

**KARAKTERISTIKA VED PASIENTER INNLAGT FOR DEPRESJON
VED ALDERSPSYKIATRISK POST,
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**

Femteårsoppgave - det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø

Anders Batman Mjelle, MK-01

Veiledere: Professor Vidje Hansen og overlege Ole K. Grønli

Tromsø, september 2006

Innhold:

1.	Resymé	s.	3
2.	Introduksjon	s.	4
3.	Metode	s.	5
4.	Fakta om depresjon blant eldre	s.	8
5.	Resultater	s.	11
6.	Diskusjon	s.	27
7.	Konklusjon	s.	35
8.	Referanser	s.	36
9.	Appendiks		

1. RESYMÉ

Oppgaven omfatter alle innlagte med depresjon på Alderpsykiatrisk post, UNN, i tiårsperioden 1994 - 2003. Depresjon hos eldre er vanlig, men blir ofte oversett og ikke adekvat behandlet. Forskjellige studier har vist store forskjeller i prevalens. Noe av det som gjør det vanskelig å beregne reell prevalens, er blant annet at eldre ofte er mer isolerte fra samfunnet og at de har mer atypiske depresjoner med færre tegn til tristhet. I tillegg har de ofte sorg pga tapsopplevelser og tenker ofte på døden - uten at dette må forveksles med depresjon.

Journalene til alle pasientene som ble innlagt i perioden, ble gjennomgått, og det ble fylt ut et omfattende skjema med opplysninger om hver enkelt innleggelse. Målet var å beskrive de deprimerte pasientene og se om det var signifikante sammenhenger mellom forskjellige karakteristika. For å finne disse sammenhengene, brukte vi et dataprogram - SPSS 12.0- som regnet ut sammenhenger ved hjelp av kji-kvadrat-test.

Det var i alt 188 personer innlagt i perioden - 124 (66%) kvinner og 64 (34%) menn. De eneste signifikante forskjellene vi fant mellom kjønnene, var at menn i høyere grad ble innlagt med akutt forløp, at kvinner oftere hadde somatiske klager, og at kvinner hadde bedre prognose.

Generelt var det gode resultater av behandling, med en svært høy andel helt friske eller med noen restsymptomer. Særlig bra resultat var det dersom man var kvinne, hadde psykotiske symptomer, og dersom man fikk ECT-behandling.

Et av hovedproblemene ved datainnsamlingen var at man ofte hadde vært lite strukturert i anamneseopptaket, slik at en rekke sentrale opplysninger manglet. Dette diskuteres også i oppgaven.

2. INTRODUKSJON

Depresjon er vanlig hos eldre, med en prevalens som ligger omtrent på 15% i en del studier (se faktadel, side 8).

I en tiårsperiode (1.1.94 til og med 31.12.03) var 188 personer innlagt med depresjon på Alderspsykiatrisk post, UNN, fordelt på 312 innleggelser. Journalene for alle disse innleggelsene er gjennomgått, og 102 parametre er registrert for hver innleggelse. Oppgaven tar for seg resultatene fra datainnsamlingen og omfatter første innleggelse til pasientene, mest p.g.a. stort dataomfang.

Målet var å beskrive pasienter innlagt for depresjon, samt å finne sammenhenger mellom forskjellige karakteristika.

Alderspsykiatrisk post ved Universitetssykehuset Nord-Norge ligger under spesialpsykiatrisk avdeling ved UNN. Opptaksområdet er Troms og Finnmark, og posten har 14 senger og ca. 100 innleggelser per år. Hoveddiagnosene er demens, depresjon og psykose/angst, hver av disse gruppene utgjør omtrent en tredjedel av innleggelsene. Det er to overleger på posten, én stilling på 100% og én stilling på 50%, med 50% poliklinikk. Det er dessuten to assistentlegehjemler samt én psykolog ansatt på posten.

3. METODE

Data ble innsamlet ved at det i samarbeid med veileder, overlegen ved Alderspsykiatrisk post, ble laget et registrerings skjema (se appendiks 2) som inneholdt en rekke parametre for å karakterisere og kartlegge pasienter innlagt pga depresjon ved Alderspsykiatrisk post. Parametrene ble hovedsakelig valgt av veileder, som på bakgrunn av erfaring og generell viten om det som er viktig ved depresjon hos eldre, avgjorde hva som var mest interessant. Det ble dessuten lagt vekt på at undertegnede skulle gjøre færrest mulig tolkninger, men skrive det som var journalført.

Det ble først bestemt hvilken tidsperiode innleggelsene skulle være innenfor - 1.1.94 til og med 31.12.03, altså til sammen ti år. Alle innleggelsene skulle være tilknyttet depresjon som hoveddiagnose, og det ble før datainnsamlingen bestemt at følgende diagnoser skulle gi inklusjon i studien:

For forklaring av de forskjellige diagnosene, se appendiks 4)

<u>ICD-9:</u>	<u>ICD-10:</u>
296.1	F31.3-6
296.3	F32
300.4	F33
309.0	F34.1
309.1	F43.2

311 Diagnosekoden F43.2 omfatter tilpasningsforstyrrelser, men er allikevel tatt med ettersom den innbefatter sorgreaksjon. Klinik og symptomutforming kan være lik en depresjon.

Tidsperioden inneholdt et skifte fra ICD-9 til ICD-10, som skjedde pr. 01.01.97, og vi måtte dermed benytte oss av begge klassifikasjonssystemene i arbeidet med datainnsamlingen.

Vi har senere i oppgaven konvertert ICD-9 til ICD-10 (se appendiks 3) for å gjøre oversikten enklere.

Journalene ble båret av oppgaveskriver, cirka 6-7 av gangen, fra arkivet på sykehuset som lå omtrent en halv kilometer fra kontoret jeg disponerte. Til sammen gikk jeg gjennom 312 innleggelser, fordelt på 188 personer - 124 kvinner og 64 menn. Hver innleggelse fikk et eget registrerings skjema, som ble fylt ut for hånd.

I dataprogrammet jeg har brukt for å skrive inn data og deretter behandle og bearbeide data - SPSS 12.0 for Windows -, har jeg kommet opp i 102 parametre, noe som gir 31824 utfylte ruter. På grunn av den store datamengden, lagde jeg to filer - én fil med alle data innlagt, og én fil hvor jeg kun har tatt med første innleggelse for hver pasient.

På grunn av dataenes enorme omfang, har jeg kun brukt sistnevnte fil, som gir en beskrivelse av 188 innleggelser.

Jeg har ved hjelp av SPSS kunnet sette opp tabeller som gir en oversikt over de forskjellige karakteristika og brukt kji-kvadrat-test for å se om det er statistisk signifikant sammenheng mellom forskjellige karakteristika, f.eks. bruk av antipsykotika og suicidforsøk. I noen tabeller, der hvor jeg har fjernet "ikke angitt" for å kunne regne på kun "ja" og "nei", har jeg måttet regne ut kji-kvadrat-verdien for hånd. I disse tilfellene er p-verdien ikke nøyaktig, ettersom jeg har måttet bruke tabeller som kun viser omtrentlig verdi.

I mitt registreringsskjema har jeg en del parametre hvor jeg ikke har skilt mellom at data ikke var tilstede i journalen (ikke angitt) eller om journalen eksplisitt anga at vedkommende opplysning ikke var tilfelle for denne pasienten. I de fleste tilfeller må man holde seg på den sikre siden og klassifisere vedkommende data som "ikke angitt". For noen få sentrale data, har jeg tatt standpunkt til at dersom dette ikke stod i journalen, betyr det "nei" siden dette er så sentrale opplysninger.

Liste over de jeg har valgt å kalle "nei":

- Psykose
- Somatiske klager
- Selvmordstanker
- Tristhet
- Angst
- ECT-behandling
- Medikamenter, både ved utskrivelse og innskrivelse

Angående paragrafvurdering:

Når en pasient legges inn på psykiatrisk sykehus, legges vedkommende inn (henvises av lege sammen med innleggelsesbegjæring fra tutor som som oftest er nær slektning av pasient, politi eller kommunelege I) under en paragraf i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Dersom pasienten er samtykkekompetent og ønsker å legge seg inn frivillig, søkes han eller hun inn på §2-1 og tas imot på samme paragraf, og trenger da ikke innleggelsesbegjæring fra tutor.

Dersom vilkårene i §3-3, som omhandler kriteriene for tvungent psykisk helsevern, er oppfylt, søker innleggende lege pasienten inn på enten §3-6 (tvungen observasjon i inntil 10 dager) eller §3-7 (tvungen undersøkelse og behandling). Deretter tar sykehuslegen i mot pasienten på §3-8 (tvungen observasjon i inntil 10 dager) eller §3-1 (tvungen undersøkelse og behandling).

Man kan som sykehuslege kun senke grad av tvang uten ny innleggelsesbegjæring, slik at man ikke kan ta imot pasienten på §3-1 hvis han eller hun er søkt inn på §3-6. Dersom man i mottaket ser at pasienten allikevel bør legges inn på §3-1, må man få tutor til å skrive en ny innleggelsesbegjæring, eventuelt få en annen tutor til å skrive innleggelsesbegjæring, og innleggende lege må skrive ny søknad om innleggelse etter §3-1.

