

Sambandet mellan fysisk sjukdom och suicid hos äldre

Ved Margda Wærn

I takt med att allt fler uppnår hög ålder förväntas antalet självmord stiga. En förutsättning för prevention av självmord hos äldre är en ökad förståelse kring varför äldre människor tar sina liv. Kroppslig sjukdom kan leda till funktionsnedsättning, autonomiförlust, och suidialitet. Denna artikel behandlar sambandet mellan fysisk sjukdom och suicid hos äldre. Resultat från några lovande interventionsstudier presenteras.

Bakgrund

Äldre har höga självmordstal i de flesta industriländer. Eftersom den äldre befolkningen växer förväntas suicid att rankas som nummer tio bland de vanligaste dödsorsakerna i världen år 2020 (Murray & Lopez 1997). De nordiska länderna har på senare år utvecklat nationella program för självmordsprevention. Man noterar att de äldre utgör en eftersatt riskgrupp. En förutsättning för prevention av självmord hos denna åldersgrupp är en ökad förståelse kring varför äldre människor tar sina liv.

Att depression utgör en mycket kraftig riskfaktor för självmord bland äldre är välbekant (för en färsk översikt se O'Connell et al. 2004). Det har till och med uppskattats att 74 % av den allvarliga suicidaliteten hos äldre skulle försvinna om depressionerna behandlades framgångsrikt (Beautrais 2002). Men hos många äldre kompliceras bilden av att det samtidigt förekommer depression och handikappande kroppslig sjukdom. Utgör fysisk sjukdom en oberoende riskfaktor för suicid hos äldre? Vi sökte svar på denna fråga när vi la upp vår studie kring självmord bland äldre. Studien, som ägde rum i Väst-sverige, var den första i sitt slag. Även kontroller från befolkningen deltog, vilket gjorde det möjligt för oss att uppskatta självmordsrisk vid olika typer av fysiska sjukdomar.

Självmord bland äldre i Västsverige: en fall-kontrollstudie

Etthundra fall av självmord bland äldre individer i Västsverige granskades. Anhöriga till 85 fall (46 män, 39 kvinnor) accepterade att delta i intervjuundersökningen. Suididfallen var i åldrarna 65–97 år med medianålder 75 år. Anhörigintervjuerna utfördes av en psykiater och följdes upp av en telefonintervju med en socionom. Genom intervjuerna har vi försökt att skapa en bild av hur livssituationen gestaltade sig under tiden

före döden. Intervjun inkluderade bland annat frågor kring individens kroppsliga och psykiska hälsa, sjukvårdskontakter, medicinering och social situation.

Kontrollgruppen hade samma sammansättning som självmordsgruppen beträffande kön, födelseår och bostadsort. Av 234 tillfrågade tackade 153 kontrollpersoner ja till undersökningen. Individerna i kontrollgruppen intervjuades i hemmet, med samma intervjuprotokoll som ovan.

Hur kan man få ett mått på fysisk sjukdomsbörda?

Intervjudata för både fallen och kontrollpersonerna kompletterades med information från sjukvårdsjournaler, och individens hälsa skattades enligt Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics (CIRS-G), en skala specialdesignad

att mäta sjukdomsbörda hos äldre personer (Miller et al. 1992). Skalan ger operationaliserade mått på sjukdomsgrad (0–4) för 13 somatiska organsystem. I vår studie definierades allvarlig fysisk sjukdom som en 3 (allvarliga symtom/signifikant funktionsnedsättning) eller 4 (mycket allvarliga symtom/mycket allvarlig funktionsnedsättning) i någon organkategori. Vi räknade också fram total sjukdomsbörda.

Fysisk sjukdom var en oberoende riskfaktor

Som framgår av Tabell 1 var neurologiska sjukdom och ögon, öron, näsa, hals problem vanligare hos självmordsgruppen än hos kontrollgruppen. Cancersjukdom (i vilken organkategori som helst) gav en tredubblad risk för självmord.

