva medel:

- Dep03: Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel
- Ån03: Andel patienter med ny diagnos ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel

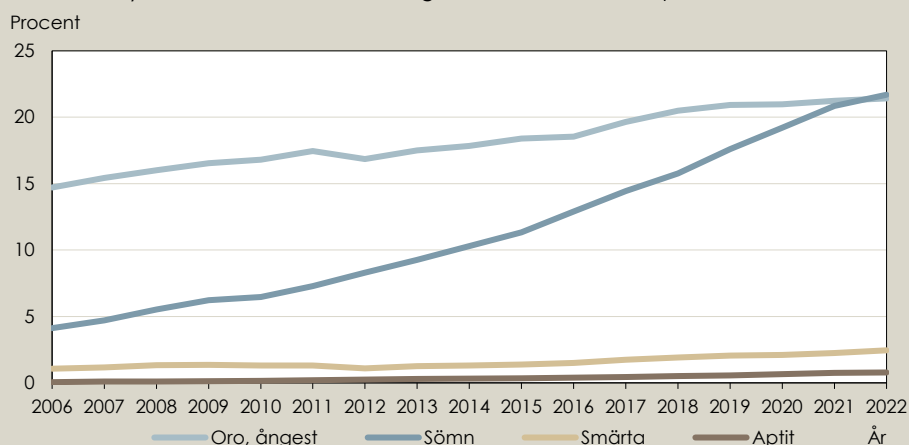
Den förstnämnda indikatorn förändrades inte nämnvärt hos de äldre mellan 2019 (47 procent) och 2022 (49 procent) medan den andra ökade något under denna tid (26 till 30 procent). Motsvarande siffror för de yngre var 52 respektive 48 för depression och 35 respektive 33 för ångest.

## Ordinationsorsaker för antidepressiva medel

Uppgift om ordinationsorsak registreras ännu inte i läkemedelsregistret. Denna analys bygger i stället på den information om *ändamål* med behandlingen, som relativt ofta förekommer i dostexten. Sådan information kunde extraheras från 62 respektive 85 procent av alla läkemedelsexpeditioner 2006 och 2022. Det dominerande ändamålet som återspeglades av dostexterna under hela den studerade tidsperioden var behandling av *depression*, men dess andel minskade från 91 procent av expeditioner med tolkade ändamål 2006 till 80 procent 2022 (13 procents minskning). Figur 15 visar de närmast fyra vanligaste ändamålen och deras utveckling över tid (på grund av storlekskillnaden gentemot övriga ändamål presenteras inte depression i diagrammet). Det vanligaste ändamålet näst efter depression var behandling av *oro/ångest* som ökade med 46 procent, från 15 procent 2006 till 21 procent 2022. Det tredje vanligaste ändamålet var behandling av *sömnbesvär*, vars förekomst femdubblades under denna period, från 4 till 22 procent.

**Figur 15. De fyra vanligaste angivna ändamålen för antidepressiva medel förskrivna till personer  $\geq 65$  år, 2006–2022**

Andel av expeditioner med tolkade ändamål för antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) med beräknad användning den 31 december respektive år



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Ofta förekom information om flera olika ändamål i samma dostext. Därför gjordes ytterligare analyser för att undersöka hur ofta dostexterna innehöll uppgifter om oro/ångest respektive sömnbesvär utan samtidig information om depression. För *oro/ångest* förekom detta i 6,5 respektive 10,8 procent av expeditioner med tolkade ändamål 2006 och 2022 – en ökning med 66 procent. För *sömnbesvär* var motsvarande siffror 1,7 respektive 10,6 procent – en sexdubbling av förekomsten.

## Beräkningar för uppskattning av framtida användning av antidepressiva medel hos äldre

### En åldrande befolkning

Andelen äldre i Sverige kommer att öka framöver. Därtill kommer det att ske en förskjutning inom gruppen äldre (personer  $\geq 65$  år) mot större andelar av personer i högre åldrar. Det gjordes därför först och främst en beräkning av hur detta kan påverka användningen av antidepressiva medel. Utgångspunkten för denna beräkning är data från Tabell T.9 i SCB:s publikation *Sveriges framtida befolkning 2021–2070, Demografiska rapporter 2021:1*. [14]. Den del av denna tabell den utgått ifrån visas nedan i tabell 3.

**Tabell 3. Folkmängd efter ålder 1970–2020 och framskrivning 2021–2070. Tusental**

Utdrag ur Tabell T.9 i Sveriges framtida befolkning 2021–2070, Demografiska rapporter 2021:1. SCB 2021.

År	Åldersgrupp										
	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95–99	100+
2022	658,4	676,9	574,0	542,3	524,9	498,1	308,3	171,3	77,6	20,5	2,6
2027	646,9	650,6	661,7	552,7	511,2	474,6	414,8	216,0	85,4	21,9	2,8
2032	640,3	639,0	636,9	638,3	523,2	466,2	400,0	296,5	111,2	25,0	3,1
2037	685,8	631,4	625,5	615,2	606,2	480,4	398,7	291,1	156,4	33,7	3,6
2042	783,2	675,7	618,0	604,8	586,2	560,3	415,8	297,0	156,8	48,2	4,8

Källa: SCB [14]

Baserat på siffrorna i tabellen och användningen av antidepressiva medel i olika åldersgrupper 2022 (tabell 1), med ett antagande om bibehållen användning i de olika åldersgrupperna, beräknas användningen av antidepressiva medel hos personer 65 år och äldre öka under en tioårsperiod 2022–2032, från 10,6 till 11,0 procent, en ökning om 4 procent.

## Ökande förekomst av demens

I gruppen 65 år och äldre bedöms antalet personer med demens öka från cirka 150 000 till 180 000 under perioden 2022–2032 [15], en ökning om ungefär 20 procent. Detta, med ett antagande om bibehållen användning hos äldre utan respektive med demens, beräknas innebära en ökning om 0,9 procent.

## Läkemedelsinteraktioner

I uppdraget ingick att belysa ”hur primärvårdens arbetssätt och metoder kopplade till oönskade läkemedelsinteraktioner fungerar” och ”om de är tillräckligt effektiva”. För att besvara den första delen av frågeställningen genomfördes en webbaserad enkät som skickades till ett representativt urval av primärvårdsläkare i Sverige. För den andra delen analyserades förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner (potentiella läkemedelsinteraktioner) baserad på data från läkemedelsregistret.

### Primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner

Enkätundersökningen utgjordes av en webbaserad enkät som skickades ut till ett nationellt representativt urval av läkare i primärvården i Sverige, totalt 1195 personer, under januari–februari 2023. Enkäten besvarades av 219 personer – d.v.s. en svarsfrekvens om 18,3 procent. Andelen svar var tämligen jämnt fördelad mellan män och kvinnor, och samtliga regioner utom Gotland var representerade, med en svarsfrekvens på mellan 10 och 38 procent (bilaga 3).

Enkäten liksom resultaten av undersökningen visas i Bilaga 2. Sammanfattningsvis framkom att:

- På frågan ”Anser Du att läkemedelsinteraktioner är ett problem som behöver hanteras i din kliniska vardag?” svarade det stora flertalet Ja. Av dem angav fyra av tio i fritextsvar att en viktig anledning till detta är att många patienter har polyfarmaci.
- Samtliga som besvarade enkäten angav att de använder ett eller flera system för att få information om interaktioner mellan läkemedel i en patients läkemedelslista. Tre fjärdedelar svarade att de använde patientjournalssystemet, men många svarade också Pascal<sup>6</sup> och Janusmed interaktioner<sup>7</sup>.
- Två av tre uppgav att de använder systemet/systemen minst en gång per dag.
- Nära två av tre svarade att en varning om läkemedelsinteraktion ganska ofta, mycket ofta eller alltid leder till någon form av åtgärd.
- Tre av fyra angav att de ansåg att läkemedelsinteraktioner som de sett har fått konsekvenser för patienten, hade eller möjligen hade kunnat förhindras med det/de system de använder idag.
- Tre fjärdedelar svarade ”Till stor del” eller ”Helt och hållet” på frågan: ”Anser du att det/de system du använder idag är ett tillräckligt stöd för dig, för att *upptäcka* läkemedelsinteraktioner hos dina patienter?”
- Nära tre av fyra svarade ”Till stor del” eller ”Helt och hållet” på frågan: ”Anser du att det/de system du använder idag är ett tillräckligt stöd för dig, för att *hantera* läkemedelsinteraktioner hos dina patienter?”

Av fritextsvaren till de två sistnämnda frågorna framgick det att ett flertal ansåg:

- att det är en brist att den nationella läkemedelslistan ännu inte är på plats. Det finns därför en risk att interaktioner mellan läkemedel som är ordinerade i olika journalsystem undgår upptäckt.
- att tjänsten för interaktionsanalys i vissa system är svåra att arbeta i eller presenterar resultaten på ett bristfälligt sätt.
- Att det vore önskvärt att systemen presenterade alternativ till det/de läkemedel som kan orsaka en given läkemedelsinteraktion.

## Förekomst av potentiella läkemedelsinteraktioner – förändring över tid

Läkemedelsinteraktioner klassificeras utifrån deras kliniska betydelse, med en bokstav A-D. Klass C och D utgör "kliniskt betydelsefulla" interaktioner, där C-interaktioner kan hanteras, genom till exempel dosjustering; medan läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner bör undvikas på grund av risk för allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt<sup>8</sup>. Figur 16 visar hur förekomsten (andel av befolkningen i respektive grupp) av läkemedelskombinationer som kan ge

<sup>6</sup> Nationell webbapplikation som används av sjukvårdspersonal i huvudsak för förskrivning och beställning av läkemedel till patienter med dosexpedition. Inera AB

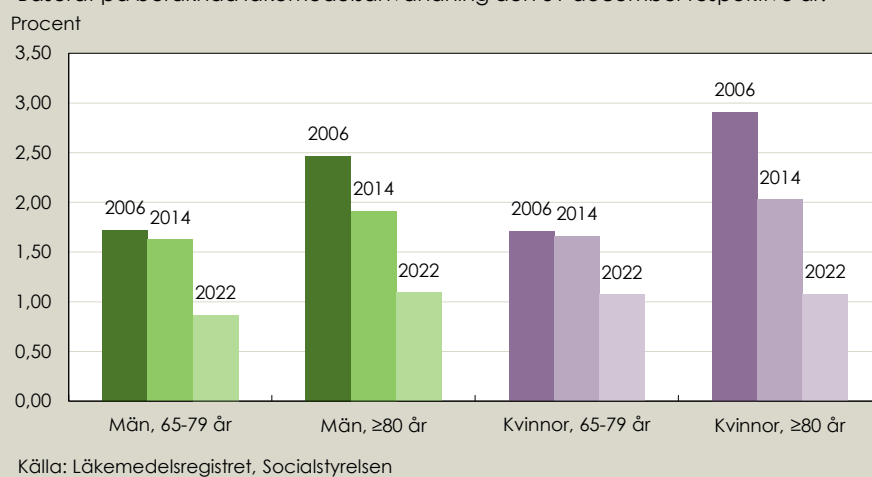
<sup>7</sup> Kunskapsstöd för läkemedelsinteraktioner. Produceras i samarbete mellan Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm

<sup>8</sup> Region Stockholm - Vårdgivarguiden. Om Janusmed interaktioner. <https://janusmed.se/about/ominteraktioner/>

läkemedelsinteraktioner av klass D har förändrats hos äldre från 2006 till 2022. En tydlig minskning ses hos såväl män som kvinnor, i både åldrarna 65–79 och ≥80 år. Figur 17 visar, för jämförelse, hur medelantalet läkemedel per person har utvecklats under samma tidsperiod – en ökning över tid för både kvinnor och män i båda åldersgrupperna (mindre uttalad för kvinnor 65–79 år).