4. Fakta om depresjon blant eldre (≥65 år)

ICD-10-kriterier for depressiv enkeltepisode (1):

A Generelle kriterier

- I Varighet av depressiv episode minst 2 uker
- II Ingen tidligere episode med mani/hypomani eller blandingstilstand
- III Organisk etiologi må utelukkes

B Kjernesymptom

- (1) Nedtrykthet (depressivt stemningsleie)
- (2) Nedsatt lyst (glede) eller interesse
- (3) Nedsatt energi eller økt tretthet

C Ledsagende symptom

- 1. Nedsatt selvtillit eller selvfølelse
- 2. Selvbebreidelse eller skyldfølelse
- 3. Tanker om død eller selvmord
- 4. Tanke- eller konsentrasjonsvansker
- 5. Agitasjon eller hemning
- 6. Søvnforstyrrelser
- 7. Appetitt- eller vektendring

Depresjon av lett grad:

Gen. kriterier + 2 kjernesymptomer + 2 ledsagende symptomer

Depresjon av moderat grad:

Gen. kriterier + 2 kjernesymptomer + 4 ledsagende symptomer

Depresjon av alvorlig grad:

Gen. kriterier + 3 kjernesymptomer + 5 ledsagende symptomer

Depresjon av alvorlig grad med psykotiske symptomer:

Som depresjon av alvorlig grad + hallusinasjon, vrangforestillinger eller stupor

Somatiske symptomer kan være uttrykk for en bakenforliggende depresjon (2), for eksempel smerter, slapphet, hodepine og impotens. Psykiske symptomer og plager som ofte er uttrykk for bakenforliggende depresjon, er bl.a. følelse av angst/nervøsitet, følelse av irritabilitet, alkoholproblemer og stoffmisbruk.

Prevalensen av depresjon øker med alder (3,4,5). De vanligste forklaringene er de naturlige tapsopplevelsene som forbindes med høy alder: tap av ektefelle og tap av sosialt nettverk (6,7), tap av funksjonsevne (8,9) og tap av inntektsevne (10,11). Assosiasjonen mellom alder og depresjonssymptomer blir raskt mye mindre når man tar høyde for funksjonsevne, kronisk sykdom, sosial støtte, lavere inntekt og kognitiv hemning (12,13). I den senere tid har vi fått økt innsikt i hva som gjør at eldre allikevel er noe mer disponert for depresjon enn yngre, og aldersrelatert reduksjon av biokjemiske signalsubstanser som serotonin og adrenalin er for eksempel en viktig del av dette(14).

Diagnostisering av depresjon hos eldre er ikke enkelt. Dårlig funksjonsevne og tilhørende isolering fra omverdenen, naturlig tristhet relatert til tap, samt det faktum at eldre oftere lider av atypiske depresjoner, gir rom for feiltolkning og feildiagnostisering. En atypisk depresjon kan for eksempel preges av somatiske klager, økt søvnbehov, økt matlyst, og det trenger ikke være synlig tristhet.

Forekomsten av depresjon hos eldre varierer fra studie til studie, men vanlige anslag hos normalbefolkningen ligger mellom 12 og 14% (15). En metaanalyse fra perioden 1990-2001 av overlege Rosenvinge på Alderspsykiatrisk post (16), gav et gjennomsnittlig anslag av depresjon blant eldre over 60 år på 19%. Blant eldre som er inneliggende i sykehus/sykehjem - som har demens, gjennomgått hjerneslag etc. - er tallet mye høyere. Blant annet har 3 studier (15) vist at eldre på sykehus har en depresjonsprevalens på 21%.

To studier som så på pasienter i geriatrisk avdeling (17,18) viste en prevalens på henholdsvis 40 og 41%.

Det er store forskjeller når det gjelder forskjellige prevalensstudier, og disse er et resultat av mange usikkerhetsfaktorer, blant annet inklusjons- og eksklusjonkriterier og metode for diagnostisering.

En depressiv episode som debutterer i eldre år, gir stor sjanse for tilbakefall (19,20) - depresjonens alvorlighetsgrad, tilstedeværelse av psykose og fysisk helse er avgjørende.

I tillegg er dødeligheten to til tre ganger høyere hos deprimerte eldre sammenliknet med ikke-deprimerte eldre, selv etter at en har korrigert for selvmord og somatisk sykdom (21). Profylakse er altså av stor verdi - dersom samfunnet tar vare på sine eldre gjennom sosial omgang og opplegg for psykisk og fysisk utfoldelse, vil det bli færre depresjoner blant eldre.

Behandling av depresjon hos eldre er viktig, men hjelpen når altfor sjelden frem. Tidlig på nittitallet ble en tilfeldig befolkning av personer fra Stockholm som var over 75 år, undersøkt, og man fant 64 personer med alvorlig depresjon. Bare 22 av disse fikk behandling, og av disse 22 var det bare 2 som fikk adekvat behandling (68).

De fire hjørnesteinene i behandlingen er psykofarmaka, ECT (electro convulsive therapy), psykoterapi og miljøterapi.

5. RESULTATER

(Frekvensopptelling av variabler med stor andel "ikke angitt, er presentert i appendiks 1)

Antall kvinner	:	124	(66%)
Antall menn	:	64	(34%)
Totalt	:	188	(100%)

Bor alene

Ja	:	69	(36,7%)
Nei	:	114	(60,6%)
Ikke angitt	:	5	(2,7%)
Totalt	:	188	(100%)

Samlivsstatus

Gift	:	75	(39,9%)
Samboer	:	10	(5,3%)
Kjæreste	:	0	(0,0%)
Skilt	:	12	(6,4%)
Enke-/mann	:	70	(37,2%)
Enslig	:	21	(11,2%)
Totalt	:	188	(100%)

55% er altså skilt, enke/enkemann eller enslig. Grunnen til at disse er flere enn antall aleneboende, er at personer som bor på sykehjem ellers aldershjem, ikke regnes for å være aleneboende. Tall fra SSB (tabell 06071 og 05196, fra år 2005) viser at blant norske statsborgere på 67 år eller eldre, bor 42% alene. Samme tabeller viser at mens 58% av befolkningen ≥ 67 år er kvinner, utgjør kvinner hele 75% av aleneboende i samme aldersgruppe. Blant pasientene inkludert i studien, var det blant menn 41% som var enten skilt, enkemann eller enslig, mens tilsvarende tall for kvinner var på hele 62%.

Depresjonens inntredelsesmåte

Akutt (≤ 2 uker)	:	14	(7,4%)
Gradvis	:	174	(92,6%)
Totalt	:	188	(100%)

Hjerte-/lunge-/karsykdom

Ja	:	47	(25%)
Ikke angitt	:	141	(75%)
Totalt	:	188	(100%)

Tidligere hjerneslag

Ja	:	12	(6,4%)
Ikke angitt	:	176	(93,6%)
Totalt	:	188	(100%)

Demenssykdom

Ja	:	11	(5,9%)
Ikke angitt	:	177	(94,1%)
Totalt	:	188	(100%)

Smerteproblematikk

Ja	:	61	(32,4%)
Nei	:	10	(5,3%)
Mulig smerte	:	23	(12,2%)
Ikke angitt	:	94	(50%)
Totalt	:	188	(100%)

Mistet foreldre

Før fylte 15 år:	:	11	(5,9%)
Etter fylte 15 :	:	1	(0,5%)
Nei/som voksen :	:	14	(7,4%)
Ikke angitt	:	162	(86,2%)
Totalt	:	188	(100%)

Alkoholforbruk

Avhold	:	52	(27,7%)
Lite forbruk	:	19	(10,1%)
Moderat	:	7	(3,7%)
Høyt/misbruk	:	3	(1,6%)
Ikke angitt	:	107	(56,9%)
Totalt	:	188	(100%)

Medikamenter ved innkomst (Oppgitt i %, avrundet til hele tall.
En person kan stå på flere medikamenter.)

