

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Perspektiv

Lægens kompetence udvikles over lang tid i udøvelsen af det lægelige arbejde. Vores hypotese er, at sikkerhed i den komplekse lægelige samtale, herunder den svære informationsamtale, først opnås, når basale kommunikationsfærdigheder er automatiseret. Denne hypotese, der har været bestemmende for tilrettelæggelsen af træningen, skal på et senere tidspunkt dokumenteres forskningsmæssigt.

Korrespondance: *Peter Lønberg Madsen*, Laboratorium for Kliniske Færdigheder, Afsnit 5404, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: rh05484@rh.dk

Antaget: 10. februar 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: II – Most young doctors are bad at giving information. *BMJ* 1986;292:1576-8.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advices for clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-9.
- Aspegren K, Lønberg Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach* 2005(i trykken).
- Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21:563-70.
- Graugaard PK, Finset A. Lægens følelser. *Ugeskr Læger* 1998;160:1927-31.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Oxon: Radcliffe Medical Press 1998:89-127.
- Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med* 2004;79:107-17.
- Kurz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press 1998:18.
- Maguire P. Can communication skills be taught? *Br J Hosp Med* 1990;43:215-6
- Karpatschof B. *Kompetence – en introduction*. København: Psyke & Logos 1998;19:353-8.

Selvmondsforsøgers kontakt til den primære sundhedssektor

Statistikere Børge Frank Jensen & statistikere Erik Christiansen

Odense, Center for Selvmordsforskning

Resume

Introduktion: Formålet med denne undersøgelse er at belyse selvmordsforsøgers brug af sygesikringsydelser som led i den forebyggende indsats over for selvmordsadfærd.

Materiale og metoder: Undersøgelsen er et registerbaseret case-kontrol-studie. Cases er personer bosiddende i Fyns Amt med selvmordsforsøg, som medførte kontakt til et hospital. Kontrolpersoner er matchet på køn, alder og bopælsamt samt på datoen for casens første registrerede selvmordsforsøg. Data vedrørende sygesikringsydelser er trukket fra Forebyggelsesregisterets sygesikringsmodul. Data er analyseret ved betinget logistisk regression.

Resultater: Selvmordsforsøgere benytter i kalenderåret forud for det første registrerede selvmordsforsøg oftere sygesikringsydelser inden for områderne praktiserende læge og psykolog/psykiater end baggrundsbeholdningen. Der er mindre køns- og aldersforskelle.

Konklusion: Selvmordsforsøgere har et større forbrug af sygesikringsydelser, især almen praktiserende læge, hvis rolle i den specifikke forebyggelse af selvmordsforsøg diskuteres.

I »Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark« [1] anbefales specifik forebyggelse (initiativer eller handlinger, der griber forebyggende ind

i selvmordsprocessen) over for personer, der har forsøgt eller overvejer selvmord. Det anbefales heri, at praktiserende læger skal identificere selvmordstruede og forstå behandling eller visitering til andre behandlingstilbud.

Praktiserende læger kan identificere selvmordstruede, hvis disse konsulterer lægen og giver udtryk for deres selvmordstanker. Disse betingelser er ikke nødvendigvis til stede i alle tilfælde. Alternativt kan læger diagnosticere depression, da der findes god dokumentation for, at depression er en væsentlig risikofaktor for selvmordsforsøg [2]. En undersøgelse fra Gotland konkluderede, at efteruddannelse af praktiserende læger kun bevirkede et fald i depressioner og selvmord hos kvinder, da mænd med depressioner og selvmordstanker ikke gik til læge [3].

Det anføres indimellem i litteraturen, at depressive eller selvmordstruede personer ikke søger læge og derfor ikke bliver behandlet [4-5]. Formålet med dette studie er at undersøge, i hvilket omfang selvmordsforsøgere har benyttet sig af ydelser fra sygesikringen forud for et selvmordsforsøg, dvs. ydelser leveret af alment praktiserende læge, vagtlæge, psykolog eller psykiater. Det undersøges ligeledes, om mænd og kvinder og forskellige aldersgrupper ((15-24 år), (25-59 år), (60+)) i samme grad benytter sig af ydelserne. En nødvendig betingelse for, at praktiserende læger kan virke i forebyggelsen af selvmordsforsøg, er, at selvmordstruede kommer til læge.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Denne undersøgelse er en del af et større nested case-kontrol-studie, som har til formål at identificere risikofaktorer for selvmordsforsøg.