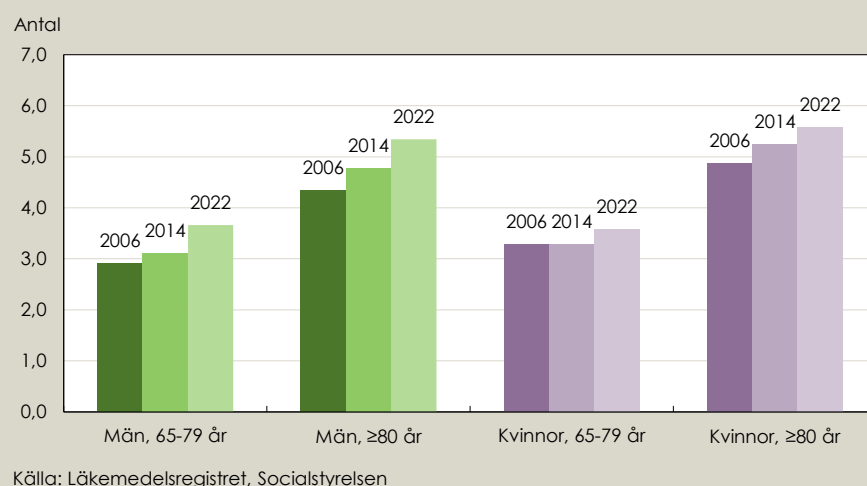
**Figur 16. Förekomst av potentiella D-interaktioner hos män och kvinnor, 65-79 och ≥80 år, 2006, 2014 och 2022**

Läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner, klass D. Baserat på beräknad läkemedelsanvändning den 31 december respektive år.



**Figur 17. Medelantal läkemedel hos män och kvinnor, 65-79 och ≥80 år, 2006, 2014 och 2022**

Baserat på beräknad läkemedelsanvändning den 31 december respektive år.



En närmare analys visar att de läkemedelskombinationer som står för den största andelen av den minskade förekomsten av potentiella D-interaktioner mellan 2006 och 2022 (tabell 4) består av läkemedel som alla, utom två (metoprolol och donepezil), har minskat (med 14–93 procent) i användning

under denna period, av huvudsakligen andra anledningar än interaktionsbenägenhet.

**Tabell 4. De tio läkemedelskombinationer som utgör den största delen av minskningen av potentiella D-interaktioner från 2006 till 2022.**

Siffrorna visar andelen (procent) 2006 resp. 2022, av det totala antalet D-interaktioner 2006.

Läkemedel A	Läkemedel B	Medicinsk konsekvens	2006	2022
Warfarin	Acetylsalicylsyra	Ökad blödningsrisk	10,3	1,4
Citalopram	Donepezil	Risk för påverkan på hjärtats retledningssystem och allvarlig hjärtrytmrubbning	7,9	2,0
Digoxin	Verapamil	Ökad risk för digitalisintoxikation	6,2	0,7
Warfarin	Tramadol	Ökad blödningsrisk	5,8	0,3
Citalopram	Hydroxizin	Risk för påverkan på hjärtats retledningssystem och allvarlig hjärtrytmrubbning	6,2	1,3
Metoprolol	Diltiazem	Risk för allvarlig påverkan på hjärtrytmen och blodtrycksfall	4,5	0,9
Citalopram	Sotalol	Risk för allvarlig påverkan på hjärtrytmen	2,9	0,0
Atenolol	Diltiazem	Risk för allvarlig påverkan på hjärtrytmen och blodtrycksfall	2,3	0,1
Citalopram	Haloperidol	Risk för allvarlig påverkan på hjärtats retledningssystem	2,5	0,3
Felodipin	Karbamazepin	Risk för markant minskad blodtryckssänkande effekt av felodipin	2,4	0,7

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Janusmed interaktioner, Region Stockholm.

## Inverkan av användningen av antidepressiva medel på risker kopplade till polyfarmaci

För denna analys valdes två indikatorer i Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [16], som kan användas för att mäta polyfarmaci respektive dess möjliga konsekvenser:

- Samtidig användning av tio eller fler läkemedel
- Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse – klass D

I en analys av data från läkemedelsregistret mättes utfallen av dessa två indikatorer hos personer 65 år och äldre åren 2006, 2014 och 2022 och jämfördes dem med motsvarande utfall av en analys av samma datauttag, där samtliga expeditioner av antidepressiva medel ”ignorerades” av analysprogrammet. Resultaten (Tabell 5) visar att för mellan 7 och 12 procent av alla äldre med samtidig användning av tio eller fler läkemedel, har användningen av antidepressiva medel medverkat till att deras läkemedelsanvändning uppfyllt denna indikator. Ingen märkbar ökning av andelarna har dock skett över tid. På motsvarande sätt har användningen av antidepressiva medel bidragit till förekomsten av potentiella D-interaktioner, men på en betydligt högre nivå,

uppemot 40 procent. Andelarna är högre hos kvinnor och de ”äldre äldre” (≥80 år). De är dock generellt lägre 2022 jämfört med 2006, vilket kan förklaras av att användningen av andra läkemedel som kan interagera med antidepressiva har minskat (exempelvis tramadol, haloperidol och sotalol), och att användningen av antidepressiva har förskjutits mot mindre interaktionsbenägna preparat, främst sertralin och mirtazapin.

**Tabell 5. Andelen av förekomsten av samtidig användning av tio eller fler läkemedel resp. potentiella läkemedelsinteraktioner, klass D, som förklaras av användning av antidepressiva medel, hos äldre personer 2006, 2014 och 2022.**

År	Åldersgrupp	Kön	≥10 läkemedel andel, %	D-interaktioner andel, %
2006	65–79 år	Män	7,0	16,5
		Kvinnor	9,1	27,1
	≥80 år	Män	9,5	28,3
		Kvinnor	11,9	39,0
2014	65–79 år	Män	7,0	17,8
		Kvinnor	9,8	30,3
	≥80 år	Män	9,3	28,1
		Kvinnor	12,5	40,0
2022	65–79 år	Män	7,0	15,1
		Kvinnor	10,0	22,9
	≥80 år	Män	8,5	15,5
		Kvinnor	11,8	26,5

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Biverkningar av antidepressiva medel

Tabellerna 6a och 6b visar de femton läkemedelsgrupper som stod för flest rapporter till läkemedelsverket om allvarliga läkemedelsbiverkningar hos personer 65 år och äldre, 2006 respektive 2019. Kända förgiftningar, överdoseringar och medicineringsfel har här exkluderats. Att 2019 valdes i stället för 2022 som sista mätår beror på att data för 2020 kan ha påverkats av pandemin och att uppgifterna för 2021 och 2022 inte var kompletta vid tiden för beställningen från Läkemedelsverket.

**Tabell 6a. De femton läkemedelsgrupper som stod för flest rapporter till läkemedelsverket om allvarliga läkemedelsbiverkningar hos personer 65 år och äldre 2006.**

ATC	Läkemedelsgrupp	Antal
B01A	Antikoagulantia	243
L04A	Immunsuppressiva medel	93
C09A	ACE-hämmare	62
N06A	Antidepressiva medel	50
<b>N06A exkl. N06AA</b>	<b>Antidepressiva medel (enligt aktuell definition)</b>	<b>47</b>
M01A	Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, icke-steroida	45
C07A	Beta-receptorblockerande medel	44
N03A	Antiepileptika	35
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner	33
C01A	Hjärtglykosider	31
N02A	Opioider	29
L01B	Antimetaboliter	24
J01M	Antibakteriella kinolonderivat	22
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	21
C03E	Diuretika i kombination med kaliumsparande medel	18

Källa: Läkemedelsverkets biverkningsdatabas

**Tabell 6b. De femton läkemedelsgrupper som stod för flest rapporter till läkemedelsverket om allvarliga läkemedelsbiverkningar hos personer 65 år och äldre 2019.**

ATC	Läkemedelsgrupp	Antal
B01A	Antikoagulantia	263
L01X	Övriga antineoplastiska medel	172
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	101
L04A	Immunsuppressiva medel	100
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	74
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner	69
M05B	Medel som påverkar benvävnad och mineralisering	57
N03A	Antiepileptika	50
R05F	Hosthämmande medel i kombination med expektorantia	49
R06A	Antihistaminer för systemiskt bruk	45
N02A	Opioider	44
N06A	Antidepressiva medel	40
J01C	Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	35
C09A	ACE-hämmare	32
<b>N06A exkl. N06AA</b>	<b>Antidepressiva medel (enligt aktuell definition)</b>	<b>31</b>

Källa: Läkemedelsverkets biverkningsdatabas

Resultaten visar att antidepressiva medel enligt definitionen i denna rapport, har fått en gradvis lägre placering i tabellen, och att antalet rapporter om allvarliga biverkningar för läkemedelsgruppen har minskat mellan 2006 och 2019. Samtidigt har det totala antalet rapporterade allvarliga biverkningar ökat från 1 154 år 2006 till 1 878 år 2019.



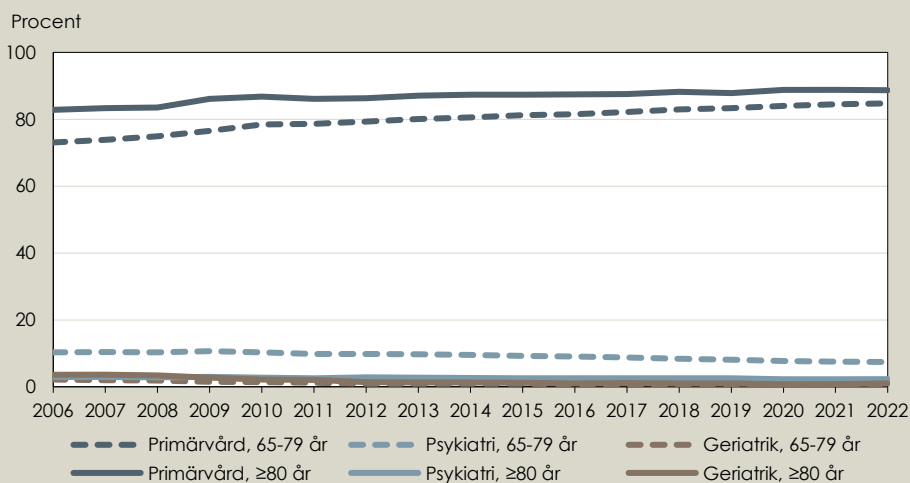
# Användning av antidepressiva medel med avseende på verksamhet och förskrivare

## Förskrivande verksamhet – utveckling över tid

Merparten av de äldre som använder antidepressiva medel får dem förskrivna från primärvården (figur 18). Högst andel ses hos de ”äldre äldre” (≥80 år). Vidare har andelen ökat från 2006 till 2022, hos både ”yngre äldre” (65–79 år) och ”äldre äldre”, framför allt i den förstnämnda gruppen.