	TCA	SSRI	MAOI	To/Mi	AAD	1GAP	2GAP	ANXIO	HYPNO	STMSTB	DEM
Ja	13	30	6	14	11	29	5	43	30	4	0
Nei	87	70	94	86	89	71	95	57	70	96	100
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Medikamenter ved utskrivning

	TCA	SSRI	MAOI	To/Mi	AAD	1GAP	2GAP	ANXIO	HYPNO	STMSTB	DEM
Ja	35	25	3	20	31	32	13	36	43	11	3
Nei	65	75	97	80	69	68	87	64	57	89	97
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

- TCA = trisykliske antidepressiva (Anafranil, Noritren etc.)
SSRI = selektive serotoninreopptakshemmere (Cipramil etc.)
MAOI = monoaminoksidasehemmere (Aurorix etc.)
TO/MI = Tolvon / Mianserin (Tolvon og Mianserin)
AAD = andre antidepressiva (Efexor, Edronax, Remeron etc.)
1GAP = førstegenerasjons antipsykotika (Trilafon, Haldol etc.)
2GAP = andregenerasjons antipsykotika (Zyprexa, Risperdal etc.)
ANXIO = anxiolytika (angstdempende, f.eks. Xanor, Vival)
HYPNO = hypnotika (sovemedisin, f.eks. Apodorm, Imovane)
STMSTB = stemningsstabiliserende (Lithionit, Orfiril)
DEM = midler mot demens (f.eks. Aricept)

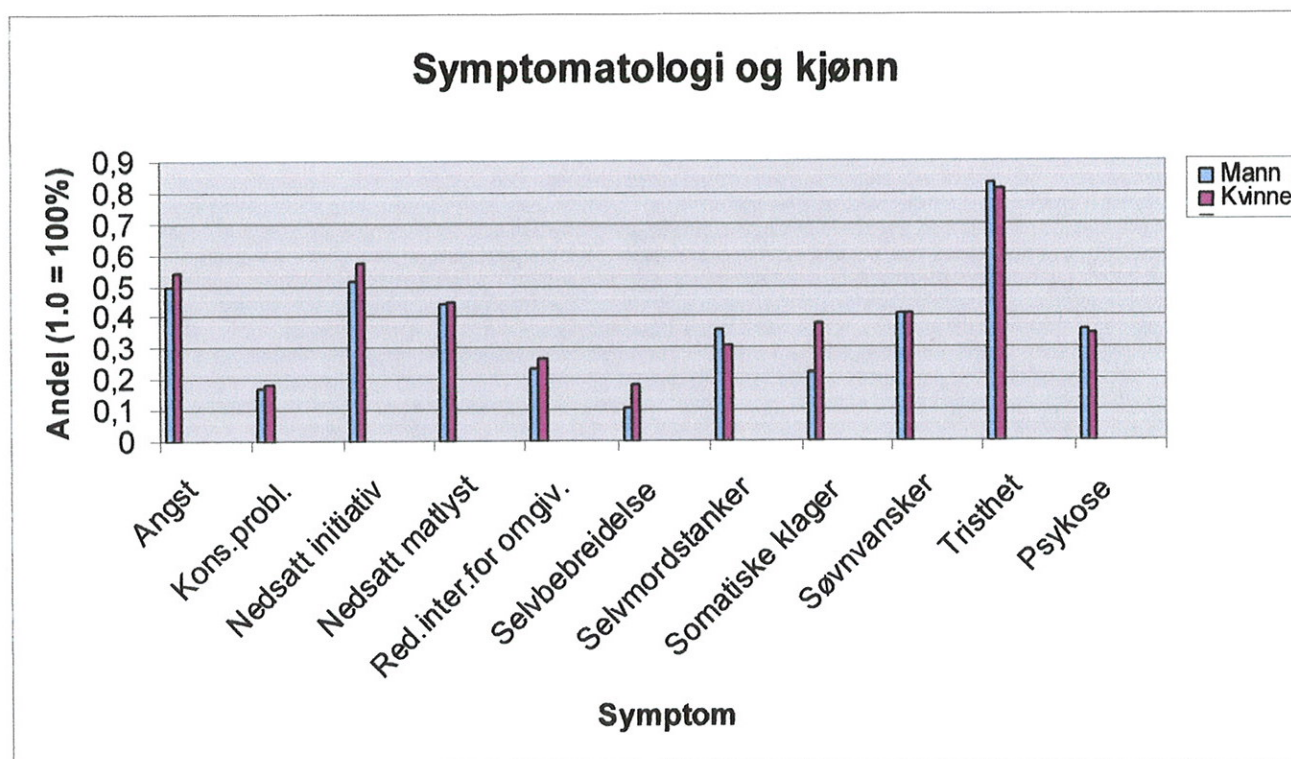
Registrerte symptomer, inkludert psykose

Symptomene som er tatt med, er de symptomene som jeg har valgt å sette som "nei" dersom det ikke var eksplisitt angitt noe annet i journalen, samt andre symptomer som jeg valgt å kommentere i diskusjonsdelen.

Resten av symptomene er flyttet til appendiks 1)

SYMPTOM	JA	NEI	I ALT
Tristhet	154 (82%)	34 (18%)	188 (100%)
Angst	99 (53%)	89 (47%)	188 (100%)
Søvnvansker	77 (41%)	111 (59%)	188 (100%)
Psykose	66 (35%)	122 (65%)	188 (100%)
Somatiske klager	61 (32%)	127 (68%)	188 (100%)
Selvordstanker	61 (32%)	127 (68%)	188 (100%)
Konsentrasjonsproblemer	33 (18%)	155 (82%)	188 (100%)
Selvbebreidelse	30 (16%)	158 (84%)	188 (100%)

Oversikt over de nevnte symptomene hvor man kan se forskjell i symptomatologi hos menn og kvinner.



Somatiske klager var eneste symptom hvor det var statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene.

Paragrafvurdering

Paragraf	Antall tatt imot
§2-1	149 (79,2%)
§3-1	8 (4,3%)
§3-8	30 (16%)
Ikke angitt	1 (0,5%)

188 (100%)

§2-1 = Tatt i mot frivillig

§3-1 = Tatt i mot til tvunget psykisk helsevern

§3-8 = Tatt i mot til tvungen observasjon i tidsavgrenset periode

Antall uker innlagt

Utvalgsbredde	:	1 dag - 39 uker
Gjennomsnitt	:	7,6 uker (SD: 5,5)
Median innleggelsestid	:	6 uker
Typetall (mode)	:	4 uker

Vurdering av tilstand ved utskrivelse

Helt frisk	:	84 (44,7%)
Noen restsymptomer	:	83 (44,1%)
Ingen bedring	:	15 (8,0%)
Ikke angitt	:	6 (3,2%)
Totalt	:	188 (100%)

Alder ved innleggelse

Utvalgsbredde	:	48 år - 91 år
Gjennomsnittsalder	:	72,0 år (SD: 7,7)
Median alder	:	72 år

29 pasienter var under 65 år, 6 av dem under 60 år.

Årstid for innleggelse

Vår (mars, april, mai)	:	44 (23,4%)
Sommer (juni, juli, august)	:	47 (25%)
Høst (september, oktober, november)	:	32 (17%)
Vinter (desember, januar, februar)	:	65 (34,6%)
Totalt	:	188 (100%)

ECT-behandling under oppholdet

Ja	:	51 (27,1%) (menn: 26,6%/ kvinner: 27,4%)
Nei	:	137 (72,9%)
Totalt	:	188 (100%)

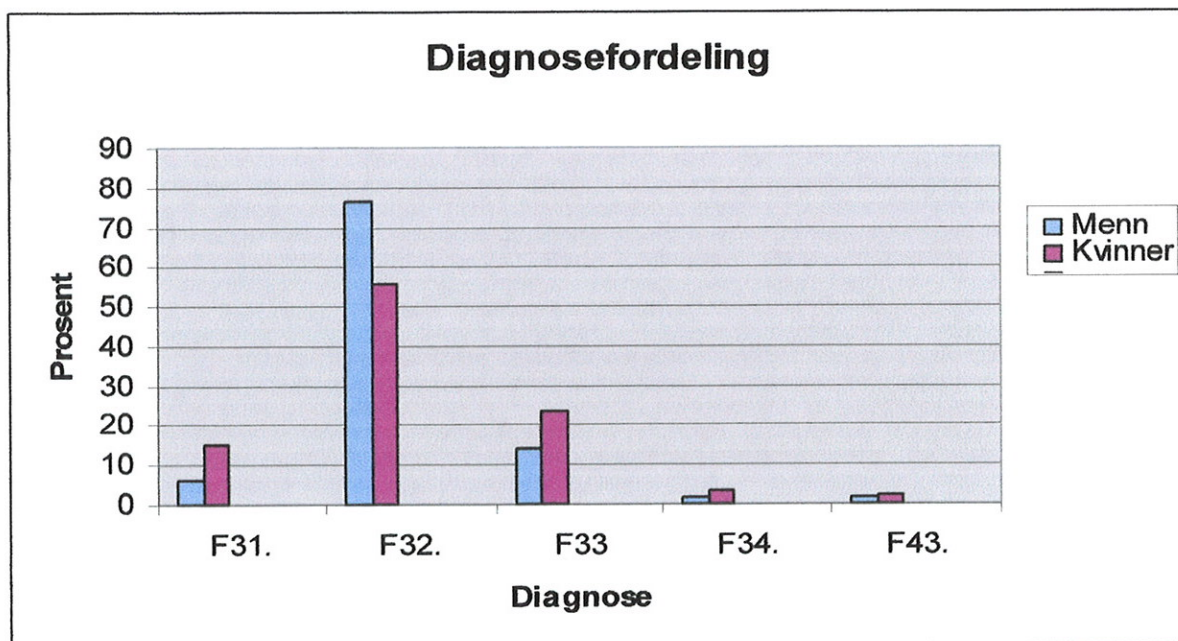
Av de som fikk ECT-behandling, var		
gjennomsnittet	:	9 behandlinger
Median	:	9 behandlinger
Typetall (mode)	:	10 behandlinger
Utvalgsbredde	:	3 - 23 behandlinger

Diagnosefordeling: (For definisjon av diagnoser, se appendiks 4)

Diagnose	Frekvens	Prosent
F31.3	9	4,8
F31.4	5	2,7
F31.5	7	3,7
F31.6	1	0,5
F31.8	1	0,5
F32.0	3	1,6
F32.1	40	21,3
F32.2	27	14,4
F32.3	41	21,8
F32.8	2	1
F32.9	5	2,7
F33.0	2	1
F33.1	9	4,8
F33.2	15	8
F33.3	11	5,9
F33.4	1	0,5
F34.1	5	2,7
F43.2	4	2,1
	188	100%

Slått sammen i større kategorier, får vi denne tabellen:

Kode	Kategori	Antall
F31.	Depressiv episode	23 (12,2%)
F32.	Tilbakevendende depresjon	118 (62,8%)
F33.	Bipolar lidelse	38 (20,2%)
F34.	Dystymi	5 (2,7%)
F43.	Tilpasningsforstyrrelser	4 (2,1%)



Det er verdt å merke seg at F32.-diagnosene, de tilbakevendende depresjonene, er klart vanligst.

