

Psykosociale langtidsfølger efter apopleksi: en populationsbaseret undersøgelse – sekundærpublikation

Lektor Tom W. Teasdale & forskningskonsulent Aase W. Engberg

Københavns Universitet, Institut for Psykologi, og Hvidovre Hospital, Afdeling for Neurorehabilitering

Resume

Formålet var at undersøge psykosociale forhold blandt nationalt repræsentative grupper af langtidsoverlevende apopleksipatienter. Grupper af overlevende efter apopleksi indtruffet henholdsvis fem år, ti år og 15 år tidligere fik tilsendt to helbredsrelaterede spørgeskemaer. Ved udskrivelsen blev der generelt fundet en forholdsvis lav til moderat forekomst af fysiske følger og afasi. Alligevel var der ved opfølgningen en del psykosociale følger, som syntes at være stabile og kroniske. Den stærkeste prædiktør for senere livskvalitet var Rankin-score, der afspejler funktionsevnen ved udskrivelsen.

Trods fortsat betydelig mortalitet må antallet af langtidsoverlevende efter apopleksi forventes at stige i en befolkning med en stigende andel af ældre [1]. Formålet med dette arbejde var at udvælge en repræsentativ gruppe af patienter i Danmark, som havde overlevet fem år, ti år eller 15 år efter debut af apopleksien, og via spørgeskemaer at undersøge deres psykologiske og sociale funktionsevne samt deres livskvalitet.

Materiale og metoder

Ved søgning i Landspatientregisteret (LPR) identificeredes alle patienter, som mindst 18 år gamle blev indlagt i 1982, 1987 eller 1992 og udskrevet under International Classification of Diseases (ICD) 8-diagnoserne 430 (SAB = subaraknoidalblødning), 431 (HB = hjerneblødning) eller 432-432 samt 436 (IS = iskæmisk eller dårligt defineret sygdom i hjernens kar). Blandt disse udvalgte de i alt 3.010 patienter, som fortsat var i live i 1997, og som ved apopleksiens debut var bosat i et af fem amter, der var repræsentative for hele landet.

Med henblik på journalgennemgang udvalgte blandt de 3.010 patienter tilfældigt 50% af dem, der havde haft SAB eller HB, og 20% af de langt flere patienter med IS. Efter eksklusion pga. bl.a. manglende verifikation af diagnosen, andre alvorligere sygdomme, ukendte adresser og dødsfald (i alt 244 patienter) resterede der 450 patienter, som modtog to spørgeskemaer, der blev besvaret af 346 (77%).

Det første spørgeskema handlede om psykosociale forhold, især patientens egen bedømmelse af følgende:

- Effekt af apopleksien på opmærksomhed, hukommelse og emotionel kontrol.
- Effekt af apopleksien på erhvervsmæssig beskæftigelse, samboende familie, andre sociale relationer og fritidsaktiviteter, kodet på trepunktsskalaer.
- En aktuell bedømmelse af egen funktionsnedsættelse, specificeret efter Rankin-skalaen [2].
- En global bedømmelse af livskvalitet på en trepunktsskala.

Det andet spørgeskema var Nottingham Health Profile (NHP) [3], der angiver skalaer for energiniveau, smerter, emotionel reaktion, søvn, social isolation og fysisk mobilitet.

Resultater

Tablet 1 viser dels data fra journalgennemgangen, og dels svar på ni psykosociale udfaldsparametre i relation til opfølgingsintervallet. Procenten af patienter med IS versus SAB + HB var højest ved femårsopfølgningen og lavest ved 15-årsopfølgningen. Dette skyldes IS-patienternes højere alder ved sygdomsstart og dermed højere dødelighed. Af samme årsag er der en negativ sammenhæng mellem alder ved sygdomsstart og varighed af opfølgingsintervallet. Denne aldersforskel på 13 år var ved opfølgningen faldet til omkring tre år, således at alle tre grupper ved opfølgningen gennemsnitligt var i slutningen af 60'erne. Også Rankin-scoring ved udskrivelsen dalede signifikant med stigende opfølgingsvarighed.

Flertallet havde problemer med opmærksomhed, hukommelse og emotionel kontrol uden signifikant tendens i relation til opfølgingsinterval. Derimod steg procenten af »gunstige« svar med stigende opfølgingsinterval, hvad angik tilbagevenden til arbejdet, relationer med samboende familie og andre sociale relationer samt fritidsaktiviteter. Procenten af patienter med »god« livskvalitet var ligeledes signifikant højest for dem, der blev fulgt op 15 år efter sygdomsstart, og Rankin-score var signifikant lavest svarende til en højere grad af selvstændig funktionsevne.