**Figur 18. Antidepressiva medel hos personer ≥65 år, andelar förskrivna inom primärvård, psykiatri och geriatrik, 2006–2022**

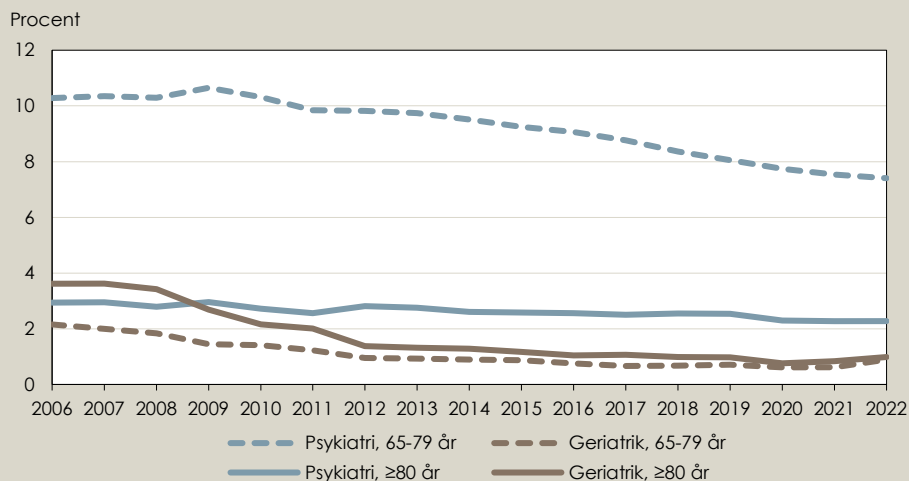
Baserat på beräknad användning av antidepressiva medel den 31 december respektive år, hos personer 65-79 resp. ≥80 år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 19. Antidepressiva medel hos personer  $\geq 65$  år, andelar förskrivna inom psykiatri och geriatrik, 2006–2022**

Baserat på beräknad användning av antidepressiva medel den 31 december respektive år, hos personer 65-79 resp.  $\geq 80$  år.



Figur 19 visar samma resultat för enbart psykiatri och geriatrik, i en för dem anpassad skala. Av figuren framgår att:

- Andelen personer 65 år och äldre som förskrivs antidepressiva medel från psykiatrin och geriatriken har minskat under åren 2006–2022. Denna förändring är mest uttalad för geriatriken.
- År 2022 är förskrivningen från geriatriken genomgående betydligt lägre än den från psykiatrin.
- Äldre  $\geq 80$  år har under hela den studerade perioden haft en betydligt lägre förskrivning, jämfört med äldre 65–79 år, från psykiatrin.

Tabell 7 sammanfattar ovan beskrivna utveckling i siffror, uppdelat på kön och åldersgrupp

**Tabell 7. Andel äldre med antidepressiva läkemedel som får dem förskrivna från primärvård, psykiatri resp. geriatrik.**

Andelar (%) 2006 och 2022 samt hur de förändrats procentuellt mellan dessa år. Uppdelat på kön och åldersgrupp.

	65–79 år			$\geq 80$ år		
	2006	2022	Utv, %	2006	2022	Utv, %
<b>Män</b>						
Primärvård	70,3	82,1	17	80,9	87,9	9
Psykiatri	10,2	7,9	-22	3,1	2,5	-19
Geriatrisk	2,9	1,1	-60	3,9	1,2	-70
<b>Kvinnor</b>						
Primärvård	74,5	86,2	16	83,5	89,0	7
Psykiatri	10,3	7,1	-31	2,9	2,2	-25
Geriatrisk	1,8	0,8	-58	3,5	0,9	-74

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Tabell 8. Andel äldre med nyförskrivna antidepressiva läkemedel som får dem förskrivna från primärvård, psykiatri resp. geriatrik.**

Andelar (%) 2007 och 2022 samt hur de förändrats procentuellt mellan dessa år. Uppdelat på kön och åldersgrupp. Eftersom analysen gäller nyförskrivningar – som ska ha föregåtts av minst ett år utan användning av antidepressiva medel – är första mätåret här 2007.

	65–79 år			≥80 år		
	2007	2022	Utv, %	2007	2022	Utv, %
<i>Män</i>						
Primärvård	62,1	73,9	19	68,9	81,4	18
Psykiatri	6,9	4,4	-36	3,4	1,5	-57
Geriatrik	4,6	2,1	-53	7,0	3,1	-56
<i>Kvinnor</i>						
Primärvård	70,9	82,7	17	74,6	85,4	15
Psykiatri	6,0	3,6	-40	2,5	1,1	-53
Geriatrik	2,9	1,5	-49	6,8	2,3	-66

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

För nyförskrivning<sup>9</sup> av antidepressiva medel (tabell 8) ser det delvis anorlunda ut jämfört med den totala användningen av antidepressiva (tabell 7).

- Andelen som sker i primärvården ligger generellt på en något lägre nivå.
- Andelen som sker i psykiatrin är lägre medan andelen som sker i geriatriken är högre.

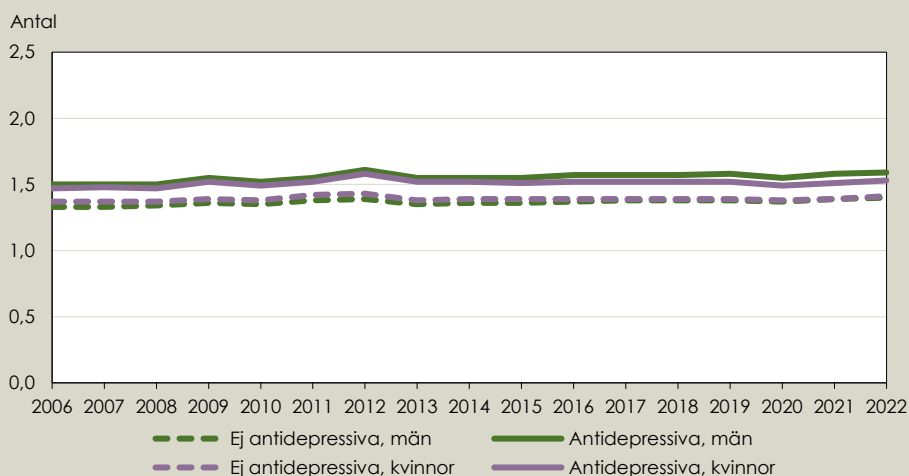
## Antal olika förskrivande verksamheter och förskrivare per person - utveckling över tid

Figur 20 visar det genomsnittliga antalet olika verksamheter som förskriver läkemedel till män respektive kvinnor ≥65 år, som använder respektive inte använder antidepressiva medel. Antalet förskrivande verksamheter är något högre för dem som använder antidepressiva medel. Det har dock inte skett någon nämnvärd förändring över tid i antalet förskrivande verksamheter, för någondera gruppen. Denna bild är mycket likartad för män och kvinnor.

<sup>9</sup> Nyförskrivning definieras här som första uttaget av ett antidepressivt läkemedel efter en beräknad period om minst ett år utan användning av sådana läkemedel.

**Figur 20. Antal förskrivande verksamheter hos män och kvinnor  $\geq 65$  år, som inte använder resp. använder antidepressiva, 2006–2022**

Baserat på beräknad total användning av läkemedel den 31 december respektive år,

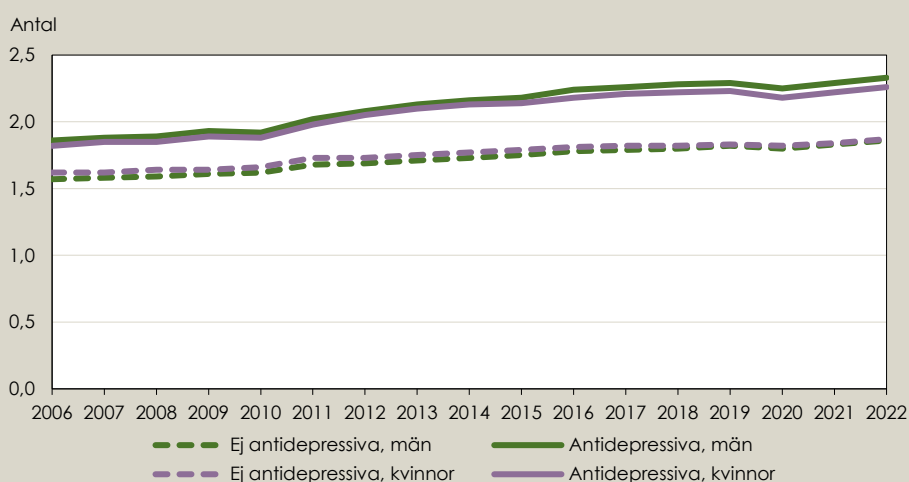


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 21 visar motsvarande analys för det genomsnittliga antalet olika förskrivare per person. I detta fall ses en ökning över tid, 2006–2022, för såväl användare (män: 25 procent; kvinnor: 24 procent) som icke-användare (män: 18 procent; kvinnor: 15 procent) av antidepressiva medel.

**Figur 21. Antal förskrivare hos män och kvinnor  $\geq 65$  år, som inte använder resp. använder antidepressiva, 2006–2022**

Baserat på beräknad total användning av läkemedel den 31 december respektive år,



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

# Bistånd från socialtjänsten

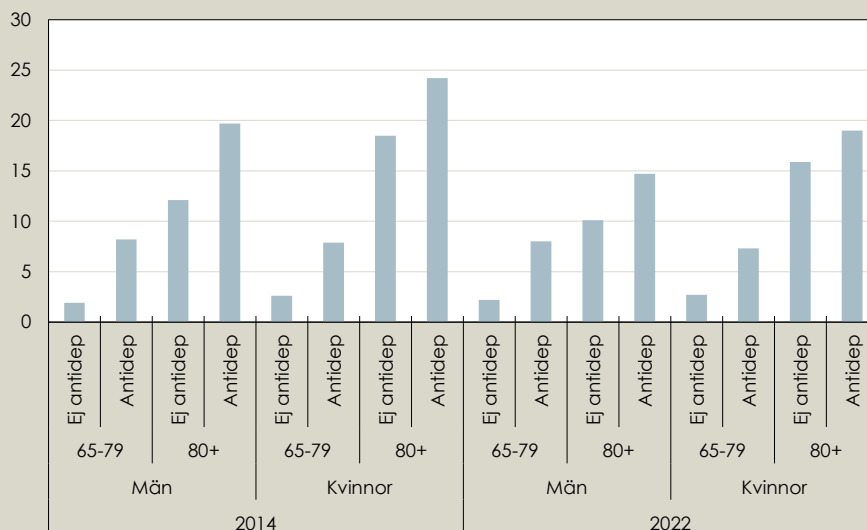
## Socialtjänstinsatser hos äldre som förskrivs antidepressiva medel

Figur 22a och 22b visar andelen män och kvinnor, utan respektive med behandling med antidepressiva medel, som har hemtjänstinsatser, service respektive omvårdnad, i ordinärt boende, åren 2014 och 2022. För båda typerna av hemtjänstinsats är andelen betydligt högre hos dem som använder antidepressiva medel, hos såväl män som kvinnor, i båda åldersgrupperna (65–79 och  $\geq 80$  år).

**Figur 22a. Andel med hemtjänst-service av personer  $\geq 65$  år i ordinärt boende utan resp. med antidepressiva medel 2014 resp. 2022**

Baseras på beräknad användning av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) den 31 december respektive år.