UTVALGTE SAMMENHENGER:

Utvelgelsen tok utgangspunkt i de mest interessante karakteristika, enten signifikante eller ikke signifikante. Hva som avgjorde hva som var interessant, tok utgangspunkt i det veileder og undertegnede ønsket å finne ut av, samt der hvor det var signifikant forskjell selv om det var uventet.

KJØNN

Depresjonens inntredelsesmåte

Menn var signifikant oftere lagt inn på bakgrunn av akutt inntredelsesmåte (innen 2 uker):

		Akutt	Gradvis
Mann	O	10	54
	E	4,8	59,2
Kvinne	O	4	120
	E	9,2	114,8

χ^2 : 9,416 df: 1 p: 0,002

En forventet verdi er under 5, men Fishers eksakt-test gir en p-verdi på 0,006, så forskjellen er signifikant.

Somatiske klager

Kvinner hadde signifikant oftere somatiske klager

		Ja (som.klager)	Nei (som.klager)
Mann	O	14	50
	E	20,8	43,2
Kvinne	O	47	77
	E	40,2	83,8

χ^2 : 4,948 df: 1 p: 0,026

Vurdering av tilstand ved utskrivning

Dersom man utelater de som ikke er angitt (kun 3,2%), og slår sammen kategoriene "helt frisk" og "noen restsymptomer", slik at man kun skiller mellom der hvor det var bedring og der det ikke var bedring, får man følgende tabell:

		Mann	Kvinne
Frisk / noen restsymptomer	O	54	113
	E	57,8	109,2
Ingen bedring	O	9	6
	E	5,2	9,8

χ^2 : 4,63 df: 1 p: 0,025 < p < 0,05

Her vises en signifikant forskjell blant kvinner og menn, hvor det fremkommer at kvinner oftere opplever bedring for sin depressive tilstand i løpet av sitt opphold på Alderspsykiatrisk post, sammenliknet med menn. Bortsett fra disse tre karakteristika, var det lite som skilte

kjønnene. Det mest åpenbare var selve kjønnsfordelingen, med klart flest kvinner som hadde depresjon, i tråd med tidligere artikler (se faktadel). Det som var mer uventet, var at det var svært liten forskjell når det gjaldt symptomatologi. Somatiske klager var eneste symptom hvor det var signifikant forskjell.

SUICIDFORSØK (S.F.):

Selvmordstanker

Sammenhengen mellom selvmordstanker og -forsøk var selvsagt åpenbar

Selvmordstanker

		Ja	Nei
S.F. Ja	O	21	2
	E	7,5	15,5
S.F. Nei	O	40	125
	E	53,5	111,5

χ^2 : 41,418 df: 1 p < 0,001

Psykose

Psykotiske pasienter har oftere enn ikke-psykotiske pasienter, forsøkt selvmord, men forskjellen er ikke statistisk signifikant

Psykose

		Ja	Nei
S.F. Ja	O	12	11
	E	8,1	14,9
S.F. Nei	O	54	111
	E	57,9	107,1

χ^2 : 3,351 df: 1 p: 0,067

SPSS gav dessuten en tilsynelatende signifikant sammenheng mellom suicidforsøk og det å miste foreldre, men ved nærmere ettersyn hadde 2/3 av rutene en forventet verdi under 5.

Det var dessuten kun 12 tilfeller hvor det var bekreftet at de hadde mistet foreldrene på et tidspunkt.

Alle andre karakteristika viste altså ingen signifikant sammenheng med suicidforsøk, inkludert psykose som hadde en p-verdi på 0,067, noe som indikerer korrelasjon, men som ikke er signifikant.

Suicidforsøk var altså helt jevnt fordelt på kjønn, øvrige depresjonssymptomer, samlivsstatus, somatisk sykdom etc.

VURDERING AV TILSTAND VED UTSKRIVNING

Psykose (ved innkomst)

Psykose gav signifikant bedre prognose for å bli betegnet som "helt frisk", og tilsvarende lavere risiko for å bli stemplet med "ingen bedring" ved utskrivelse. Dersom vi slår sammen "helt frisk" og "noen restsymptomer", og tar bort de 6/188 hvor tilstand ikke er angitt, får vi følgende tabell:

		Psykose	
		Ja	Nei
Helt frisk/	O	64	103
restsympt.	E	59,6	107,4
Ing. bedring	O	1	14
	E	5,4	9,6

χ^2 : 6,107 df: 1 p: 0,025 < p < 0,01

Verdiene, inkludert forventet verdi, er selvsagt omregnet etter å ha fjernet de 6/188 som ikke var angitt.

Utskrivningsmedikamenter: anxiolytika

Dersom man ble betegnet som "helt frisk" ved utskrivelse, var det signifikant lavere sjanse for å bli skrevet ut med anxiolytika. De 6/188 som ikke var angitt, er fjernet:

		Utskrivn.med.: anxiolytika	
		Ja	Nei
Helt frisk	O	20	64
	E	30,3	52,7
Restsympt./	O	46	52
Ing. bedring	E	35,7	62,3

χ^2 : 10,598 df: 1 p: 0,005 > p > 0,001

I tillegg til dette var det jo også signifikant forskjell mellom menn og kvinner når det gjaldt vurdering av tilstand ved utskrivning, se lenger opp i resultatdelen, under KJØNN.

ECT-behandling

De som fikk ECT-behandling hadde en ikke-signifikant økt sjans for å bli beskrevet som helt frisk ved utskrivning. De 6/188 som ikke var angitt, er fjernet:

ECT-behandling

		Ja	Nei
Helt frisk	O	29	55
	E	23,5	60,5
Restsympt./ Ing. bedring	O	22	76
	E	27,5	70,5

χ^2 : 3,31 df: 1 p: 0,1 > p > 0,05

DEPRESJONSSYMP TOM: ANGST

Innkomstmedikamenter: sovemedisin

Pasienter med angst hadde signifikant høyere forbruk av sovemedisin

Innkomstmed.: sovemedisin

		Ja	Nei
Angst	O	37	62
	E	29,5	69,5
Ikke angst	O	19	70
	E	26,5	62,5

χ^2 : 5,755 df: 1 p: 0,016

Ikke uventet ettersom pasienter med angst ofte har søvnproblemer.

Innkomstmedikamenter: stoffskiftemedisin

Pasienter med angst hadde signifikant høyere forbruk av stoffskiftemedisin

Innkomstmed.: stoffskiftemedisin

		Ja	Nei
Angst	O	21	78
	E	15,3	83,7
Ikke angst	O	8	81
	E	13,7	75,3

χ^2 : 5,367 df: 1 p: 0,021

PSYKOSE

Psykose vs Innkomstmed. og utskrivningsmed.: sovemedisin

Ved psykose var det signifikant lavere forbruk av sovemedisin

Innkostmed.: sovemedisin

		Ja	Nei
Psykose	O	12	54
	E	19,7	46,3
Ikke psykose	O	44	78
	E	36,3	85,7

χ^2 : 6,550 df: 1 p: 0,010

Utskrivn.med.: sovemedisin

		Ja	Nei
Psykose	O	17	49
	E	28,4	37,6
Ikke psykose	O	64	58
	E	52,6	69,4

χ^2 : 12,453 df: 1 p < 0,001

At pasienter med psykose sjeldnere skrives ut med sovemedisin, er ikke så underlig med tanke på at de med psykose generelt er i bedre tilstand ved utskrivelse enn de uten psykose. Mer uvisst er det hvorfor de også sjeldnere står på sovemedisin ved innskrivelse.

Røyker?

Ved psykose var det signifikant lavere forekomst av røyking ("Ikke angitt" blant røykerne er kuttet ut.)

Røyker?

		Ja	Nei
Psykose	O	3	24
	E	10,9	19,7
Ikke psykose	O	28	32
	E	20,1	36,3

χ^2 : 10,2 df: 1 p < 0,005

Hvorfor de psykotiske tilsynelatende røyker mindre, har vi ikke funnet noe godt svar på.

Utskrivningsmedikamenter: anxiolytika

Ved psykose var det signifikant lavere forbruk av anxiolytika ved utskrivning

Utskrivn.med.: anxiolytika

		Ja	Nei
Psykose	O	16	50
	E	23,9	42,1
Ikke psykose	O	52	70
	E	44,1	77,9

χ^2 : 6,267 df: 1 p: 0,012

Her som med sovemedisin, er det sannsynlig at dette har å gjøre med deres tilstand ved utskrivning – psykotiske blir bedre i løpet av oppholdet, og trenger følgelig færre medikamenter.