Figur 1 viser medianer af scorer for de seks NHP-skalaer set i relation til opfølgingsintervallet. De hyppigste klager drejede sig om energi (træthed) og fysisk mobilitet med en signifikant aftagende trend fra femårs- til 15-årsopfølgningen for energi, emotionelle reaktioner, social interaktion og fysisk mobilitet.

Korrelationsanalyse mellem parametre fra journaludtogene (alder ved sygdomsstart, varighed af hospitalsophold, afasi og Rankin-score ved udskrivelsen) og de psykosociale

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

udfaldsparametre opsummeret over alle opfølgingsintervaller viste statistisk signifikans i de fleste tilfælde, svagest for alder ved apopleksiens begyndelse og stærkest for Rankin-score ved udskrivelsen.

Tilsvarende korrelationer mellem parametre fra journal-udtogene og NHP-skalaerne viste ligeledes overvejende statistisk signifikans, dog generelt af mere beskedne styrke. Igen fandtes de stærkeste korrelationer mellem Rankin-scoring ved udskrivelse og NHP-skalaerne.

Opfølgingsintervallet blev inddraget sammen med demografiske og funktionsmæssige parametre ved udskrivelsen i en logistisk binær regressionsanalyse, hvor kriteriet var baseret på livskvalitetsratingen »god« mod »nogenlunde« plus

»dårlig«. Prædiktorvariable var køn, diagnose (SAH, CH eller IS), opfølgingsinterval, alder ved sygdomsstart, varighed af hospitalisering, grad af afasi og Rankin-score ved udskrivelsen. Det viste sig, at hverken køn, opfølgingsinterval eller hospitaliseringens varighed bidrog til modellen. Diagnose bidrog næsten signifikant ($p = 0,073$), hidrørende fra at hvis andre parametre blev holdt konstant, var livskvalitetsratingen »god« næsten dobbelt så hyppig for SAH-patienter som for IS-patienter. Alder ved sygdomsstart og Rankin-score ved udskrivelsen bidrog signifikant, idet Rankin-score var den stærkeste prædiktor ($p = 0,003$, odds-ratio (OR): 1,64; 95% konfidensinterval (KI): 1,19-2,26).

Mens der således entydigt var en sammenhæng mellem

Tabel 1. Demografiske og skadesrelaterede karakteristika samt psykosocialt udfald i relation til opfølgingsintervallet.

	Ved udskrivelse n (%)	Opfølgingsinterval						
		5 år		10 år		15 år		p
		n (%)	median	n (%)	median	n %	median	
Mænd	167 (48)	111 (52)		32 (38)		24 (52)		n.s. ^a
Kvinder	179 (52)	104 (48)		53 (62)		22 (48)		
Diagnose								0,021 ^a
SAB	80 (23)	38 (18)		26 (31)		16 (35)		
HB	56 (16)	37 (17)		10 (12)		9 (19)		
IS	210 (61)	140 (65)		49 (57)		21 (46)		
Afasi								n.s. ^a
Ingen	272 (81)	167 (80)		63 (78)		42 (91)		
Nogen	63 (19)	41 (20)		18 (22)		4 (9)		
Alder ved apopleksi, år			64,9		59,3		51,7	<0,01 ^b
Antal dage indlagt			29,4		25,0		25,3	n.s. ^b
Rankin ved udskrivelse			1,9		1,8		1,6	<0,01 ^b
Alder ved opfølgning, år			69,9		69,3		66,7	0,049 ^b
Vanskeligheder efter apopleksi ^c								
Opmærksomhed		119 (59)		45 (54)		27 (60)		n.s. ^a
Hukommelse		130 (62)		49 (59)		27 (59)		n.s. ^a
Emotionel kontrol		113 (56)		46 (58)		20 (44)		n.s. ^a
Tilbagevenden til arbejde ^d								
1. Overhovedet ikke		57 (55)		21 (39)		12 (32)		<0,01 ^b
2. Med begrænsninger		25 (24)		19 (35)		11 (30)		
3. Som før apopleksi		22 (21)		14 (26)		14 (38)		
Relationer med nærfamilie ^e								
1. Meget anderledes		45 (29)		8 (12)		5 (13)		<0,01 ^b
2. Noget anderledes		30 (20)		13 (20)		10 (26)		
3. Uændret		78 (51)		44 (68)		24 (61)		
Andre sociale forhold								
1. Meget anderledes		35 (17)		8 (10)		6 (13)		0,037 ^b
2. Noget anderledes		52 (25)		17 (20)		8 (17)		
3. Uændret		121 (58)		58 (70)		32 (70)		
Fritidsaktiviteter								
1. Meget begrænsede		79 (39)		20 (24)		10 (23)		<0,01 ^b
2. Noget begrænsede		43 (22)		16 (20)		10 (23)		
3. Uændrede		78 (39)		46 (56)		23 (54)		
Livskvalitet								
1. Dårlig		34 (16)		5 (6)		5 (11)		<0,01 ^b
2. Nogenlunde		97 (46)		35 (42)		17 (37)		
3. God		80 (38)		44 (52)		24 (52)		
Rankin ved opfølgning			1,9		1,6		1,5	<0,01 ^b