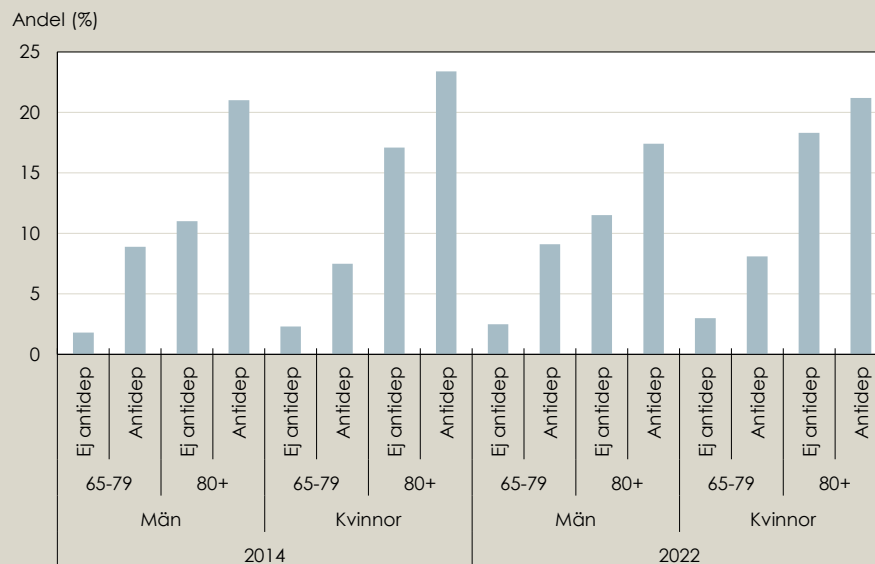
Andel (%)



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

**Figur 22b. Andel med hemtjänst-omvårdnad av personer  $\geq 65$  år i ordinärt boende utan resp. med antidepressiva medel 2014 resp. 2022**

Baseras på beräknad användning av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) den 31 december respektive år.



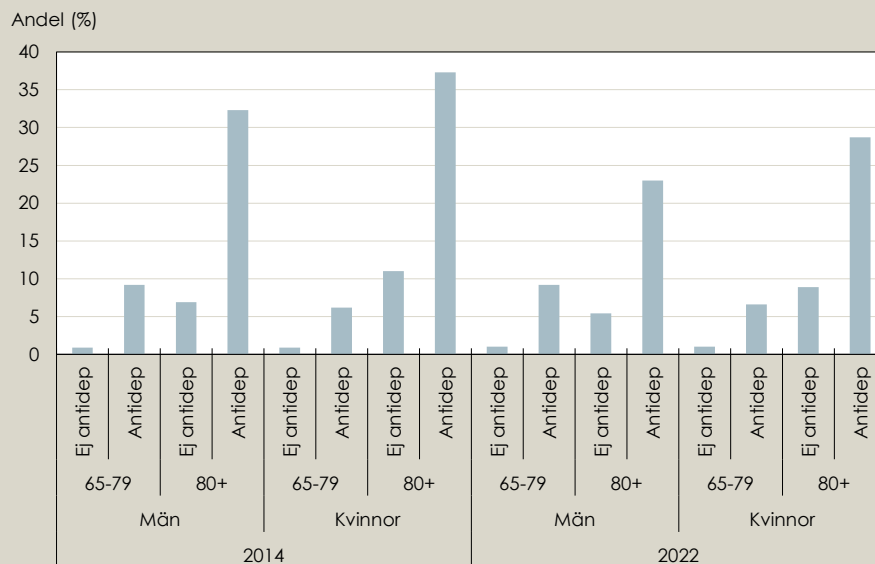
Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

Figur 23 visar motsvarande resultat för insatsen säbo. Mönstret liknar det för hemtjänst, men skillnaden i förekomst av insatsen säbo mellan dem som har och inte har antidepressiva medel är mer uttalad.

För samtliga insatser är mönstret likartat 2014 och 2022, förutom att andelen användare av antidepressiva medel som har insatsen är mindre 2022 än 2006.

**Figur 23. Andel boende i säbo av personer  $\geq 65$  år utan resp. med antidepressiva medel 2014 resp. 2022**

Baseras på beräknad användning av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) den 31 december respektive år.



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

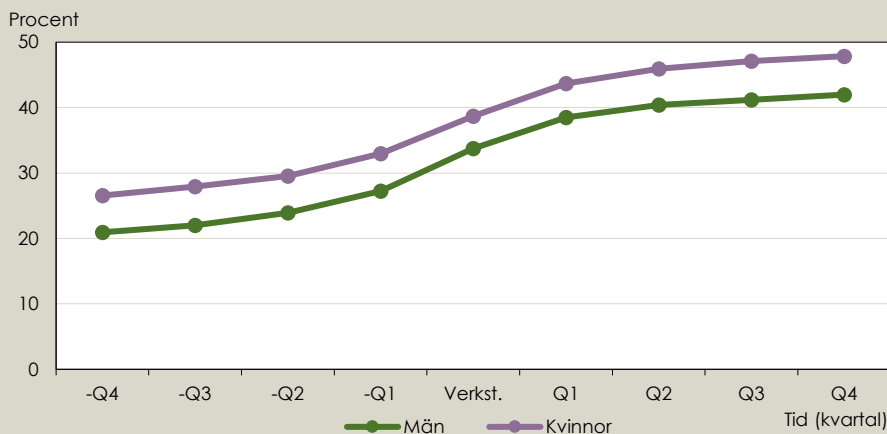
## Samband mellan socialtjänstinsatser och förskrivning av antidepressiva medel

För att undersöka om förskrivningen av antidepressiva medel påverkas av socialtjänstens insatser, har en analys gjorts av utvecklingen av användningen av dessa läkemedel under tiden före, i samband med samt under tiden efter, verkställande av en insats. Analysen omfattade samtliga personer 65 år och äldre som fick denna insats under perioden 2018–2021 och levde minst ett år efter verkställande.

Figur 24 visar resultaten för insatsen säbo. Användningen ökade för varje kvartal före verkställande av flytt till säbo, med en brantare ökning från mätningen närmast före, till mätningen i anslutning till, flytten. Efter flytten fortsatte användningen att öka men planade ut vid kvartal 3–4. Gruppen *Övriga antidepressiva medel* (N06AX) ökade genomgående betydligt mer än SSRI (N06AB) (figur 25). Från att användningen av *Övriga antidepressiva medel* var 14 procent lägre än användningen av SSRI ett år före flytten, var den 21 procent högre än den för SSRI ett år efter flytten.

**Figur 24. Användning av antidepressiva före, vid och efter flytt till säbo, 2018-2021.**

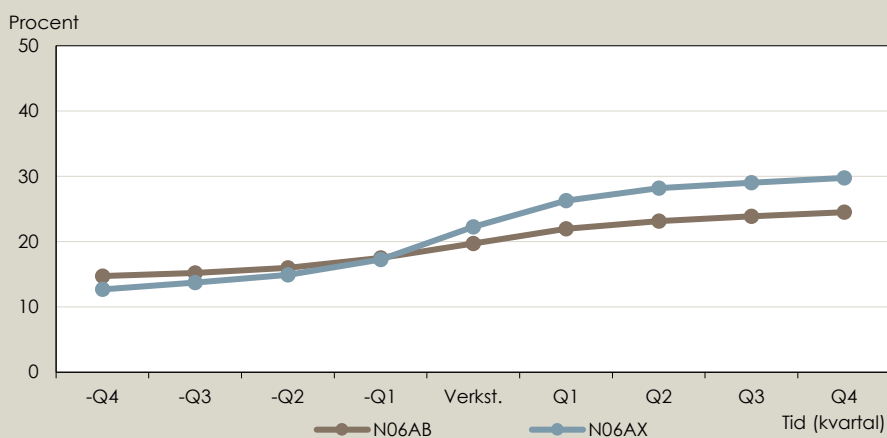
Beräknad användning (procent) av antidepressiva medel (N06A exkl. N06AA) fyra kvartal före (-Q4 till -Q1), vid samt fyra kvartal efter (Q1 till Q4) verkställande.



Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

**Figur 25. Användning av antidepressiva före, vid och efter flytt till säbo, 2018-2021.**

Beräknad användning (procent) av SSRI (N06AB) resp. Övriga antidepressiva medel (N06AX) fyra kvartal före (-Q4 till -Q1), vid samt fyra kvartal efter (Q1 till Q4)



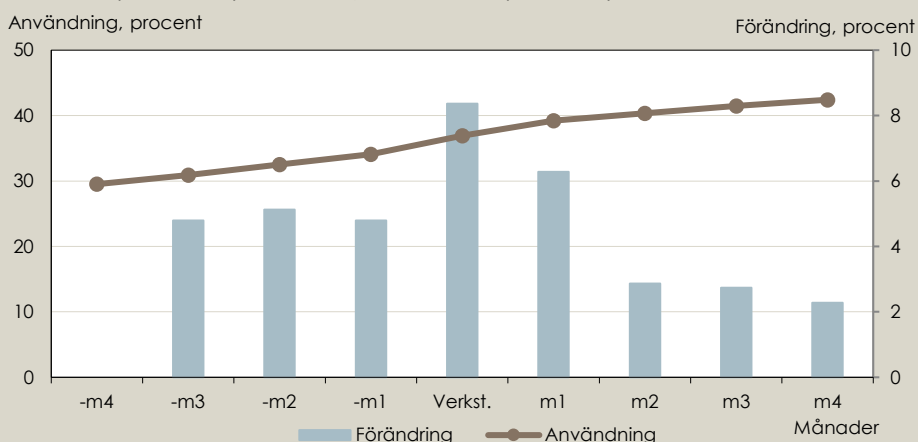
Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

För att tydligare se hur användningen förändrades vid flytten till säbo gjordes en tätare analys med månadsvisa mätningar, där förändringen varje månad av användningen av antidepressiva medel jämfört med månaden före studerades. Med detta sätt att mäta framgår tydligt att användningen ökade mer påtagligt den månaden då flytten skedde (figur 26).



**Figur 26. Användning av antidepressiva och dess förändring före, vid och efter flytt till säbo, 2018-2021.**

Beräknad användning av antidepressiva (N06A exkl. N06AA) och dess förändring fyra mån. före (-m4 till -m1), vid samt fyra mån. efter (m1 till m4) verkställande.



Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Utvecklingen för hemtjänstinsatser i ordinärt boende, såväl omvårdnad som service, var påfallande lik den för säbo. Användning av antidepressiva medel tilltog över tid med en ökning i samband med verkställande av insatsen. Denna ökning var dessutom något mer uttalad för hemtjänstinsatserna. Tabell 8 visar den procentuella förändringen varje månad jämfört med föregående månad, före, vid och efter verkställandet av hemtjänst-service, hemtjänst-omvårdnad samt säbo.