Tabell 1.

Allvarlig fysisk sjukdom/funktionsnedsättning * hos 85 äldre suicidfall (46 män, 39 kvinnor) och 153 kontroller (84 män, 69 kvinnor). Sex- och åldersjusterade odds ratio (OR) och 95 % konfidensintervaller (KI).

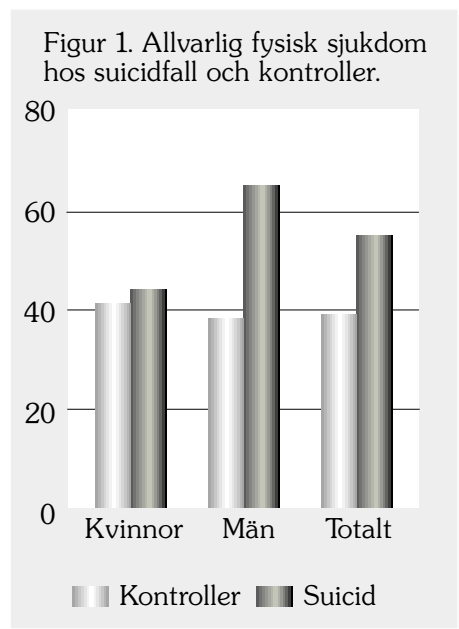
Organ Kategori	Suicidfall		Kontroller			
	n	(%)	n	(%)	OR	(95% KI)
Hjärta	8	(9.4)	15	(9.8)	1.0	(0.4-2.5)
Kärl	4	(4.7)	6	(3.9)	1.1	(0.3-4.0)
Blod	1	(1.2)	1	(0.7)	3.2	(0.2-53.9)
Lungor	2	(2.4)	5	(3.3)	0.7	(0.1-3.5)
Ögon, öron, näsa, hals	15	(17.6)	9	(5.9)	6.6	(2.4-17.9)
Synnedsättning	12	(14.1)	6	(3.9)	7.0	(2.3-21.4)
Övre magtarmkanal	2	(2.4)	1	(0.7)	6.4	(0.5-79.2)
Nedre magtarmkanal	4	(4.7)	4	(2.6)	3.3	(0.7-14.8)
Njurar	1	(1.2)	1	(0.7)	2.2	(0.1-39.7)
Urogenitalt	8	(9.4)	10	(6.5)	3.0	(1.0-9.0)
Muskel/skelett	12	(14.1)	24	(15.7)	1.6	(0.7-3.9)
Endokrint/metabolt	6	(7.1)	3	(2.0)	2.7	(0.6-11.4)
Neurologi	15	(17.6)	10	(6.5)	3.8	(1.5-9.4)
Stroke	9	(10.6)	7	(4.6)	2.8	(1.0-8.3)
Cancer**	9	(10.6)	8	(5.2)	3.4	(1.2-9.8)

* Svårighetsgrad 3 eller 4 enligt Cumulative Illness Rating Scale - Geriatrics.

** Cancer i någon av organkategorierna ovan.

Tabellen ble opprinnelig publisert i BMJ (Waern et al., 2002).

Någon form av allvarlig fysisk sjukdom konstaterades hos 55% av självmordsfallen (Figur 1). För individerna i kontrollgruppen var andelen 39%. Allvarlig kroppslig sjukdom var associerat med en trefaldig ökning av suicidrisk. Fysisk sjukdom kvarstod som riskfaktor för suicid, även efter justering för depression (Waern et al. 2002).



När data för kvinnor och män analyserades för sig så visade det sig att allvarlig somatisk sjukdom var en riskfaktor för män, men inte för kvinnor. Hög total sjukdomsburda (summan av skattningar på samtliga organkategorier > 10) var också associerat med suicid hos män (Waern et al. 2002). Det är dock möjligt att dessa könsskillnader endast var skenbara eftersom antalet kvinnor i studien var relativt litet.