Somatiske klager

Ved psykose var somatiske klager signifikant sjeldnere tilstede

Somatiske klager

		Ja	Nei
Psykose	O	15	51
	E	21,4	44,6
Ikke psykose	O	46	76
	E	39,6	82,4

χ^2 : 4,383 df: 1 p: 0,036

Ved psykose ble pasientene dessuten (og selvsagt) signifikant oftere ($p < 0,001$) skrevet ut med 1. og 2. gen. antipsykotika

ÅRSTID FOR INNLEGGELSE

Innkomstmed.: sovemedisin

Forbruket av sovemedisin var signifikant lavere om sommeren og høsten, i forhold til vinter og vår

Innkomstmed.: sovemedisin

Årstid		Ja	Nei
Vår	O	21	23
	E	13,1	30,9
Sommer	O	10	37
	E	14	33
Høst	O	3	29
	E	9,5	22,5
Vinter	O	22	43
	E	19,4	45,6

χ^2 : 15,286 df: 3 p: 0,002

ECT-BEHANDLING

Innkostmedikamenter: SSRI

De som brukte SSRI ved innkomst fikk signifikant oftere ECT-behandling under oppholdet på Alderspsykiatrisk post.

		Innkostmed.: SSRI	
ECT-behandling		Ja	Nei
Ja	O	21	30
	E	15,5	35,5
Nei	O	36	101
	E	41,5	95,5

χ^2 : 3,905 df: 1 p: 0,048

Hvorfor SSRI-bruk korrelerer med ECT-behandling, er uvisst.

Hjerte-/lunge-/karsykdom

De som hadde hjerte-/lunge-/karsykdom, fikk signifikant sjeldnere ECT-behandling under oppholdet.

		Hjerte-/lunge-/karsykdom	
ECT-behandling		Ja	Nei
Ja	O	7	44
	E	12,7	38,3
Nei	O	40	97
	E	34,3	102,8

χ^2 : 4,745 df: 1 p: 0,029

Hjerte-/lunge-/karsykdom kan være kontraindikasjon for ECT-behandling, enten for selve behandlingen eller risikoen ved anestesen, og de får følgelig signifikant sjeldnere ECT.

Søvnvansker

De som hadde tydelige søvnvansker, fikk signifikant oftere ECT-behandling under oppholdet.

		Søvnvansker	
ECT-behandling		Ja	Nei
Ja	O	27	24
	E	20,9	30,1
Nei	O	50	87
	E	56,1	80,9

χ^2 : 4,156 df: 1 p: 0,041

MEDIKAMENTER

TCA ved innkomst vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av TCA under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

TCA	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	21	4
E	8,6	16,4
Nei v/innskr. O	44	119
E	56,4	106,6

χ^2 : 31,139 df: 1 p: <0,001

SSRI ved innkomst vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant nedgang i bruk av SSRI under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

SSRI	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	23	34
E	13,9	43,1
Nei v/innskr. O	23	108
E	32,1	98,9

χ^2 : 11,166 df: 1 p: 0,001

MAO-hemmere ved innkomst vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant nedgang i bruk av MAOI under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

MAOI	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	3	8
E	0,4	10,6
Nei v/innskr. O	3	174
E	5,6	171,4

χ^2 : 21,929 df: 1 p: <0,001

→ Pga én E-verdi under 5, må vi bruke Fishers eksakt-test, denne gir en p-verdi på 0,003. Sammenhengen er følgelig signifikant.

Tolvon/Mianserin ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av Tolvon/Mianserin under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

Tol/Mia		Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr.	O	14	12
	E	5,1	20,9
Nei v/innskr.	O	23	139
	E	31,9	130,1

χ^2 : 22,280 df: 1 p: <0,001

Andre antidepressiva ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av andre antidepressiva under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

Andre antidepress.		Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr.	O	18	3
	E	6,6	14,4
Nei v/innskr.	O	41	126
	E	52,4	114,6

χ^2 : 32,407 df: 1 p: <0,001

1. generasjons antipsykotika ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av 1. generasjons antipsykotika under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

1.gen. AP		Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr.	O	31	23
	E	17,5	36,5
Nei v/innskr.	O	30	104
	E	43,5	90,5

χ^2 : 21,535 df: 1 p: <0,001

2. generasjons antipsykotika ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av 2. generasjons antipsykotika under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

2. gen. AP	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	5	5
E	1,3	8,7
Nei v/innskr. O	20	158
E	23,7	154,3

χ^2 : 12,340 df: 1 p: <0,001

Pga én E-verdi under 5, må vi bruke Fishers eksakt-test, som gir en p på 0,004, sammenhengen er følgelig signifikant.

Angstdempende ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant nedgang i bruk av angstdempende under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

Angstdempende	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	49	31
E	28,9	51,1
Nei v/innskr. O	19	89
E	39,1	68,9

χ^2 : 37,940 df: 1 p: <0,001

Sovemedisin ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av sovemedisin under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

Nyere antipsyk.	Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr. O	40	16
E	24,1	31,9
Nei v/innskr. O	41	91
E	56,9	75,1

χ^2 : 26,129 df: 1 p: <0,001

Stemningsstabiliserende ved inntak vs ved utskrivelse

Det var en statistisk signifikant økning av bruk av stemningsstabiliserende under behandlingsoppholdene.

Utskrivelse

Stemn. stabil.		Ja v/utskr.	Nei v/utskr.
Ja v/innskr.	O	6	2
	E	0,9	7,1
Nei v/innskr.	O	15	165
	E	20,1	159,9

χ^2 : 34,309 df: 1 p: <0,001

En forventet verdi er under 5, men ved bruk av Fishers eksakt-test, får vi en p-verdi på <0,001, altså er forskjellen signifikant.

6. DISKUSJON

Ett av hovedproblemene som denne undersøkelsen belyser, og som etter mitt syn ble noe av det viktigste med oppgaven, er hvor ofte jeg måtte krysse av for "ikke angitt" da jeg gjorde datainnsamlingen. Dette tyder på at man ikke er flinke nok til å ha struktur på anamneseopptakene, og det kan dermed virke som om man spør litt tilfeldig. For eksempel er det sjelden spurt om pasienten drikker alkohol, om det er depresjoner i nær familie, somatiske sykdommer/smerteproblematikk etc. Dette er svært sentrale variabler som skal og må være med i et standard anamneseopptak, og det er vanskelig å se noen god grunn til at dette er utelatt.

Noe av det oppgaven skulle belyse, var (i tillegg til selve beskrivelsen av pasientene) sammenhenger mellom forskjellige karakteristika. For eksempel tenkte vi å se på hva som predikerte suicidforsøk, men resultatene var få – kun selvmordtanker og konsentrasjonsproblemer korrelerte med suicidforsøk. Det å ha mistet foreldrene sine tidlig var noe vi kunne mistenke, men tallene var altfor små, og pekte dessuten mer i retning av at det å miste foreldrene sine før fylte 15 år beskyttet mot suicidforsøk. Det er tidligere vist at tap av mor før 11 års alder er en risikofaktor for depresjon i voksen alder, men ikke for depresjon som debuterer etter 65 års alder (23).

Det ble tidlig valgt ut noen parametre som skulle undersøkes særlig nøye: kjønn, suicidforsøk, vurdering av tilstand ved utskrivning, ECT-behandling, mistet foreldre, depresjoner i nær familie og debutalder for første depresjon.

Kjønn (s.11/16)

For kjønn hadde vi en del tanker om forskjeller mellom menn og kvinner, men det var lite å finne. Den mest åpenbare forskjellen var fordelingen: Det var 124 kvinner innlagt i perioden,

mens det bare var 64 menn innlagt i samme periode. At det var dobbelt så mange kvinner, var forventet (56,59). Det viste seg dessuten at det var en mye raskere inntredelsesmåte av depresjon hos menn.

Hvorfor kvinner oftere er deprimert, er man ikke sikker på, men man har tenkt at dette skyldes en større grad av psykologisk sårbarhet hos kvinner (22,57). I en studie av Lewinsohn i 1991 (22) ble det funnet en sammenheng mellom depresjon og følelse av misnøye med eget liv hos kvinner, men ikke hos menn. De eldre kvinnene reagerte med depresjon i større grad enn menn ved endring av livsrollemønster, på ekteskapskonflikter og på å få en somatisk sykdom. Høy insidens av postpartumdepresjon, sosiale faktorer (f.eks. misbruk i barndommen (53), lav selvfølelse) og kjønnsforskjeller i metabolismen av noradrenerge og serotonerge neurotransmittere (54,55) er regnet for å bidra til forskjellen. Man regner også med at det er en underrapportering og underdiagnostisering av depresjon hos menn.