**Tabell 9. Förändring i användningen av antidepressiva medel per månad, före, vid och efter verkställande av en socialtjänstinsats**

Värdena utgör skillnaden i användningen mellan aktuell och föregående månad, uttryckt i procent av föregående månad

Tidpunkt	Hemtjänst i ordinärt boende		Säbo
	Service	Omvårdnad	
Månad -4	-	-	-
Månad -3	2,5	2,2	4,8
Månad -2	2,6	2,4	5,1
Månad -1	5,3	5,4	4,8
Verkställande	11,2	13,2	8,4
Månad 1	4,9	6,5	6,3
Månad 2	2,3	2,2	2,9
Månad 3	1,5	1,8	2,7
Månad 4	1,9	1,8	2,3

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen

# Diskussion

## Användning av antidepressiva medel – utveckling över tid

Våra analyser visar att användningen av antidepressiva medel hos äldre har fortsatt att öka under tiden 2006 till 2022, men ändå i mindre grad (23 procent) jämfört med den utveckling som hade setts från början av nittiotalet, då de första preparaten av SSRI-typ godkändes i Sverige. Därtill har ökningen faktiskt varit mer uttalad hos yngre personer (i genomsnitt 60 procent i gruppen 18–64 år). Vidare framgår av analyserna att nyförskrivningen av antidepressiva till äldre inte visat samma utveckling som användningen i sin helhet – med liten ökning (11 procent) endast i åldersgruppen 80 år och äldre.

Under den studerade perioden har det däremot skett en påtaglig förändring i vilken typ av antidepressiva som förskrivs. SSRI har minskat något medan gruppen *Övriga antidepressiva medel* (N06AX) – dominerad av preparatet mirtazapin – har mer än fördubblats i användning under denna tid, till att bli nästan lika vanligt förekommande som SSRI.

## Skillnader i användning av antidepressiva medel mellan kvinnor och män

Användningen av antidepressiva medel är betydligt högre hos kvinnor än hos män. Denna skillnad har minskat något under den undersökta tidsperioden, men användningen är fortfarande nära 70 procent högre hos kvinnor, bland såväl de ”yngre äldre” (65–79 år) som ”äldre äldre” ( $\geq 80$  år) år 2022.

Denna skillnad står i bjärt kontrast till könsskillnaderna i förekomsten (per 100 000 personer) av suicid. Statistik från Socialstyrelsens patientregister visar att den är betydligt högre hos män än hos kvinnor – år 2022 var den 2,7 gånger högre i gruppen 65–84 år och 3,3 gånger högre i gruppen  $>85$  år. Av samtliga åldersgrupper, från 15 år och uppåt, ses den högsta suicidfrekvensen hos män 85 år och äldre [17].

Liknande könsskillnader i användningen av antidepressiva medel har tidigare rapporterats i en svensk studie baserad på en analys av läkemedelsregistret 2009 [18]. Man framhöll där att en högre andel av patienter med diagnoserad depression är kvinnor, samtidigt som fullbordat suicid är vanligare bland män. Flera studier har visat att depressiva symtom är vanligare hos kvinnor, men det har också föreslagits att traditionella symtomskattningar av depression kan leda till en underdiagnostik bland män. När man använde en skala med en kombination av traditionella symtom och symtom som är mer typiska för män, sågs inga skillnader mellan könen [19]. En svensk enkätbaserad studie av ett nationellt urval av personer 65–80 år, som tillämpade en alternativ skattningsskala visade till och med att depressiva symtom var vanligare hos män än hos kvinnor [20].

Vidare finns det belägg för att diskrepansen mellan könsskillnader i förekomst av å ena sidan depressiva symtom, och å andra sidan depressionsdiagnoser och behandling med antidepressiva medel, också kan förklaras av olikheter mellan män och kvinnor i ”help-seeking behaviour”, d.v.s i vilken utsträckning personer söker vård för sina symtom eller sjukdomar. Så har det bland annat rapporterats att depressionssymtom typiska för män inte ökade sannolikheten att söka hjälp för depression eller annan psykisk ohälsa [21].

## Skillnader mellan regionerna

Skillnaderna mellan regionerna i förskrivning av antidepressiva medel var mindre uttalade 2022 jämfört med 2006. Det framgick dock att flera av de regioner som låg högt respektive lågt 2006, hade en likartad placering i motsvarande jämförelse 2022. En närmare analys visade att fem regioner låg högre och lika många lägre än riksgenomsnittet under samtliga år från 2006 till 2022. Liknande mönster har rapporterats i ett annat pågående uppdrag på Socialstyrelsen [22], för tre mått på polyfarmaci respektive kvalitet i läkemedelsanvändningen hos äldre.

Skillnaderna i förskrivning av antidepressiva kan inte enkelt förklaras av skillnader i förekomst av diagnoser för depression respektive ångestsyndrom i slutet och specialiserad öppenvård, då korrelationen till dem var låg (se ovan). Tyvärr har det inte varit möjligt att undersöka i vilken mån de kan förklaras av skillnader i förekomst av diagnoser i hälso- och sjukvården som helhet, eftersom Socialstyrelsens patientregister inte omfattade diagnoser i primärvården, och myndigheten, av juridiska skäl [23], inte heller hade möjlighet att inhämta sådana data på individnivå, vid tiden för detta uppdrag.

Trots denna begränsning gjordes en fördjupad analys för att försöka bringa klarhet i vilka faktorer som kan förklara skillnaderna i förskrivning av antidepressiva medel mellan regionerna och varför vissa regioner år efter år ligger högre respektive lägre än riksgenomsnittet. För detta ändamål tillämpades en så kallad flernivåanalys [11, 12], det vill säga analys av data på olika nivåer, i detta fall individ- och regionnivå.

Analysen, där variationen i förskrivningen av antidepressiva undersöktes i närvaro av ett antal olika faktorer på individnivå, visade att det fanns en signifikant skillnad mellan regionerna, men den var mycket låg. Endast 0,4 procent av variationen mellan regionerna kunde tillskrivas regionnivån. Den låga variationen på regionnivå är i linje med resultaten från en tidigare svensk nationell registerbaserad studie av fem läkemedelsindikatorer [24]. Resultatet talar för att variationen i förskrivningen av antidepressiva medel till en allt övervägande del förklaras av faktorer på individnivå eller på andra nivåer, snarare än faktorer på regionnivå (exempelvis förskrivarpraxis). Detta kommer att studeras vidare i Socialstyrelsens pågående projekt *Geografiska skillnader i äldres läkemedelsanvändning - Kartläggning och analys av möjliga orsaker* [22].

## Förhållande till diagnoser kopplade till psykisk ohälsa inom slutenvården och den specialiserade öppenvården

I detta projekt studerades förekomsten av depression och ångestsyndrom, som omfattar huvudindikationerna för behandling med antidepressiva medel. Förekomsten av dessa diagnoser, i såväl sluten- som öppenvård, visade sig först och främst vara mycket låg (i samtliga mätpunkter under en procent) i förhållande till användningen av antidepressiva medel hos äldre. Vidare uppvisade tidstrenderna för dessa diagnoser få likheter med den för antidepressiva medel, med undantag för en nettoökning över tid av ångestsyndrom registrerade i öppen vård. Slutligen visar skillnaderna mellan regioner i förekomst av diagnoser för depression respektive ångestsyndrom å ena sidan och användning av antidepressiva medel å andra sidan, inte någon korrelation med varandra (se nedan).

Dessa fynd är i linje med att antidepressiva medel hos äldre till övervägande del förskrivs i primärvården, något som Socialstyrelsen tidigare visat [25] och som bekräftas i våra analyser. Andelen har ökat över tid och var 2022 85 procent för personer 65–79 år och 89 procent hos dem som är 80 år och äldre. Detta kan förklara att den ökade förskrivningen av antidepressiva medel inte har åtföljts av att fler äldre får en diagnos kopplad till psykisk ohälsa inom slutenvården. I och med att en övervägande del av förskrivningen sker i primärvården, är det rimligt att anta att också diagnossättningen huvudsakligen sker där.

Andelen äldre som förskrivs antidepressiva medel från psykiatri och geriatriken har i stället minskat genom åren. Denna trend är mest påtaglig för geriatriken, men är mindre uttalad för nyförskrivningar av antidepressiva medel, där geriatriken också står för en större andel, jämfört med den andel den har av förskrivningen av antidepressiva medel som helhet. När det gäller psykiatri, är det värt att notera att förskrivningen till personer 80 år och äldre genom åren varit mycket låg (en knapp tredjedel 2022) jämfört med den till personer 65–79 år.

## Förekomst av psykologisk och psykoterapeutisk behandling

En analys av data från SKR:s register Primärvårds kvalitet visade tydligt att äldre personer mer sällan får psykologisk och psykoterapeutisk behandling vid depression eller ångest, än yngre. Andelen patienter som fick behandling med KBT – som var den överlägset vanligaste formen av psykologisk behandling – vid *nydiagnostiserad depression* respektive *ny diagnos ångest*, var 4–6 gånger högre hos yngre än hos äldre. Samtidigt ökade dock dessa andelar över tid, i båda grupperna men relativt sett mer hos äldre.

Det behöver framhållas att dessa uppgifter baseras på statistik över registrerade vårdåtgärder. Det kan dock vara så att en större andel personer än den som redovisas här, har *erbjudits* psykologisk behandling men att en del

har tackat nej till denna. Det är därför tänkbart att de resultat som presenteras här, i någon mån underskattar andelen äldre som erbjuds psykologisk behandling för dessa tillstånd i primärvården.

Indikatorerna i Primärvårdskvalitet för behandling vid nydiagnostiserad depression och ångest hos äldre visar att behandling med antidepressiva medel dominerar jämfört med psykologisk behandling. Emellertid, det faktum att förekomsten av KBT vid dessa tillstånd hos äldre har ökat i snabb takt under senare år (2019–2022), samtidigt som användningen av antidepressiva medel ökat mycket lite under samma tidsperiod, talar emot att det idag finns ett negativt samband mellan de båda typerna av behandling.

## Vad har den ökade förskrivningen av antidepressiva medel till äldre berott på?

Analyserna baserade på dostexterna i läkemedelsregistret visade en minskande förekomst (13 procents minskning) av depression som ändamål för behandling med antidepressiva medel mellan 2006 och 2022. Det näst vanligaste ändamålet, oro/ångest, ökade däremot med 46 procent och ändamålet sömnproblem femdubblades under denna period. Dessa resultat talar för att den ökade förskrivningen av antidepressiva medel de senaste 17 åren huvudsakligen beror på en ökad behandling av andra tillstånd än depression.

En möjlig förklaring till dessa förändringar är att antidepressiva läkemedel i allt större omfattning används för att behandla ångest och förmodligen också beteendesyntom vid demens, vilket är i linje med aktuella riktlinjer och rekommendationer (SSRI vid kvarvarande agitation/aggressivitet efter utredning av bakomliggande orsaker och icke-farmakologisk behandling) [26].

Den ökade förekomsten av sömnbesvär som ändamål pekar dock på en indikationsglidning, d.v.s. att läkemedel successivt börjar förskrivas på indikationer det inte är godkänt för. Sömnstörningar kan vara ett symtom vid depression, men i hälften av fallen förekom detta ändamål utan att depression samtidigt angavs i dostexten.

Det är rimligt att anta att denna utveckling har att göra med att mirtazapin – det dominerande läkemedlet i gruppen *Övriga antidepressiva* (N06AX) – har sömngivande egenskaper. Det finns också belägg för att mirtazapin används som sömnmedel till äldre, vid samtidig depression men också utan denna diagnos. I exempelvis häftet *Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre. behandlingsrekommendationer 2022–2023* [27] rekommenderas mirtazapin som ett av fyra alternativa läkemedel (övriga: zopiklon, oxazepam, melatonin), som andrahandsval (efter icke-farmakologiska åtgärder) för behandling vid sömnstörning. Vårt fynd att gruppen *Övriga antidepressiva* har ökat påtagligt i användning sedan mitten av 00-talet är i linje med detta antagande. En bidragande faktor till denna utveckling kan vara att läkarna har blivit mer försiktiga med att förskriva bensodiazepiner (som oxazepam) och bensodiazepinbesläktade medel (som zopiklon) på grund av risken för centralnervösa biverkningar och beroende, och avhåller sig från att

förskriva propiomazin och andra sederande antihistaminer som enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi [16] bör undvikas till äldre.