Vad säger fall-kontrollstudier från andra länder?

Conwell och kollegor jämförde förekomsten av fysisk sjukdom hos suicidfall (60+) och kontrollpersoner som sökt primärvård (Conwell et al 2000). Femtiofem procent av självmordsfallen hade någon allvarlig fysisk sjukdom, en siffra mycket snarlik den rapporterade från vår egen studie (55%). Allvarlig fysisk sjukdom fanns endast hos 16% av personerna i kontrollgruppen. Studien kunde dock inte klargöra huruvida fysisk sjukdom ut-

gjorde en oberoende riskfaktor. En senare studie, från samma geografisk område visade att fysisk sjukdom var kopplad till ökad risk för suicid, och risken kvarstod även efter man tagit hänsyn till förekomsten av psykiska sjukdomar (Duberstein et al 2004). Det finns dock en fall-kontrollstudie som inte fann någon ökning av suicid bland äldre personer med fysisk sjukdom (Beautrais 2002). Andelen av suicidfallen med allvarlig fysisk sjukdom i denna studie från Nya Zeeland var endast 26%. En möjlig förklaring kan vara den relativt unga åldern hos fallen (55 år och uppåt).

Registerdata bekräftar risken med fysisk sjukdom

Behov av sjukhusvård kan ses som en sjukdomsindikator. Erlangsen och kollegor studerade Danmarks nationella patientregister och konstaterade att sjukhusvård för somatiska diagnoser var associerat med ökad suicidrisk (Erlangsen et al. 2003). Nästan två tredjedelar av de äldsta (80+) som suiciderade hade legat inne för somatisk vård under två-årsperioden som föregick självmordet.

Ett annat sätt att studera sjukdomsburda hos olika grupper är att studera deras läkemedelsförbrukning. I Canada registreras samtliga recept på individnivå, varför man där kan använda receptförskrivningsdata som sjukdomsindikator. Juurlink och kollegor (Juurlink et al. 2004) identifierade 17 olika läkemedel som kunde betraktas som markörer för specifika sjukdomstillstånd. Som ett exempel, om en person hade fått recept för inhalationsbehandling med steroider, drog man slutsatsen att personen led av kronisk lungsjukdom. Efter genomgång av recept utskrivna till 1329 suicidfall och 5315 befolkningskontroller konstaterade man att behandling mot kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt, urininkontinens, epilepsi och smärta var samtliga associerade med självmord. Vidare konstaterade forskargruppen att ju flera läkemedel, desto högre var risken för självmord.

Frågar läkare efter suicidalitet?

Genom olika typer av forskningsansatser har man således fått fram otvetydigt bevis på att fysisk sjukdom ökar risken för suicid hos äldre. Men frågar läkare efter suicidalitet när äldre söker för fysiska krämpor? En genomgång av journalhandlingar inom ramen för den västsvenska studien visade att endast en tredjedel av självmordsfallen hade förmedlat någon form av suicidalitet till sin doktor under året som föregick suicidet (Waern et al. 1999). Det var ovanligt att frågor om dödsönskan och självmordstankar togs upp under konsultationer med patienter som led av allvarlig kroppslig sjukdom eller syn-, hörsel- eller rörelsehandikapp. Det finns således ett behov av interventioner som syftar till identifiera och behandla fysiskt sjuka äldre med suicidtankar. Ett par lovande exempel redovisas nedan.

En primärvårdsintervention för äldre

Syftet med PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial) var att minska förekomsten av riskfaktorer för självmord hos personer 60 år och äldre (Bruce et al. 2004). Tjugo primärvårdsmottagningar i östra USA deltog i studien. Hälften randomiserades till en intervention bestående av två komponenter: 1) en klinisk algoritm för behandling av äldre depressioner, med ett SSRI som förstahandsmedel, och 2) en "depression care manager". Den andra hälften fick sedvanlig vård. Med stöd av psykiater följde denna specialutbildade kurator/sjuksköterska/psykolog patienten med avseende på symtom, biverkningar och komplians. Patienter som avböjde läkemedelsbehandling erbjöds interpersonell psykoterapi.