Når man så sammenlikner deprimerte menn og deprimerte kvinner, er de stort sett like, som man kan lese av tabellene. Det eneste som skilte dem, var depresjonens inntredelsesmåte, at kvinner ofte hadde somatiske klager, og det at kvinner hadde noe bedre prognose når det gjaldt tilstand ved utskrivning. Sistnevnte sammenheng kan ha å gjøre med det at menn isolerer seg i høyere grad enn kvinner og har høyere terskel for å oppsøke helsevesenet. Depresjonen er følgelig mer langtkommet når de først kommer i kontakt med helsevesenet, og siden de da er sykere ved innkomst, vil de, med samme behandlingseffekt, være dårligere ved utskrivelse enn kvinner. Etersom det ikke er notert tilstand ved innskrivning, er det vanskelig å få klarhet i om dette virkelig er tilfelle.

Samlivsstatus (s.11)

Nesten 55% av pasientene var enten skilt, enke og enkemann eller enslig, mens bare 36,7% bodde alene.

Denne forskjellen skyldes at en del av de enslige bodde på eldreheim eller hos egne barn. Andelen aleneboende skiller seg ikke fra normalbefolkningen, se resultatdelen.

Mistet foreldre (s.12)

Vi hadde håpet å få mer ut av dette parameteret, men det var altså drøye 86% hvor det ikke var angitt noe om foreldrenes død. Antakelig er dette et uttrykk for at mange ikke har mistet foreldrene på et tidlig tidspunkt, men dette kan man ikke vite når det ikke er angitt i journalen.

Depresjonens inntredelsesmåte (s.11)

Kun 7,4% hadde et forløp hvor depresjonen kom i løpet av 14 dager, så et gradvis forløp er altså helt klart det vanligste. Her kom det også klart frem at det er menn som hyppigst har en rask utvikling av depresjon.

Somatisk sykdom (s.11)

25% hadde bekreftet hjertesykdom, 6,4% hadde bekreftet tidligere gjennomgått hjerneslag, 5,9% hadde kjent demenssykdom og 32,4% hadde en bekreftet smerteproblematikk. Generelt er risikoen for å utvikle depresjon i forbindelse med somatisk sykdom høyest rett etter diagnosetidspunktet, for så å avta over tid. En studie (63) viste en relativ risiko (sammenliknet med sammenlignbare, somatisk friske personer) for utvikling av depresjon på 3,6 like etter kreftdiagnostisering, 2,2 for kronisk lungesykdom og 1,5 for hjertesykdom.

Alkoholforbruk (s.12)

Nesten 28% var avholdsmennesker, 10% drakk i liten grad, 3,7% drakk moderate mengder, 1,6% drakk meget eller misbrukte alkohol. Hele 56,9% var registrert som "ikke angitt", noe som er en altfor stor andel - hvorfor det i liten grad spørres om dette, har jeg ikke klart å finne ut. Jeg har heller ikke klart å finne sammenlignbare data for normalbefolkningen hos Statistisk sentralbyrå, men 28% avholdsmennesker virker forholdsvis høyt.

Dessuten er det mulig at "ikke angitt" inneholder en høyere andel "avholdsmennesker" enn "høyt forbruk/misbruk". Blant de tilfellene hvor det faktisk er registrert mengde forbruk, utgjør til og med avholdsmenneskene 64,6%. Skulle "ikke angitt"-gruppen skjule tilsvarende fordeling, ville virkelig prosentandelen være skyhøy, men det får vi altså ikke vite.

Selv om det er en overhyppighet av depresjon og angst hos pasienter med alkoholmisbruk og -avhengighet (64), er det studier hvor man ikke finner sammenheng mellom depresjon og moderat forbruk av alkohol (65). Det er dessuten vist at ved avrusning går depresjonssymptomene gradvis tilbake (66).

Det er altså en klar sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykiske plager.

Medikamenter (s.12/23)

Et av de mest interessante funnene er oversikten over medikamentene ved henholdsvis inntak og utskrivelse. Oversikten viser blant annet en signifikant økning av bruk av trisykliske antidepressiva (TCA), fra 13% ved inntak til 35% ved utskrivelse. I tillegg gikk SSRI noe ned, mens Tolvon/Mianserin, og særlig gruppen "andre antidepressiva", gikk kraftig opp. Antipsykotikabruken økte også, i likhet med hypnotika og stemningsstabiliserende. Bruken av angstdempende ble redusert. Hvorfor TCA har økt og SSRI har gått ned, særlig i en periode hvor SSRI langt vei har overtatt for TCA, kan ha å gjøre med at allmennpraktikere har fått opplæring i SSRIs fordeler, men ettersom SSRI og andre antidepressiva ikke sjelden har dårlig behandlingseffekt, har kanskje spesialister ved sykehuset satt pasienten over på TCA for å forsøke noe annet. Med psykofarmaka som med andre medikamenter, har ofte allmennpraktikeren noen få preparater i hver medikamentgruppe han eller hun holder seg til, mens spesialistene benytter et større utvalg.

Paragrafvurdering (s.14)

Ifølge innleggelsene inkludert i studien, var 79,2% frivillige innleggelser, 16% var tvungen observasjon og 4,3% var tvungen behandling. 0,5% var ikke angitt. I en studie fra en akuttpost på Åsgård (69), var 50% frivillige, 30% var tvungen observasjon og 20% var tvungen behandling. Denne forskjellen viser ikke forskjellen mellom alderspsykiatrisk post og en akuttpost, men forskjellen på en selektert gruppe bestående av bare deprimerte, og en tilfeldig gruppe innlagt akutt på akuttpsykiatrisk post. Deprimerte er ofte innstilt på behandling, det er hovedsakelig med psykotisk depresjon at pasienten ikke legges inn frivillig.

Symptomer (s.13)

Oversikten over symptomatologien viser at konsentrasjonsvansker og selvbekreidelse er lite vanlig (henholdsvis 18 og 16%), dette stemmer med det som allerede er kjent - nemlig at disse symptomene er mye vanligere hos yngre (72).

Man bør også merke seg at tabellen viser at ikke alle opplever tristhet, og tristhet er nettopp oftere fraværende (atypisk depresjon) ved depresjon hos eldre sammenliknet med yngre. Et av problemene ved denne oversikten over symptomer er at man ikke nødvendigvis vet om legen har spurt spesifikt om selvmordstanker eller andre symptomer. Akkurat dette med manglende informasjon kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

Selvordstanker- og forsøk (s.17)

I 12,2% av tilfellene er det opplyst om tidligere selvmordsforsøk. Dette tallet er nok i realiteten høyere fordi det ikke spørres grundig nok om temaet samt det at en del pasienter antakelig ikke forteller om selvmordsforsøk uansett. Depresjon er vanligste bakenforliggende årsak til selvmord, med alkoholmisbruk på andreplass - man regner med at alkoholmisbruk er årsak i ca 25% av tilfellene (67). I en studie (60) ble det funnet en livstidsrisiko

for selvmord på 8,6% hos pasienter som hadde vært innlagt på psykiatrisk avdeling med suicidalitet, 4% hos pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling uten suicidalitet, 2,2% hos ikke-innlagte pasienter behandlet for psykiatrisk sykdom og mindre enn 0,5% i den generelle befolkningen. Det er samtidig estimert (61,62) at for hvert fullførte selvmord, er det 10-25 selvmordsforsøk.

Det at vi nå har vist at symptomet nedsatt initiativ (se tabeller i appendiks 1) gir mindre sjanse for selvmordstanker, er ikke uventet. Dette er en viktig grunn til at man ved oppstarten av antidepressiva har en økt fare for selvmordsforsøk ettersom man får initiativet tilbake tidlig, mens man fremdeles er deprimert (24,25). Det var blant annet mange medieoppslag om dette i fjor, hvor pressen skrev at det er farlig med antidepressiva. Det blir også antydnet at selvbebreidelse øker faren for selvmordsforsøk. Det er ikke vanskelig å tenke seg at det å bebreide seg selv - å være skuffet og sint på seg selv - øker sjansen for at en kommer til å skade eller ta livet av seg selv, uten at jeg har kunnet gjenfinne slike funn i vitenskapelige artikler. Det er også interessant at konsentrasjonsproblemer gir statistisk signifikant økt sjanse for både selvmordstanker og selvmordsforsøk, dette har jeg heller ikke funnet noen årsak til.

Til sist ble det også antydnet en sammenheng mellom psykose og selvmordsforsøk, noe som nok kan tilskrives at man er lite tilregnelig som psykotisk, og dermed kan gjøre noe så drastisk. Vanlige risikofaktorer for selvmordsforsøk er, i tillegg til psykiatriske lidelser, håpløshet og impulsivitet (26-29), tidligere selvmordsforsøk / -trusler (30,31), alder (høy alder predikerer selvmord, lav alder og tenåringer predikerer selvmordsforsøk), kjønn (menn utfører oftere selvmord, kvinner utfører oftere selvmordsforsøk) og rase (i USA: høyere prevalens av selvmord blant hvite enn afroamerikanere) (32-36), sivilstand (høyere sjanse for selvmord blant skilte, separerte, de som aldri har vært gift og voksne menn mellom 25 og 39 år som bor hjemme hos

sine egne foreldre) (37,38), arbeid (arbeidsløshet og høyansvarsposisjoner medfører begge økt risiko for selvmord, blant annet er det høy selvmordsrate blant kvinnelige leger) (39-41), helse (42-44), misbruk og andre alvorlige hendelser i barndom (45,46), familiehistorie/genetikk (47-50), antidepressiva (24,25) og andre, blant annet tilgang til våpen (51). Det har også blitt vist i en systematisk oversikt (52) at 41% av de som begikk selvmord hadde vært innlagt på psykiatrisk institusjon det siste året og at så mange som 9% of selvmordene skjedde innen første døgn etter utskrivning fra psykiatrisk institusjon.