## Kommer förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre fortsätta att öka?

Det finns flera anledningar att anta att förskrivningen av antidepressiva till äldre kommer att fortsätta öka hos personer 65 år och äldre. Dels har det i denna rapport beräknats att en framtida förändring i åldersfördelningen liksom ökad förekomst av demens, kan leda till en ökning även med bibehållen nivå av förskrivning i olika åldrar, dels är det rimligt att anta att ökningen av förskrivningen på indikationerna ångest och sömnproblem, som ses i våra analyser, kan komma att fortgå.

## Innebär den ökade användningen av antidepressiva medel hos äldre ökade risker kopplade till polyfarmaci?

För att kunna besvara denna fråga gjordes en simulering där en analys av läkemedelsanvändningen hos äldre 2022 jämfördes med samma analys i frånvaro av expeditioner av antidepressiva medel. Resultaten visade att antidepressiva bidrar till i genomsnitt var tionde utfall för indikatorn *Samtidig användning av tio eller fler läkemedel*. Denna siffra ökade emellertid inte över tid, trots att andelen äldre som använder två eller fler antidepressiva nära fördubblades mellan 2006 och 2022, vilket kan förklaras av att också läkemedelsanvändningen i stort ökade påtagligt under denna period [4].

Inverkan av användningen av antidepressiva medel var enligt denna simulering betydligt mer uttalad när det gäller förekomsten av potentiella läkemedelsinteraktioner, klass D (läkemedelskombinationer som bör undvikas på grund av risk för allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt), uppemot 40 procent av förekomsten av D-interaktioner, hos kvinnor 80+ år och äldre 2006 och 2014. Vid samtliga tre mätår var andelen högre hos kvinnor och de ”äldre äldre” ( $\geq 80$  år). Dock var den märkbart lägre 2022 jämfört med såväl 2006 som 2014. Detta tyder på att användningen av antidepressiva medel innebär en ökad risk för negativa konsekvenser kopplade till polyfarmaci. Samtidigt ser risken ut att vara lägre 2022 än 2006, trots att användningen av antidepressiva medel, liksom läkemedelsanvändningen i stort, har ökat under denna period. Det kan delvis förklaras av att användningen av andra läkemedel som kan interagera med antidepressiva har minskat (exempelvis tramadol, haloperidol och sotalol), men också av att användningen av antidepressiva har förskjutits mot mindre interaktionsbenägna preparat, såsom sertralin och mirtazapin.

# Hur fungerar primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner, och är de tillräckligt effektiva?

För den första delen av frågeställningen genomfördes en webbaserad enkät som skickades till ett representativt urval av primärvårdsläkare i Sverige. För den andra delen analyserades förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner, baserad på data från läkemedelsregistret.

## Enkätundersökningen

Samtliga som besvarade enkäten angav att de använder ett eller flera system för att få information om interaktioner mellan läkemedel i en patients läkemedelslista. Det framgick att denna tjänst ofta ryms inom journalsystemet, men många angav också att de använder den som finns i Pascal samt det fristående systemet Janusmed interaktioner. Två tredjedelar uppgav att de använder systemet/systemen minst en gång per dag, och en majoritet (63 procent) svarade att en varning om läkemedelsinteraktion ganska ofta, mycket ofta eller alltid leder till någon form av åtgärd.

Tillgången till beslutsstöd för att minska risken för läkemedelsinteraktioner är således hög, de används frekvent och bidrar i stor utsträckning till justeringar i läkemedelsbehandlingen. En stor andel – tre av fyra – av de tillfrågade svarade också att det/de system de använder är ett tillräckligt stöd för att upptäcka resp. hantera läkemedelsinteraktioner hos sina patienter.

Däremot framgick det av fritextsvaren att ett flertal ansåg:

- att det är en brist att den nationella läkemedelslistan ännu inte är på plats. Det finns därför en risk att läkemedelsinteraktioner som är ordinerade i olika journalsystem undgår upptäckt.
- att tjänsten för interaktionsanalys i vissa system är svår att arbeta i eller presenterar resultaten på ett bristfälligt sätt.
- Att det vore önskvärt att systemen presenterade alternativ till det/de läkemedel som kan orsaka en given läkemedelsinteraktion.

En brist med denna enkätundersökning är den låga svarsfrekvensen, som innebär att tillförlitligheten i svaren är osäker, framför allt i den ”kvantitativa” delen (frågorna med slutna svarsalternativ). Även om svarsfrekvensen var tämligen likartad hos män och kvinnor och samtliga regioner utom en var representerade, så kan det inte uteslutas att de som har besvarat enkäten är mer intresserade av området och att svaren därmed ger överskattning av verkligheten.

## Analys av förekomsten av läkemedelsinteraktioner

Analysen av förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till interaktioner (så kallade potentiella läkemedelsinteraktioner<sup>10</sup>), klass D, visade en tydlig minskning från 2006 till 2022, något som bekräftar och kompletterar resultaten från tidigare mätningar på Socialstyrelsen [28]. Detta tyder på att risken för allvarliga läkemedelsinteraktioner hos äldre har minskat över tid, trots att läkemedelsanvändningen ökat under samma period. Vårt resultat visar dock att denna utveckling till stor del beror på att många av de läkemedel som har ingått i de läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner har minskat i användning, huvudsakligen andra anledningar än interaktionsbenägenhet. Det går därför inte att ta denna utveckling som intäkt för att primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för läkemedelsinteraktioner har blivit mer effektiva. Den låga förekomsten av allvarliga potentiella läkemedelsinteraktioner talar dock för att arbetssätten och metoderna är idag tillräckligt effektiva.

## Vilken effekt har användningen av anti-depressiva medel haft för de äldre?

### Effekter på risk för suicid

Under 2022 avled 1 254 personer av suicid i Sverige, varav 360 var 65 år och äldre. [17]. Den högsta förekomsten (andel per 100 000) av suicid ses hos äldre. Samtidigt har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten pekat på att äldre personer endast i enstaka fall anges som en målgrupp i regionernas handlingsplaner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention [9].

En svensk nationell registerbaserad studie har visat att endast en tredjedel av personer 75 år och äldre som avled av suicid hämtade ut ett antidepressivt medel under sina sista 3 månader i livet [29]. Det väcker frågan om i vilken utsträckning depression är underdiagnostiserad och underbehandlad hos äldre. Det vetenskapliga underlaget för att antidepressiva medel minskar risken för suicid hos äldre är idag dock inte otvetydigt. En nyligen publicerad systematisk översikt över översikter och metaanalyser av interventioner bland personer 60 år och äldre, för att förebygga och/eller minska suicid, suicidförsök, självskada och suicidtankar [30] visade att det vetenskapliga underlaget för att antidepressiva medel har sådana effekter hos äldre inte är entydigt. De olika studier som refereras till i översikten har visat både en ökad, minskad och oförändrad risk förenad med behandlingen.

### Biverkningar

Det är svårt att få tillförlitliga uppgifter om förekomsten av biverkningar för olika typer av läkemedel. I ICD-systemet finns det diagnoskoder för detta

---

<sup>10</sup> Potentiella läkemedelsinteraktioner: Läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner. Avsaknad av detaljerade kliniska uppgifter på individnivå gör dock att det inte går att avgöra i vilken utsträckning de verkligen orsakar en interaktion med kliniska konsekvenser.



[31], men myndigheten har tidigare visat en betydande underrapportering av läkemedelsbiverkningar till patientregistret [32].

Därför valdes att i denna rapport i stället utgå från Läkemedelsverkets databas över inrapporterade biverkningar. Givetvis är det även här en underrapportering, men eftersom presentationen begränsas till allvarliga biverkningar torde rapporteringsgraden vara högre.

En jämförelse av listan över läkemedel som stod för flest rapporter hos personer 65 år och äldre 2006 respektive 2019, visade att antidepressiva medel, enligt definitionen i denna rapport, har fått en lägre placering på listan, och att antalet rapporter om allvarliga biverkningar för läkemedelsgruppen har minskat mellan dessa år samtidigt som det totala antalet rapporter om allvarliga biverkningar av olika läkemedel har ökat.

## Påverkar omställningen till en god och nära vård förskrivningen av antidepressiva medel till äldre?

Det är rimligt att anta att omställningen till god och nära vård resulterar i att en ökande andel av förskrivningen av antidepressiva medel sker i primärvården. De analyser som gjorts av data från läkemedelsregistret, baserade på uppgifter om förskrivande verksamhet, visar att denna andel har ökat över tid, samtidigt som förskrivningen från psykiatri och geriatriken har minskat. Detta har emellertid skett gradvis över hela den studerade tidsperioden (2006–2022) och det syns inte någon påtaglig förändring i dessa trender under de år som gått sedan omställningen påbörjades.

En annan förväntad effekt av omställningen till en god och nära vård är att antalet olika förskrivande verksamheter och förskrivare per person minskar. Dessa mått gällde i vår analys inte specifikt antidepressiva medel utan all förskrivning av läkemedel, ett mått som bedömdes vara mer känslig för förändringar i vården. Inte heller här sågs dock någon förändring i tidstrenden under de år som omställningen hittills har pågått. Faktum är att antalet förskrivande verksamheter per person har varit i stort sett konstant under den 17-årsperiod som studerats. För antalet förskrivare per person sågs till och med en ökning från omkring 2010, utan någon tydlig avvikelse i denna trend under senare år.

Inte heller i övriga tidsserier syns någon trendförändring som talar för en påverkan av omställningen till god och nära vård. Det som syns är en minskning 2020 följt av en ökning under 2021–2022, av nyförskrivningen av antidepressiva medel, liksom diagnoser för depression och ångestsyndrom i specialiserad öppenvård, vilket sannolikt hänger samman med coronaviruspandemin.

Det hade varit värdefullt att komplettera dessa analyser med en mätning av utvecklingen av förekomsten av psykologisk/psykoterapeutisk vård eller andra ”icke-farmakologiska” vårdåtgärder (exempelvis stöd vid riskbruk eller beroende av alkohol; stöd för fysisk aktivitet) hos äldre som förskrivs antidepressiva medel. Vid tiden för detta uppdrag omfattade dock Socialstyrelsens patientregister inte diagnoser i primärvården, och myndigheten hade heller

inte möjlighet att inhämta sådana data på individnivå (se avsnitt om *Skillnader mellan regionerna* ovan). I denna rapport baseras denna analys i stället på data på aggregerad nivå, från SKR:s register Primärvårdskvalitet, över förekomsten av psykologisk och psykoterapeutisk behandling i primärvården (se ovan), men de omfattar en alltför kort tidsperiod (2019–2022), för att en trendförändring ska kunna påvisas.

## Är äldre som förskrivs antidepressiva medel aktuella inom socialtjänsten och i så fall vilken typ av insats?

En samkörning av data från Socialstyrelsens läkemedelsregister och register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, visade att andelen med hemtjänstinsatser var betydligt högre hos dem som använde antidepressiva medel, hos såväl män som kvinnor, och bland både ”yngre äldre” (65–79 år) och ”äldre äldre” (≥80 år). Samma mönster sågs för säbo, och här var skillnaderna mer uttalade mellan dem som inte använde respektive använde antidepressiva medel. För båda typerna av insats var bilden likartad 2014 och 2022, utan några betydande förändringar över tid.