Materiale og metoder

Register for selvmordsforsøg (RfS) er et offentligt register, der føres af Center for Selvmordsforskning i Odense. Selvmordsforsøgene identificeres ved hjælp af det Fynske Patientregister. Alle kontakter til sygehuse med kontaktårsag E4 (selvmord/selvmordsforsøg/selvskade) vurderes ved hjælp af skadekort og journaler, og kun de hændelser, der opfylder WHO's definition på selvmordsforsøg, registreres:

»En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser«.

Selvmordsadfærd kan fejlagtigt registreres med andre kontaktårsager end E4, og der gøres intet for at lokalisere disse hændelser. RfS indeholder derfor kun hændelser, som er registreret med korrekt kontaktårsag (E4). Ved registreringen kan kontaktårsag E4 og en psykiatrisk diagnose ikke registreres samtidig. Derfor kan selvmordsforsøgere med psykiatrisk diagnose være underrepræsenteret, men RfS indeholder endvidere selvmordsforsøg, som resulterer i en kontakt til Psykiatrisk Afdeling og Skadestuen på Odense Universitetshospital. Der sker en underregistrering af selvmordsforsøg, hvilket kan medføre selektionsbias, eksempelvis af depressive selvmordsforsøgere. Selvmordsforsøg udført af personer under 15 år registreres ikke. RfS indeholder data for perioden 1990-2001 og opdateres årligt [6].

Undersøgelsen er et nested case-kontrol-studie. Fra RfS udvælges cases, som har haft deres første registrerede selvmordsforsøg i perioden 1995-2001. I alt er der fundet 2.305 cases. Til hver case blev der matchet maksimalt 20 kontrolpersoner uden registrerede selvmordsforsøg. Kontrolpersonerne havde

samme køn, var født samme år og måned som casen og var bosiddende i Fyns Amt på datoen for casens første registrerede forsøg. I alt blev der udvalgt 45.881 kontrolpersoner (gennemsnitligt 19,90 kontrolpersoner pr. case med standardafvigelse 0,71) fra Det Centrale Personregister. I et tilfælde var det kun muligt at finde en kontrol til casen. I alt indgik der 48.186 personer i studiet. Matchningsproceduren sikrede, at der blev kontrolleret for konfoundereffekt af køn, alder, fødselsmåned og bopælsamt. Der blev ikke udvalgt flere kontrolpersoner end 20 pr. case for at sikre, at udvælgelsen var tilfældig (maksimalt ca. 10% af befolkningen). Kontrolpersonerne blev matchet på datoen for casens første registrerede selvmordsforsøg (indeksforsøget).

Cases og kontrolpersoner blev identificeret i Forebyggelsesregisterets sygesikringsmodul [7], som indeholder information om sygesikringsydelsens art og kalenderår. Ydelser blev grupperet i henhold til Danmarks Statistiks specialegruppering og blev samlet i kategorierne alment praktiserende læge, vagtlæge og psykolog/psykiater. Der blev kun analyseret sygesikringsydelser, som faldt i kalenderåret før matchningsdatoen. Data vedrørende indløste recepter blev hentet fra Lægemiddelstatistikregisteret og dækkede kun perioden 1996-2001. Dette betyder, at det ikke var muligt at indhente information om indløste recepter for cases og kontrolpersoner, hvor matchningsdatoen falder i 1995. I alle analyser er anvendt betinget logistisk regression. De statistiske beregninger er udført ved hjælp af *proportional hazard regression* (PHREG)-proceduren i SAS, version 8 for UNIX [8]. Køns- og aldersforskelle er analyseret ved at undersøge for signifikante vekselvirkninger kønnene og aldersgrupperne imellem [9]. Forskningsprojektet er godkendt af Datatilsynet.