n.s. = nonsignifikant; SAB = subaraknoidalblødning; HB = hjerneblødning; IS = iskæmisk eller dårligt defineret sygdom i hjernens kar

a) Fra χ^2 -test.

b) Fra Jonckheere-Terpstra nonparametrisk test for trends.

c) Eksklusive patienter som ikke besvarede spørgsmålet i skemaet.

d) Også eksklusive 126 patienter, der ikke var i arbejde ved skadestidspunktet.

e) Også eksklusive 72 patienter, der boede alene ved skadestidspunktet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

stigende Rankin-score ved udskrivelsen og faldende livskvalitet, fandtes der for en given Rankin-score ingen sammenhæng med opfølgingsintervallets varighed. Dette bekræftedes yderligere ved en multipel lineær regressionsanalyse med de samme prædikatorvariable som ovenfor, men med totalscoren fra NHP som afhængig variabel. Her var alder ved sygdomsstart og Rankin-score ved udskrivelsen signifikante uafhængige prædiktorer (standardiseret beta = 0,20, $p < 0,01$, og beta = 0,26, $p < 0,001$), og opfølgingsintervallets varighed var fortsat ikke signifikant.

Diskussion

Formålet med dette arbejde var at opnå nationalt repræsentative data om mangeårige følger efter apopleksi. De lange opfølgingsintervaller medførte en betydelig reduktion i antallet af overlevende. Således var procenterne af overlevende i 1994 kun 18, 33 og 61 for alle patienter med apopleksidebut i henholdsvis 1982, 1987 og 1992. Eftersom alder ved apopleksistart var lavere for patienter med hjerneblødning end for patienter med iskæmisk betinget apopleksi, steg andelen af disse med stigende varighed af opfølgingsintervallet.

I god overensstemmelse med resultaterne i andre apopleksistudier [2, 4] fandt vi, at omkring 75% af alle tre opfølgingsgrupper havde Rankin-scoring ved udskrivelsen svarende til ingen eller kun let funktionsnedsættelse, og kun 12% havde Rankin-scoring > 3 (større end eller lig med 4).

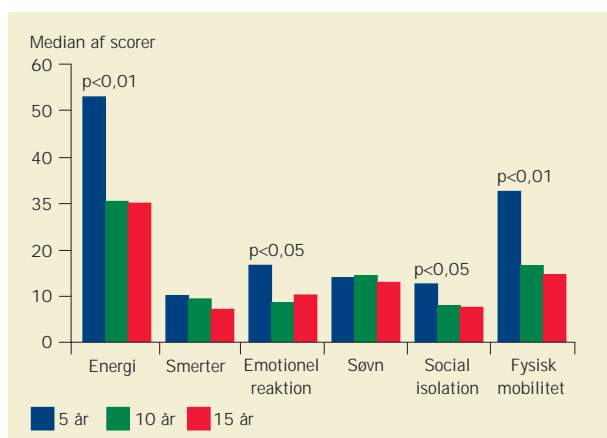
Den gennemsnitlige Rankin-score ved udskrivelsen faldt med stigende opfølgingsinterval. Dette skyldes sandsynligvis øget dødelighed med øget sværhed af følgerne [5]. Forekomst af afasi hos 20% ved udskrivelsen svarer nøje til resultatet af en hospitalsbaseret, dansk undersøgelse [6].