## Påverkas användningen av antidepressiva läkemedel av socialtjänstens insatser?

För att undersöka detta, analyserade vi, hos personer som fick en viss insats från socialtjänsten under åren 2018–2021, förändringen av andelen användare av antidepressiva medel före, i samband med och efter verkställande av denna insats. Tre typer av insats studerades:

- Särskilt boende (säbo)
- Hemtjänst, service i ordinärt boende
- Hemtjänst, personlig omvårdnad i ordinärt boende

För insatsen säbo sågs tydliga förändringar: Kvartalsvisa mätningar visade en långsam ökning under året före flytten, en brantare ökning i samband med flytten följt av en fortsatt, men gradvis utplanande, ökning under det därpå följande året. En mer detaljerad analys med månadsvisa mätningar, visade en skarp ökning vid tiden för flytt, jämfört med månaden före, vilket talar för ett samband mellan flytt till säbo och en förändring i användningen av antidepressiva medel.

Samma mönster sågs för hemtjänst, service respektive hemtjänst, personlig omvårdnad, för äldre i ordinärt boende; insatser som man förväntar sig inte ska ha samma inverkan på den äldres användning av antidepressiva medel, i samband med verkställandet, som en flytt till säbo.

Det går dock inte att utifrån dessa resultat dra några slutsatser om orsaks-samband mellan verkställandet av dessa socialtjänstinsatser och förskrivning av antidepressiva medel till de aktuella omsorgstagarna.

En möjlig förklaring är att den förändring det innebär för den enskilde att flytta till säbo eller att ta emot hemtjänst kan påverka den psykiska hälsan, med ökad risk för både depression, ångest och sömnsvärigheter, och därmed vårdkontakter som resulterar i behandling med antidepressiva. Ett annat rimligt resonemang är emellertid att faktorer som ligger till grund för beslut om socialtjänstinsatser är relaterade till den enskildes hälsotillstånd och funktionsförmåga, som i sin tur har en inverkan på behovet av behandling med antidepressiva, eller på förekomsten av kontakter med hälso- och sjukvårdens och därmed förutsättningarna för att upptäcka eller uppmärksamma det.

# Referenser

1. Craftman ÅG, Johnell K, Fastbom J, Westerbotn M, von Strauss E. Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in Stockholm, Sweden. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;63:28-35.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen 2018-3-2.
3. Statistik psykisk hälsa: vuxna 65 år eller äldre. Folkhälsomyndigheten 2023. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/statistik-over-aldres-psykiska-halsa/>
4. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023. Socialstyrelsen 2023-3-8444.
5. International language for drug utilization research – ATC/DDD.WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. <https://www.whocc.no>
6. Läkemedelsregistret – Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/lakemedelsregistret/>
7. Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundström A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system--a longitudinal analysis. *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e67088.
8. Nationell källa för ordinationsorsak 2021. Vidareutveckling och stöd till implementering Socialstyrelsen 2021-12-7672.
9. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Socialstyrelsens lägesrapport 2022. Socialstyrelsen 2022-8-8083.
10. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. Utvecklingen i regioner och kommuner. Socialstyrelsen 2022-8-8004.
11. Merlo J. Flernivåanalyser behövs i öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård. *Läkartidningen*. 2019,116:FTEL.
12. Ene M, Leighton EA, Blue GL, Bell BA. Multilevel models for categorical data using SAS<sup>®</sup> PROC GLIMMIX: The Basics. SAS Institute, Paper 3430–2015. <https://support.sas.com/resources/papers/proceedings15/3430-2015.pdf>
13. Åhlén J, Dal H, Muwonge J, Lundin A, Wicks S. Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:13.
14. Sveriges framtida befolkning 2021–2070, Demografiska rapporter 2021:1. ISSN: 1654–1510 (Online). URN:NBN:SE:SCB-2021-BE51BR2101\_pdf
15. Frisell O, Jönsson L, Wimo A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019. PREDEM, Innovationsmiljö för demensprevention.

- Karolinska Institutet, Vinnova 2023. <https://demenscentrum.se/forskning/predem-en-innovationsmiljo-demensprevention>
16. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2017-6-7.
  17. Statistik om suicid. Folkhälsomyndigheten 2023. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-forebygga-suicid/statistik-om-suicid/>
  18. Loikas D, Wettermark B, Von Euler M, Bergman U, Weitoft GR, Schenck-Gustafsson K. Stora könsskillnader i användningen av läkemedel. Bakomliggande sjukdom otillräcklig förklaring, visar en systematisk analys. *Lakartidningen*. 2011 Oct 5-11;108(40):1957-62.
  19. Martin, L., Neighbors, H., & Griffith, D. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70, 1100-1106.
  20. Djukanović I, Sorjonen K, Peterson U. Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging Ment Health*. 2015;19(6):560-8.
  21. Call JB, Shafer K. Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *Am J Mens Health*. 2018 Jan;12(1):41-51.
  22. Geografiska skillnader i äldre personers läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen 2022-6-7965.
  23. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer. Socialstyrelsen 2020-6-6760.
  24. Ohlsson H, Librero J, Sundquist J, Sundquist K, Merlo J. Performance evaluations and league tables: do they capture variation between organizational units? An analysis of 5 Swedish pharmacological performance indicators. *Med Care*. 2011 Mar;49(3):327-31.
  25. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser. Socialstyrelsen 2018-9-12.
  26. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2017-12-2.
  27. Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre. behandlingsrekommendationer 2022–2023. Regional Samverkansgrupp Läkemedel i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion samt Läkemedelskommittéerna i Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings Län, Region Kalmar Län, Region Kronoberg och Region Västernorrland 2022. <https://region uppsala.se/globalassets/samverkanswebben/for-vardgivare/lakemedel/dokument-till-reklistor/aldrereklistan/aldrehaftet-fickformat-2022-2023.pdf>
  28. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport. Socialstyrelsen 2018-2-7.
  29. Hedna K, Fastbom J, Erlangsen A, Waern M. Antidepressant Use and Suicide Rates in Adults Aged 75 and Above: A Swedish Nationwide Cohort Study. *Front Public Health*. 2021 Feb 19;9:611559.
  30. Laflamme L, Vaez M, Lundin K, Sengoelge M. Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2022 Jan 25;17(1):e0262889. doi: 10.1371/journal.pone.0262889.

31. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2014-12-13.
32. Öppna jämförelser 2014 – Läkemedelsbehandlingar – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen 2014-11-1.

# Bilagor

## Bilaga 1. Utförlig metodbeskrivning

### Analys av läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning

#### *Beräkning av aktuell läkemedelsanvändning*

Aktuell läkemedelsanvändning för en person vid en given tidpunkt (dag) uppskattades baserat på datum för läkemedelsuttag, mängd uthämtat läkemedel och förskrivna dos, för samtliga läkemedelsuttag inom ett tremånadersintervall bakåt i tiden från och med denna tidpunkt, enligt en tidigare beskriven metod [7]. För varje läkemedelsuttag divideras mängden uttaget läkemedel med förskrivna dygnsdos vilket ger antalet dagars användning som aktuellt uttag räcker för (om personen använder läkemedlet enligt ordination). Genom att addera denna siffra till uttagsdatumet erhålls ett beräknat slutdatum för denna användning. Om det valda mätdatumet ligger mellan uttagsdatum och slutdatum antas läkemedlet användas av personen vid denna tidpunkt. Denna metod används för läkemedel förskrivna på recept och för dosexpanderade läkemedel i hela förpackningar. För dosexpanderade dispenserbara läkemedel tillämpas en förenklad metod där läkemedel vars uttag skett inom 14 dagar före mätdatumet anses vara i användning.

#### *Nyförskrivning*

Nyförskrivning definierades som första uttaget av ett antidepressivt läkemedel efter en beräknad period om minst ett år utan beräknad användning av sådana läkemedel.

#### *Förskrivande verksamhet*

Denna analys baserades på den beräknade aktuella läkemedelsanvändningen (se ovan) för varje person den 31 december respektive år 2006–2022. Andelen av användningen av (d.v.s. antalet personer som använder) ett läkemedel eller en läkemedelsgrupp som förskrivs inom en viss verksamhet beräknades genom att filtrera analysen med avseende på variabeln VERKS<sup>11</sup> i läkemedelsregistret, som anger verksamhetsinriktningen för den enhet där förskrivningen skett. För primärvård tillämpades verksamhetsinriktningskoderna 000–099; för psykiatri: 901, 906, 928, 944, 948, 951, 957, 991; och för geriatrik: 241, 243, 249.

#### *Antal olika förskrivande verksamheter och förskrivare*

Analysen baserades som ovan på den beräknade aktuella läkemedelsanvändningen den 31 december respektive år 2006–2022. Antalet olika förskrivande verksamheter definierades som antalet olika verksamhetsinriktningskoder registrerade för de aktuella läkemedlen för varje person.

---

<sup>11</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/register-variabelforteckning-lakemedelsregistret.xlsx>

För att beräkna antalet olika förskrivare användes fyra olika variabler i läkemedelsregistret för att så detaljerat som möjligt karakterisera en enskild förskrivare: VERKS (verksamhetsinriktning), UTBK (utbildningskod), SPKOD1-3 (specialistutbildningskod 1–3) och UTFKAT (utfärdarkategori-kod/förskrivarkategori-kod). Antalet olika förskrivare definierades som antalet olika kombinationer av dessa koder registrerade för de aktuella läkemedlen för varje person. Denna beräkning kan ge en viss underskattning av antalet förskrivare eftersom det kan förekomma att mer än en förskrivare har samma kombination av dessa koder, men sannolikheten för detta bedömdes vara låg.

### *Potentiella läkemedelsinteraktioner*

Analysen av förekomst av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner klass D genomfördes med hjälp av en tabell skapat i ett annat av Socialstyrelsens projekt, som bedrivs i samarbete med Karolinska Institutet (Geografiska skillnader i äldres läkemedelsanvändning - Kartläggning och analys av möjliga orsaker) [22].

Tabellen skapades på följande sätt: Förekomsten av potentiella D-interaktioner analyserades för varje person 65 år och äldre 2006, 2014 och 2020, med hjälp av källan Janusmed Interaktioner<sup>12</sup>. För varje påträffad potentiell D-interaktion sparades ATC-koderna för de två läkemedel som var involverade i interaktionen i en tabell, tillsammans med information om klass (D) och dokumentationsnivå (1–4). Tabellerna för respektive år lades sedan samman i en slutlig tabell som renades för dubletter.

Tabellen användes sedan för att leta upp kombinationer av läkemedel som kan orsaka D-interaktioner, i varje persons beräknade aktuella läkemedelslista den 31 december 2006, 2014 respektive 2022. Denna analys utgick från läkemedlens ATC-koder och tog inte hänsyn till läkemedlets styrka eller läkemedelsform.