Prediktorene for suicid regnes for å være lite pålitelige (58). I artikkelen jeg her henviser til (58), nevnes dessuten hyperaktiv hypotalamus-hypofyse-adrenal-akse og deficit i serotoninfunksjonen, som prediktorer for suicidalitet ved depresjon, men dette brukes jo ikke i den kliniske hverdagen.

En annen ting en må ha i minne når det gjelder dødstanker, er at eldre mennesker generelt tenker mer på døden enn yngre, noe som gjenspeiler seg i at deprimerte eldre tenker hyppig på døden uten at de dermed har selvmordstanker.

Vurdering av tilstand ved utskrivning (s.14/18)

Oversikten over vurdering av tilstanden ved utskrivning, var i det hele tatt gledelig, med nesten 45% som ble beskrevet som helt friske, og til sammen 89% som enten ble helt friske eller hadde noen restsymptomer. I tillegg kom det frem at både psykotiske pasienter og kvinner har noe bedre prognose. Antakelig har vi bedre medikamentell behandling av psykoser enn av depresjoner, men bakenforliggende årsak til denne forskjellen, har vi ikke funnet. Grunnen til kjønnsforskjellen, er diskutert under Kjønn.

ECT og vurdering av tilstand (s. 14/22)

Pasienter som fikk ECT-behandling hadde altså en ikke-signifikant økt sjanse for å bli beskrevet som helt frisk ved utskrivning. Dette er et svært godt resultat, ikke minst tatt i betraktning at ECT-behandling gjerne gis til de man regner som behandlingsresistente.

Årstid for innleggelse (s.14/21)

Det var en signifikant forskjell på distribusjonen av innleggelser utover året, med klart flest om vinteren (antall: 65), og færrest om høsten (antall: 32). Forventet verdi av innleggelser i hver årstid var 47, og om sommeren og våren var observert verdi henholdsvis 47 og 44. Hvorfor det er en slik distribusjon, er ikke godt å si, det er fra før av vist at depresjoner hyppigst inntreffer om våren og om høsten(73).

En Tromsøstudie (70), som kun så på månedene november til og med februar, viste signifikant færre tilfeller av symptomene depresjon, dårlig mestring og søvnløshet i februar og signifikant flere tilfeller av de samme symptomene i desember.

I tillegg var det et signifikant lavere forbruk av sovemedisin om sommeren og høsten. En Tromsøstudie (71) viste at søvnløshet er vanligst midtvinters, særlig blant kvinner.

7. KONKLUSJON

Det er et tydelig behov for å strukturere innkomstjournalene bedre på Alderspsykiatrisk post. Mange sentrale variabler som er selvfølgelig både å spørre og å skriftlig opplyse om, har vært fraværende, og dette har gjort arbeidet vanskelig.

Dette hindret dog ikke et behandlingsmessig godt resultat; når det gjaldt vurdering av tilstand ved utskrivning, var vi særdeles fornøyde, med en svært høy andel helt friske eller med noen restsymptomer. Det som predikerte godt utfall, var at man var kvinne, at man var psykotisk ved innkomst og (selv om det ikke var signifikant) at man fikk ECT-behandling.

Sistnevnte behandling blir særlig gitt til behandlingsresistente pasienter, og det gjør resultatet særlig godt.

8. Referanser

1. ICD-10, international classification of diseases, 10th edition. WHO, Geneva, 1990.
2. Alv A. Dahl, Leo Eitinger, Ulrik Fr. Malt, Nils Retterstøl, Lærebok i psykiatri. Oslo, Gyldendal forlag, 2000.
3. Newman JP. Aging and depression. *Psychology aging* 1989; 4: 150-65
4. Myers JK, Weissman MM, Tischler JL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch. Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-67
5. Blazer DG, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987; 27: 281-7
6. Lin N, Dean A, Ensel W, eds. *Social support, life events and depression*. New York: Academic press, 1986.
7. Antonucci TC. Personal characteristics, social support and social behaviour. In Binstock RH, Shanas E, eds. *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985:103
8. Gurland B, Copeland J, Kuriansky J, Kelleher M, Sharp EL, Dean LL. *The mind and mood of aging: mental health problems of the community elderly in New York and London*. New York: Haworth press, 1983.
9. Berkman LF, Berkman CS, Kasl S, Freeman DH, Leo L, Ostfeld A et al. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J epidemiol* 1986; 124: 372-88
10. Frerichs RR, Aneshensel CS, Clark VA. Prevalence of depression in Los Angeles County. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 691-9
11. Cornoni-Huntley J, Brock DB, Ostfeld AM, Taylor JO, Wallace RB, Lafferty ME, eds. *Established populations for epidemiologic studies of the elderly: resource data book*. NIH Publication No. 86-2443. Washington, DC: National Institute on aging, 1986
12. Dan Blazer, Bruce Burchett et al. The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of gerontology: medical sciences* 1991, vol. 46, No.6, M210-215
13. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C, Winsniewski W, Metz H, Bijur P. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 220-5
14. Knut Engedal. *Urunde hjul - alderspsykiatri i praksis*, s. 97. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
15. Knut Engedal. *Urunde hjul - alderspsykiatri i praksis*, s. 103. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
16. Rosenvinge Berit H. og Jan H., Forekomst av depresjon hos eldre - systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 - 2001, *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 989-9
17. Depression in the general hospital setting. In *J Geriat Psychiatry* 1991; 6: 363-70
18. Berentsen V, Schirmer H. *Depresjon blant geriatriske pasienter*. Sem: Info-banken, 1995.
19. Knut Engedal. *Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis*, s. 117. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
20. Murphy: The prognosis of depression in old age, *Brit. J. Psychiat.* (1983), 142, 111-119:
21. Knut Engedal. *Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis*, s. 118. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.

22. Knut Engedal. Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis, s. 106. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
23. Knut Engedal. Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis, s. 109. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
24. Healy, D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom* 2003; 72:71.
25. Jick, H, Kaye, JA, Jick, SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004; 292:338.
26. Beck, AT, Steer, RA, Beck, JS, Newman, CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:139.
27. Szanto, K, Reynolds CF, 3rd, Conwell, Y, et al. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1401.
28. Dieserud, G, Roysamb, E, Ekeberg, O, Kraft, P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:153.
29. Welte, JW, Abel, EL, Wiczorek, W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Rep* 1988; 103:648.
30. Pokorny, AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: A report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249.
31. Hawton, K. Suicide and attempted suicide. In: *Handbook of Affective Disorders*, 2nd ed, Pankel, ES (Ed), Guilford, New York 1992. p. 635.
32. Dorward, RA, Chartock, L. Suicide: A public health perspective. In: *Suicide: Understanding and Responding*. Jacobs, D, Brown, HN, (Eds). International Universities Press, Madison, 1989, p. 31.
33. Spicer, RS, Miller, TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000; 90:1885.
34. O'Connell, H, Chin, AV, Cunningham, C, Lawlor, BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004; 329:895.
35. *Psychiatric Emergencies*. In: Kaplan and Sadock. *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed, Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA (Eds), Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, p. 803.
36. Miller, M, Azrael, D, Hemenway, D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Ann Emerg Med* 2004; 43:723.
37. Monk, M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987; 9:51.
38. Heikkinen, ME, Isometsa, ET, Marttunen, MJ, et al. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995; 167:747.
39. Platt, S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1984; 19:93.
40. Stack, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:145.
41. Schernhammer, ES, Colditz, GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295.
42. Kontaxakis, VP, Christodoulou, GN, Mavreas, VG, et al. Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychother Psychosom* 1988; 50:201.
43. Juurlink, DN, Herrmann, N, Szalai, JP, et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164:1179.
44. Dannenberg, AL, McNeil, JG, Brundage, JF, Brookmeyer, R. Suicide and HIV infection: Mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *JAMA* 1996; 276:1743.

45. Brodsky, BS, Oquendo, M, Ellis, SP, et al. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1871.
46. Dube, SR, Anda, RF, Felitti, VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286:3089.
47. Egeland, JA, Sussex, JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254:915.
48. Qin, P, Agerbo, E, Bo Mortensen, P. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360:1126.
49. Roy, A, Segal, NL, Centerwall, BS, Robinette, CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:29.
50. Agerbo, E. Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ* 2003; 327:1025.
51. Helmkamp, JC. Occupation and suicide among males in the US armed forces. *Ann Epidemiol* 1996; 6:83.
52. Pirkis, J, Burgess, P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998; 173:462.
53. Wise, LA, Zierler, S, Krieger, N, Harlow, BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *Lancet* 2001; 358:881.
54. Meagher, D, Murray, D. Depression. *Lancet* 1997; 349 Suppl 1:s117.
55. Halbreich, U, Lumley, LA. The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance. *J Affect Disord* 1993; 29:159.
56. Hasin, DS, Goodwin, RD, Stinson, FS, Grant, BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1097.
57. Eberhart NK et al. Understanding the sex difference in vulnerability of adolescent depression: An examination of child and parent characteristics, *J Abnorm Child Psychol*. 2006 Jul 15
58. Coryell WH, Clinical assessment of suicide risk in depressive disorder, *CNS Spectr.*, 2006 Jun; 11(6): 137-42
59. Glassmann AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S, Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study, *The Lancet* 2001; 357: 1929-1932
60. Bostwick, JM, Pankratz, VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1925.
61. Reducing suicide: A national imperative. Goldsmith, SK, Pellmar, TC, Kleinman, AM, Bunney, WE (Eds). Institute of Medicine National Academies Press, Washington, 2002.
62. Hirschfeld, RM, Russell, JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.
63. Polsky, D, Doshi, JA, Marcus, S, et al. Long-term Risk for Depressive Symptoms After a Medical Diagnosis. *Arch Intern Med* 2005; 165:1260.
64. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. Relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 149 - 71.
65. Wang J, Patten SB. Prospective study of frequent heavy alcohol use and the risk of major depression in the Canadian general population. *Depress Anxiety* 2002; 15: 42 - 5.

66. Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol* 1988; 49: 412 - 7.
67. Skjøtskift S, Alkohol som medvirkende faktor i noen vanlige kliniske situasjoner *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 185-7
68. Knut Engedal. *Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis*, s. 119. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
69. Deraas et al. Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 41.
70. Hansen V, Jacobsen BK, Husby R. Mental distress during winter. An epidemiologic study of 7759 adults north of the Arctic Circle. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 137-141
71. Husby R, Lingjærde O. Prevalence of reported sleeplessness in northern Norway, in relation to sex, age and season. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 83: 542-47
72. Grønli O. Personlig meddelelse. Tromsø, 2006.
73. Hansen V. Personlig meddelelse. Tromsø, 2006.

9. APPENDIKS

1) Tabeller

Depresjoner i nær familie

Ja	:	26	(13,8%)
Nei	:	18	(9,6%)
Ikke angitt	:	144	(76,6%)
Totalt	:	188	(100%)

Tidligere suicidforsøk

Ja	:	23	(12,2%)
Ikke angitt	:	165	(87,8%)
Totalt	:	188	(100%)

Suicidforsøk omfatter journalførte tilfeller av tidligere suicidforsøk, og trengte ikke å være direkte forutgående for innleggelsen.

Antall tidligere depresjonsinnleggelses ved Alderspsykiatrisk post

Ingen	:	124	(66%)
1	:	29	(15,4%)
2	:	11	(5,9%)
>2	:	24	(12,8%)
Totalt	:	188	(100%)

Debutalder for første depresjon

20 - 29 år	:	18	(9,6%)
30 - 39 år	:	24	(12,8%)
40 - 49 år	:	20	(10,6%)
50 - 59 år	:	22	(11,7%)
60 - 69 år	:	52	(27,7%)
Over 70 år	:	49	(26,1%)
Ikke angitt	:	3	(1,6%)
Totalt	:	188	(100%)

Mulig årsak: somatisk sykdom (antydnet i journal)

Ja	:	47	(25%)
Ikke angitt	:	141	(75%)
Totalt	:	188	(100%)

Mulig årsak: familiære forhold (antydnet i journal)

Ja	:	48	(25,5%)
Ikke angitt	:	140	(74,5%)
Totalt	:	188	(100%)

Familiære forhold omfatter sykdom i familie, konflikter eller stress i familien, rusmisbruk hos barn eller uttalte bekymringer for egne barn og tap av nære familiemedlemmer.

Mulig årsak: annen årsak (antydnet i journal)

Ja	:	26	(13,8%)
Ikke angitt	:	162	(86,2%)
Totalt	:	188	(100%)

Andre årsaker omfatter bl.a. brann, tap av eiendeler, økonomisk ruin og bekymringer, det å flytte, jobbproblemer etc.

SYMPTOM	JA	I.A.	I ALT
Nedsatt initiativ	104 (55%)	84 (45%)	188(100%)
Nedsatt matlyst	83 (44%)	105 (56%)	188(100%)
Red. interesse for omgivelsene	48 (26%)	140 (74%)	188(100%)

Selvmordstanker (S.T.) vs. Nedsatt initiativ

De som hadde nedsatt initiativ, hadde signifikant sjeldnere selvmordstanker.

Nedsatt initiativ

		Ja	Nei
S.T. Ja	O	25	36
	E	33,7	27,3
S.T. Nei	O	79	48
	E	70,3	56,7

χ^2 : 7,508

df: 1

p: 0,006

2) REGISTRERINGSSKJEMA

Nov/Des-04

ID-nr.:

Kjønn:

Fødeår:

Før 1900.....

1900 – 1904.....

1905 – 1909.....

1910 – 1914.....

1915 – 1919.....

1920 – 1924.....

1925 – 1929.....

1930 – 1934.....

1935 – 1939.....

1940 –

Familie/sosialt:

Bor alene: Ja.....

Nei.....

I.A.....

Samlivsstatus: Gift

Samboer.....

Kjæreste.....

Skilt.....

Enke-/mann.....

Enslig.....

Depresjoner i nær familie:

Ja.....

Nei.....

I.A.....

Mistet foreldre:

Før fylte 15 år.....

Etter fylte 15 år.....

Nei/som voksen.....

I.A.....

Annet:

Depresjonens inntredelsesmåte:

Akutt..... (innen 2 uker)

Gradvis.....

Ant. tidligere depresjonsinnleggelse:

Ingen.....

1.....

2.....

>2.....

Debutalder for første depresjon:

20 – 29 år.....

30 – 39 år.....

40 – 49 år.....

50 – 59 år.....

60 – 69 år.....

Over 70 år.....

Mulig utløsende årsak (antydning i journal)

Somatisk sykdom.....

Fam. forhold.....

Annen årsak.....

Ingen klar årsak.....

Ikke angitt.....

Medikamenter ved innskriving:

Somatisk sykdom: (Tidsperspektiv:)

- Hjerte-/lunge-/kar.....
- Stoffskiftesykdom.....
- Tidligere hjerneslag.....
- Annen alvorlig sykdom.....
- Demenssykdom.....
- Parkinsons sykdom.....
- Smerteproblematikk - ja.....
- nei.....
- usikkert.....
- I.A.....

Røyker? J..... N.... I.A.....

Alkoholforbruk:

- Avhold.....
- I liten grad.....
- Moderat.....
- Meget/misbruk.....
- I.A.....

Mest fremtredende depresjonssymptomer:

Angst	
Konsentrasjonsvansker	
Nedsatt initiativ	
Nedsatt matlyst	
Red. interesse for omgivelsene	
Selvbebreidelse	
Selv mordstanker	
Somatiske klager	
Søvnvansker	
Tristhet	

Psykose: J..... N.....

Andre psykiatriske diagnoser:

.....

.....

.....

Suicidforsøk (m. tidsangivelse):.....

Paragraf:

- Innsøkt:..... - Tatt imot:.....
- frivillig..... (pgf. 4.1/4.2 før år 2000, pgf. 2.1 etter år 2000)

Behandling samt oppfølging:

Årstall og årstid for innleggelse:

Lengde på innleggelse:

Ant. måneder siden sist innleggelse.....

Diagnose:.....

.....

.....

ECT-behandling:

Ja..... (→ Antall: _____)

Nei.....

Plan for oppfølging:

Voksenpsykiatrisk poliklinikk:	J.....N.....
Psykiatrisk hjemmetjeneste:	J.....N.....
Hjemmetjeneste:	J.....N.....
Organisert form for aktivisering:	
Hvor lenge skal pasienten bruke medikamentene som er skrevet ut:	
	Ikke angitt:

Vurdering av tilstand ved utskrivning: Helt frisk.....
Noen restsymptomer.....
Ingen bedring.....
Ikke angitt.....

Medikamenter ved utskrivning:

Faste:	Ved behov:

3) Konvertering av ICD-9 til ICD-10

ICD-9		ICD-10
296.1, 296.10 og 296.12	=	F32.1
296.13	=	F32.2
296.14	=	F32.3
296.16	=	F33.4
296.3, 296.30 og 296.32	=	F31.3
296.33	=	F31.4
296.34	=	F31.5
296.36	=	F31.7
300.4 og 300.40	=	F34.1
309.1	=	F43.2
311.0	=	F32.9

4) Definisjon av de forskjellige ICD-10-kodene

Diagnose	
F31.3	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode mild eller moderat depresjon
F31.4	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon ten psykotiske symptomer
F31.5	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer
F31.6	Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode blandet
F31.8	Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser
F32.0	Mild depressiv episode
F32.1	Moderat depressiv episode
F32.2	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer
F32.3	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer
F32.8	Andre spesifiserte depressive episoder (inkluderer atypisk depresjon og enkeltstående episoder av "maskert" depresjon INA
F32.9	Uspesifisert depressiv episode
F33.0	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild
F33.1	Tilbakevendende depressive lidelse, aktuell episode moderat
F33.2	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer
F33.3	Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer
F33.4	Tilbakevendende depressiv lidelse, i remisjon
F34.1	Dystymi
F43.2	Tilpasningsforstyrrelser (inkluderer kultursjokk og sorgreaksjon)