Med en enkelt undtagelse (emotionel kontrol ved 15-årsopfølgningen) havde over halvdelen af respondenterne ved opfølgningen problemer med opmærksomhed, hukommelse og emotionel kontrol, uafhængigt af intervallet (Tabel 1), hvilket stemmer godt med resultaterne af andre opfølgingsstudier af apopleksipatienter [7, 8]. Trods den overvejende forekomst af »letter« følger bedømt ved Rankin-score kunne kun en beskedent del af de patienter, der havde været i arbejde før apopleksien, vende tilbage til dette, jf. også den hyppige tilfald af førtidspensioner [9].

Sociale relationer er af stor betydning for livskvaliteten efter apopleksi. Dette arbejde viser, at de sociale relationer i over halvdelen af tilfældene var uændrede fra før apopleksien, og relativt flere oplevede ændringer i fritidsaktiviteter.

I overensstemmelse med Rankin-score ved udskrivelsen var den gennemsnitlige selvrapporterede Rankin-score forholdsvis lav for alle opfølgingsgrupper og faldende med stigende varighed af opfølgingsintervallet. Dette tyder sammen med den signifikant stigende andel af personer med god livskvalitet på, at forekomsten af svære følger var størst i femårsopfølgingsgruppen.

Resultaterne af NHP-studiet viser i overensstemmelse med



Figur 1. Nottingham Health Profile-skalaer i forhold til opfølgingsinterval.

resultaterne af tidligere studier [10] påvirkning især af energi og fysisk mobilitet. Vanskelighederne var også her hyppigst ved femårsopfølgningen. Emotionel reaktion og social isolation var øgede sammenlignet med et dansk normalmateriale af fysisk raske 60-86-årige, hvor middelværdierne var 4,5, henholdsvis 2,2 [3].

Resultaterne af den multivariate analyse indikerer, at blandt udskrivningsvariable er Rankin-score den stærkeste enkeltprædikator for senere livskvalitet og symptomfrihed med mere beskedne uafhængige signifikante bidrag fra alder ved sygdomsstart og forekomst af afasi. Når man på denne måde kontrollerer for andre variable, ser det ikke ud til, at der er tydelige forskelle i globalt udfald mellem fem-, ti- og 15-årsopfølgingsgrupperne. Den tilsyneladende tidsmæssige bedring med hensyn til tilbagevenden til arbejdet, sociale relationer og fritidsaktiviteter kunne alene skyldes bortfald af de dårligst fungerende med stigende opfølgingsinterval.

Det konkluderes, at der for patienter, der blev undersøgt fem, ti og 15 år efter apopleksi, generelt var en lav til moderat forekomst af fysiske følger og afasi ved udskrivelsen. Trods dette var der et bredt spektrum af psykosociale følger, som syntes at være stabile og kroniske fra fem år efter sygdomsstart. Den stærkeste prædikator for livskvaliteten var Rankin-score, der afspejler funktionsevnen ved udskrivelsen.

Korrespondance: Tom W. Teasdale, Københavns Universitet, Institut for Psykologi, Øster Farimagsgade 5, DK-1353 København K. E-mail: Tom.Teasdale@psy.ku.dk

Antaget: 22. august 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first reported in *Brain Injury* 2005;19:1049-58. See www.tandf.co.uk/journals

Litteratur

- Jorgensen HS, Nakayama H, Pedersen PM et al. Epidemiology of stroke-related disability – The Copenhagen Stroke Study. *Clin Geriatr Med* 1999;15:785-99.
- DeHaan R, Limburg M, Bossuyt P et al. The clinical meaning of Rankin handicap grades after stroke. *Stroke* 1995;26:2027-30.
- Thorsen H, McKenna SP, Gottschalck L. Perceived health in 3 groups of

- elderly people – a validity study of the Danish version of the Nottingham Health Profile. *Dan Med Bull* 1995;42:105-8.
- Post PN, Stiggelbout AM, Wakker PP. The utility of health states after stroke – a systematic review of the literature. *Stroke* 2001;32:1425-9.
 - Prencipe M, Culasso F, Rasura M et al. Long-term prognosis after a minor stroke – 10-year mortality and major stroke recurrence rates in a hospital-based cohort. *Stroke* 1998;29:126-32.
 - Pedersen PM, Jorgensen HS, Nakayama H et al. Aphasia in acute stroke – incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol* 1995;38:659-66.
 - Martin C, Dellatolas G, Viguier D et al. Subjective experience after stroke. *Appl Neuropsychol* 2002;9:148-58.
 - Teasdale TW, Christensen AL, Willmes K et al. Subjective experience in brain-injured patients and their close relatives: a European Brain Injury Questionnaire study. *Brain Inj* 1997;11:543-63.
 - Teasdale TW, Engberg AW. Disability pensions in relation to stroke: a population study. *Brain Inj* 2002;16:997-1009.
 - Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Use of the Nottingham Health Profile with patients after a stroke. *J Epidemiol Comm Health* 1986;40:166-9.