Genom screening av ett slumpmässigt urval av patienterna kunde de med depressionssymtom identifieras. Därefter rekryterades 598 patienter med klinisk signifikant depression. Suicidalitet skattades med Beck's Suicidal Ideation Scale och depressionsgraden med Hamilton Depression Rating Scale (HRDS) initialt samt vid 4, 8 och 12 månader.

Interventionsgruppen förbättrades snabbare än de som erhöll sedvanlig vård. Vid 8 månader hade suicidaliteten minskat med 71 % hos interventionspatienterna och med 44 % hos kontrollgruppen. Även depressionsgraden minskade snabbare hos interventionsgruppen. En kommande publikation skall fokusera på bl.a. hälsoekonomiska aspekter. Redan nu antyder fynden att "depressionsspecialister" kan förbättra vården av äldre som tappat livsnistan.

En psykosocial intervention

Ett interventionsprojekt som ägt rum i norra Italien har uppmärksammats. Syftet var inte direkt att minsta antalet självmord i området utan att bryta isolering hos somatiskt sjuka, funktionshindrade äldre (De Leo et al. 2002). Interventionen består av två delar: dels kontakt två gånger per vecka via en telefonhjälpelinje (Telecheck) och dels en dygnetrunt alarmtjänst (Telehelp). I en utvärdering jämfördes förekomst av självmord bland 18 641 Telecheck/Telehelp användare med förekomsten hos befolkningen i ett annat område som saknade interventionen. Färre självmord registrerades i interventionsområdet. Liksom vid Gotlandsprojektet minskade självmord mer bland kvinnor än bland män under projekt-tiden.

Konklusion

Fysisk sjukdom är kopplade till en ökad risk för självmord hos äldre. Möjligtvis är kopplingen starkare för män än för kvinnor. Mer forskning behövs för att belysa detta och för att få fram interventioner som kan minska suicidalitet hos äldre vars liv och livslust begränsas av somatiska åkommor.



Margda Wærn är psykiater och docent vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Hon disputerade 2000 med avhandlingen *Suicide in Late Life*.

Aktuella forskningsprojekt inkluderar riskfaktorer för suicidförsök hos äldre, prediktorer av behandlingsresistent suicidalitet, samt projektet kvinnor, alcohol och suicidalitet.

Referenser

Beautrais A. **A case control study of suicide and attempted suicide in older adults.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002; 32(1):1-9.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. **Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial.** *Journal of the American Medical Association* 2004; 291:1081-91.

Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine E. **Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study.** *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:23-29.

De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. **Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy.** *British Journal of Psychiatry* 2002;181:226-9.

Duberstein P, Conwell Y, Conner KR et al. **Suicide at 50 years and older: perceived physical illness, family discord and financial strain.** *Psychological Medicine* 2004;34:137-146.

Erlangsen A, Vach W, Jeune B. **The impact of hospitalisation with somatic diagnoses on the suicide risk among the oldest old: a population-based register study.** In: *Disparities in Suicide among the old and oldest old in Denmark* (PhD thesis). Odense: University of Southern Denmark, 2003.

Juurlink DN, Hermann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. **Medical illness and the risk of suicide in the elderly.** *Archives of Internal Medicine* 2004;164:1171-2.

Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, Mulsant B, Reynolds CF, 3rd. **Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale.** *Psychiatry Research* 1992;41: 237-248.

Murray CJ, Lopez AD. **Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study.** *Lancet* 1997; 349:1498-504.

O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. **Recent developments: Suicide in older people.** *British Medical Journal* 2004;329:895-899.

Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. **Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide.** *Lancet* 1999;354:917-918.

Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. **Illness burden in elderly suicides: A controlled study.** *British Medical Journal* 2002;324:1355-1358.

ILLUSTRASJON: JORIT TELLERVO