### *Ändamål för behandling*

För att få en ungefärlig bild av fördelningen av olika indikationer för antidepressiva medel och hur de har utvecklats över tid, analyserades dostexterna för de läkemedel som beräknades vara i användning den 31 december respektive år 2006–2022, i syfte att finna information om *ändamålet* (avsikt med ordinerad behandling så som ordinatören formulerat den med patienten som mottagare) med behandlingen. Eftersom ändamålen kan uttryckas på många olika sätt, inleddes arbetet med att ”för hand” gå igenom ett större antal dostexter för att se vilka ord som användes för att beskriva vart och ett av ändamålen och avgöra vilka ord eller delar av ord som bäst kunde matcha dem, även med hänsyn till stavfel. Därefter gjordes för varje ändamål en sökning baserad på dessa ord och delar av ord, varefter de dostexter som inte hittades åter granskades och hanterades på samma sätt som ovan. Denna procedur upprepades till dess att inga dostexter med meningsfull information om ändamål återstod. Tabell 10 nedan redovisar de ändamål som eftersöktes och

---

<sup>12</sup> Kunskapsstöd för läkemedelsinteraktioner. Produceras i samarbete mellan Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm



exempel på ord och delar av ord som i slutversionen av sökrutinen användes för att finna dem.

### Tabell 10. Analyserade ändamål med behandling med antidepressiva medel.

Med exempel på ord och delar av ord (söksträngar) som användes för att söka efter dem i dostexterna i läkemedelsregistret.

Ändamål	Exempel på söksträngar
Depression	"depr", "humör", "neds", "dystym"
Oro, ångest	"ngest", "lugnande", "oro", "ängs"
Aptit	"aptit", "matlust"
Sömn	"sömn", "som", "sov"
Beteendesyntom	"irrit", "agita", "agres", "BPSD"
Smärta	"smärt", "värk", "neuropat", "neuralg"
Inkontinens	"inkont", "urin", "vattenkast", "träng"
Övrigt	"panik", "tvång", "ocd", "fobi"

### Skillnader mellan regioner

För att studera olika faktorerers betydelse för variationen i användningen av antidepressiva medel, tillämpades en så kallad flernivåanalys (multilevel analysis) där variabler på olika nivå, från individ- till regionnivå, kan analyseras i samma modell. För detta ändamål användes en *Generalized Linear Mixed Model* implementerad i SAS (Statistical Analysis Software, SAS Institute Inc., NC, USA), kallad PROC GLIMMIX [12].

Den andel av variationen i användningen som kan tillräknas regionnivån beräknades i denna modell, med justering för individvariablerna ålder, kön, utbildning, förekomst av diagnos depression respektive ångestsyndrom, Charlsons multisjuklighetsindex samt boendeform (ordinärt boende / säbo).

### Analys av diagnoser

#### Depression och ångestsyndrom

Analyserna av förekomst av depression och ångestsyndrom baserades på data från patientregistret och omfattade huvuddiagnoser i slutenvård och/eller i specialiserad öppenvård. Depression definierades som förekomst av en eller flera av diagnoserna (ICD-10): F32-F34, F38, F39, och ångestsyndrom som förekomst av en eller flera av diagnoserna (ICD-10): F40-F43 [13].

#### Demens

Demens definierades som förekomst av diagnos med ICD-10-kod: G30, F00-F03 eller F051 minst en gång i patientregistret, eller minst ett uttag av *Medel vid demenssjukdomar* (ATC-grupp N06D), under maximalt tio år bakåt i tiden från aktuell mättidpunkt. Läkemedelsdata är tillgängliga först från och med juli 2005, då läkemedelsregistret etablerades.

## Förekomst av psykologisk och psykoterapeutisk behandling

Data för denna analys beställdes från SKR:s register Primärvårdskvalitet<sup>13</sup>, och omfattade 18 av totalt 21 regioner (Halland, Uppsala och Östergötland ingick inte). I analysen mättes följande indikatorer, per den 31 december åren 2019 (äldre data fanns inte tillgängliga till 2022):

- Dep03: Andel patienter med ny diagnos depression som behandlas med antidepressiva läkemedel
- Dep06: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT) vid nydiagnostiserad depression
- Dep07: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Interpersonell psykoterapi (IPT) vid nydiagnostiserad depression
- Dep08: Andel patienter som fått psykologisk behandling med Psykodynamisk terapi (PDT) vid nydiagnostiserad depression
- Ån03: Andel patienter med ny diagnos ångest som behandlas med antidepressiva läkemedel
- Ån06: Andel patienter med ny diagnos ångest som fått psykologisk behandling med Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Ny diagnos definieras i Primärvårdskvalitet som att patienten varken har haft en depressions- respektive ångestdiagnos eller förskrivits/ordinerats antidepressiva under 2 år före behandlingen.

Behandling definierades som ny behandling med KVÅ-kod för aktuell psykologisk behandling, respektive förskrivning av antidepressiva, en gång eller fler, de senaste 18 månaderna efter ny diagnos

Åldersgrupperingen av dessa data var något annorlunda, varför ”äldre” i vår analys definierades som personer 70 år och äldre, och ”yngre” som personer 20–69 år.

## Statistik över läkemedelsbiverkningar

Data om läkemedelsbiverkningar byggde på uppgifter om biverkningsrapporter från Hälso- och sjukvårdspersonal, beställda från Läkemedelsverkets biverkningsdatabas Juno (tidigare BiSi).

I rapporten redovisas de biverkningar som av Läkemedelsverket bedömts som allvarliga, det vill säga sådana som är "dödliga, livshotande, invalidiserande eller medför missbildning, behov av sjukhusvård eller förlängd sjukhusvård, eller annan viktig medicinsk händelse". Sambandet mellan läkemedel och de biverkningar som redovisas i rapporten bedömdes vara "possible" (möjligt), "probable" (sannolikt) eller var ej angivet.

Det sista mätåret är i detta fall 2019 i stället för 2022, därför att data för 2020 bedömdes kunna vara osäkra på grund av pandemin och att uppgifterna för 2021 och 2022 enligt uppgift inte var kompletta vid tiden för beställningen från Läkemedelsverket. I statistiken exkluderades biverkningar till följd av kända förgiftningar, överdoseringar och medicineringsfel.

<sup>13</sup> <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/>

## Analys av bistånd från socialtjänsten

I dessa analyser samkördes läkemedelsregistret med Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Registret innehåller uppgifter om beslut (sedan 2012 endast beslut som har verkställts) om biståndsinsatser som trygghetslarm, matdistribution, hemtjänst, korttidsboende och särskilt boende (säbo).

### *Förekomst av socialtjänstinsatser hos äldre som förskrivs antidepressiva medel*

Här studerades förekomsten av verkställda beslut om Hemtjänst i ordinärt boende (personer med säbo exkluderades) i form av service respektive personlig omvårdnad, respektive säbo, hos personer 65 år och äldre med och utan beräknad användning av antidepressiva medel den 31 december 2014 respektive 2022.

### *Samband mellan socialtjänstinsatser och förskrivning av antidepressiva medel*

I denna analys följdes samtliga personer 65 år och äldre som fick insatserna hemtjänst-service, hemtjänst-personlig omvårdnad respektive säbo under perioden 2018–2021 och levde minst ett år efter verkställandet. För var och en av dessa insatser skapades en tabell med datum för verkställande för varje person. Därefter beräknades för var och en, den aktuella användningen av antidepressiva medel (används / används inte) vid denna tidpunkt samt, kvartalsvis respektive månadsvis, fyra datum före och efter verkställandedatum.

## Bilaga 2. Enkät till läkare för kartläggning av primärvårdens arbetssätt och metoder för att upptäcka och hantera läkemedelsinteraktioner

### 1. Anser Du att läkemedelsinteraktioner är ett problem som behöver hanteras i din kliniska vardag?

a) Ja	89%
b) Tveksamt. Ange varför: _____	4%
c) Nej. Ange varför: _____	4%
d) Vet ej	4%

### 2. Vilket/vilka system använder du för att få information om interaktioner mellan läkemedel i en patients läkemedelslista? Du kan ange flera svar.

a) Patientjournalssystemet. Ange vilket: _____	76%
b) Pascal	51%
c) Janusmed interaktioner	71%
d) Annat system. Ange vilket: _____	11%
e) Vet ej	0%
f) Använder inget system	0%

### 3. Hur ofta i genomsnitt använder du detta/dessa system för att få information om interaktioner mellan läkemedel i en patients läkemedelslista?

a) Minst en gång per dag	66%
b) Minst en gång per vecka	27%
c) Minst en gång per månad	5%
d) Mer sällan än en gång per månad	2%

**4. Hur ofta leder en varning om läkemedelsinteraktion till någon form av åtgärd av dig (utsättning, dosjustering, labprover m.m.)?**

a) Aldrig	0%
b) Mycket sällan	5%
c) Ganska sällan	27%
d) Ganska ofta	51%
e) Mycket ofta	12%
f) Alltid	4%
g) Vet ej	1%

**5. Hur ofta har du sett att en läkemedelsinteraktion fått konsekvenser för patienten (biverkning, minskad läkemedelseffekt m.m.)?**

a) Aldrig	3%
b) Mycket sällan	26%
c) Ganska sällan	45%
d) Ganska ofta	18%
e) Mycket ofta	1%
f) Vet ej	6%

**6. Om Du har sett att läkemedelsinteraktioner fått konsekvenser för patienten (biverkning, minskad läkemedelseffekt m.m.), anser du att det hade kunnat förhindras med det/de system du använder idag?**

a) Ja	19%
b) Ja, möjligen	57%
c) Nej	12%
d) Vet ej	12%

**7. Anser du att det/de system du använder idag är ett tillräckligt stöd för dig, för att upptäcka läkemedelsinteraktioner hos dina patienter?**

a) Inte alls	2%
b) Till liten del	18%
c) Till stor del	65%
d) Helt och hållet	12%
e) Vet ej	3%

**8. Anser du att det/de system du använder idag är ett tillräckligt stöd för dig, för att hantera läkemedelsinteraktioner hos dina patienter?**

a) Inte alls	4%
b) Till liten del	21%
c) Till stor del	63%
d) Helt och hållet	10%
e) Vet ej	3%

**9. Vid svar a) eller b) på fråga 7 eller 8: Vilken/vilka är, enligt din mening, den/de viktigaste orsaken/orsakerna till att systemet inte är ett tillräckligt stöd i detta avseende?**

**10. Har Du några idéer om förändringar – i det/de system du använder, eller avseende annat i din verksamhet (t.ex. utbildning, konsultation) – som skulle kunna förbättra din möjlighet att upptäcka och hantera läkemedelsinteraktioner hos Dina patienter?**

## Bilaga 3. Svarsfrekvenser för enkäten om primärvårdens arbetssätt och metoder för att upptäcka och hantera läkemedelsinteraktioner

**Tabell 11. Andel som besvarat enkäten, uppdelat på kön och region**

	Tillfrågade, n	Svar, n	Svarsfrekvens, %
<i>Kön</i>			
Män	600	105	18
Kvinnor	607	114	19
<i>Region</i>			
Blekinge	8	3	38
Dalarna	27	7	26
Gotland	4	0	0
Kalmar	35	6	17
Stockholm	277	40	14
Uppsala	65	9	14
Gävleborg	36	7	19
Halland	38	7	18
Jämtland Härjedalen	22	6	27
Jönköping	63	12	19
Kronoberg	24	5	21
Norrbottn	26	3	12
Skåne	173	34	20
Sörmland	31	6	19
Värmland	26	6	23
Västerbotten	27	5	19
Västernorrland	20	5	25
Västmanland	31	3	10
Örebro	33	8	24
Östergötland	56	7	13
Västra Götaland	187	40	21
RIKET	1195	219	18