Alkohol og livsstilssygdomme

Adj. professor Kjeld Hermansen,
videnskabelig medarbejder Karina Jørgensen,
professor Erik Berg Schmidt, afdelingsleder Anne Tjønneland,
forsker Janne Schurmann Tolstrup &
forskningsprofessor Morten N. Grønbæk

Motions- og Ernæringsrådet, Søborg

Danskerne har et højere forbrug af alkohol i forhold til indbyggerne i flere andre nordiske og europæiske lande. Således drikker 14% af den danske befolkning mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, som lyder på maksimalt 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd. Brugen af genstande som enhed kompliceres dog af, at en genstand ikke måles ens i alle lande. En engelsk genstand består således af 8 g alkohol baseret på indholdet af en almindelig engelsk øl (½ pint), mens en dansk genstand består af 12 g alkohol baseret på indholdet af en almindelig dansk øl.

Overskridelse af genstandsgrænserne kan have en række skadevirkninger både af sundhedsmæssig og social karakter. Det ser imidlertid ud til, at der også kan være forskellige sundhedsmæssige effekter af et alkoholindtag inden for genstandsgrænserne. Disse effekter kan være forskellige afhængigt af alder, køn, typen af drikkevarer (vin, øl, spiritus etc.) og drikkemønstre.

Denne statusartikel er baseret på en detaljeret rapport med den fulde referenceliste fra Motions- og Ernæringsrådet [1]. Formålet med rapporten har været at belyse det optimale alkoholforbrug inden for genstandsgrænserne hos voksne mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Fokus i rapporten er rettet mod effekterne af alkohol på livsstilsrelaterede sygdomme såsom fedmeudvikling, type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme og kræft.

Alkohol og fedmeudvikling

Energiindholdet i alkohol er 30 kJ/g, hvilket er betydeligt

højere end energiindholdet i kulhydrat (17 kJ/g) og protein (17 kJ/g). Derudover ser samme energimængde fra alkohol ikke ud til at have de samme appetitstillende egenskaber, som andre makronæringsstoffer har. I nogle studier, men ikke alle, indikeres det endda, at alkohol muligvis har en akut appetitstimulerende effekt. Alkohol kan også påvirke kroppens fedtomsætning indirekte gennem aktive metabolitter, som dannes under alkoholnedbrydningen. Dette medfører en hæmning af lipolysen, og samtidig stimuleres leverens lipogenese. På den anden side øger alkohol termogenesisen, hvilket betyder, at en vis andel af energien fra alkohol afsættes som varme i kroppen. Denne andel udgør ca. 20% af den tilgængelige energi fra alkohol, en andel, som er noget større end den termogenetiske værdi fra de øvrige makronæringsstoffer.

I epidemiologiske studier, hvor man har undersøgt sammenhængen mellem alkoholindtag og fedmeudvikling, gives der ikke entydige svar. I nogle studier har man fundet, at alkohol er associeret med en øget risiko for, at der udvikles fedme, mens man i andre har fundet nedsat risiko eller ingen sammenhæng. Dog peger resultater fra de fleste prospektive studier i retning af, at alkohol i moderate mængder næppe er en betydende risikofaktor for fedmeudvikling.

I tværnsnitstudier af nyere dato har man vurderet, om alkoholindtagelse er relateret til fedmeudvikling. Resultatet af studierne viste, at drikkemønstret synes at være mindst lige så vigtigt som størrelsen af alkoholindtaget: For personer med samme alkoholindtagelse opgjort som antal ugentlige genstande, fandt man, at de, som fordelte alkoholen over flere af ugens dage, var slankere end dem, der drak samme mængde alkohol fordelt på færre dage [2].

Alkohol og type 2-diabetes mellitus

I de fleste studier og metaanalyser har man påvist en u-formet relation mellem alkoholindtagelse og incidensen af type 2-diabetes. Personer med et moderat alkoholindtag har den laveste risiko for at få type 2-diabetes, mens alkoholabstinente og personer med stor alkoholindtagelse tilsyneladende har en