Resultater

Ud af de 2.305 cases benyttede 94,1% sig af mindst en sygesikringsydelse, hvorimod kun 92,4% af de 45.881 kontrolpersoner benyttede sig af mindst en sygesikringsydelse i kalenderåret

Tabel 1. Betinget logistisk regression med det første registrerede selvmordsforsøg som afhængig variabel og sygesikringsydelsesgrupperne som uafhængig variabel, opdelt på køn.

	Alle				Mænd				Kvinder				Kønsforsk. (mande-effekt) ^a
	antal cases (%)	kontrolpersoner (%)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%)	kontrolpersoner (%)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%)	kontrolpersoner (%)	odds-ratio	95% KI	
Sikringsydelse	(n=2.305)	(n=45.881)			(n=979)	(n=19.442)			(n=1.326)	(n=26.439)			
Mindst en sikringsydelse	2.170 (94,1)	42.380 (92,4)	1,41**	1,16-1,72	896 (91,5)	17.591 (90,4)	1,14	0,90-1,45	1.274 (96,1)	24.789 (93,8)	2,11***	1,47-3,05	(-)**
Praktiserende læge	2.114 (91,7)	37.967 (82,7)	2,59***	2,20-3,04	851 (86,9)	14.513 (74,6)	2,30***	1,90-2,79	1.263 (95,3)	23.454 (88,7)	3,37***	2,47-4,60	(-)*
Vagtlæge	144 (6,25)	913 (1,99)	3,36***	2,80-4,05	63 (6,44)	303 (1,56)	4,47***	3,37-5,95	81 (6,11)	611 (2,31)	2,81***	2,20-3,58	(+)*
Psykolog eller psykiater	125 (5,42)	445 (0,97)	5,98***	4,87-7,34	39 (3,98)	117 (0,60)	6,83***	4,73-9,85	86 (6,49)	328 (1,24)	5,64***	4,41-7,23	(+)

a) - angiver relativt flere kvindelige cases end mandlige cases. + angiver vice versa. *) p<0,05. **) p<0,001. ***) p<0,0001. KI: konfidensinterval.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

forud for det første registrerede forsøg. I **Tabel 1** sammenlignes cases og kontrolpersoner med hensyn til brug af forskellige sygesikringsydelser med angivelse af odds-ratio og tilhørende 95% konfidensinterval. Tabellen viser også resultater fordelt på køn inklusive test for kønsforskelle. En større andel af cases end kontrolpersoner brugte mindst en sygesikringsydelse, men tendensen er kun statistisk signifikant for kvindernes vedkommende. Cases benyttede sig i højere grad end kontrolpersonerne af egen læge, vagtlæge og privatpraktiserende psykolog/psykiater. Der fandtes signifikante kønsforskelle for sikringsydelser fra almen praktiserende læger, hvor kvindelige cases i større grad end mandlige cases, begge køn set i forhold til deres kontrolpersoner, benyttede sig af ydelser, og ved sygesikringsydelser fra vagtlæge, hvor mandlige cases i større grad end kvindelige cases, begge køn set i forhold til deres kontrolpersoner, benyttede sig af ydelser.

Der var en overvægt af unge i populationen, hvis alder fordelte sig i intervallet 15 til 96 år (gennemsnit 38 år, spredning 16 år). I **Tabel 2** er populationen delt op i tre aldersgrupper (15-24 år, 25-59 år og 60+ år). Generelt brugte ældre cases over

60 år flere sygesikringsydelser i forhold til kontrolpersonerne end de to andre aldersgruppers cases i forhold til deres kontrolpersoner. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Der fandtes ingen forskel mellem de tre aldersgrupper i brugen af psykiater/psykolog og vagtlæge. Derimod fandtes en signifikant aldersforskel i ydelser fra alment praktiserende læger, hvor cases over 60 år i større grad end de helt unge cases, set i forhold til deres kontrolpersoner, benyttede sig af ydelser.

Antallet af sikringsydelser leveret af alment praktiserende læge blev opgjort for kalenderåret før matchningsdatoen, og populationen blev inddelt efter antallet af ydelser (maksimalt tre ydelser, mellem fire og syv ydelser, flere end syv ydelser). De to grupper med størst forbrug blev sammenlignet med gruppen med færrest antal ydelser. Resultaterne er angivet i **Tabel 3**.

I **Tabel 3** ses, at cases modtog flere ydelser fra alment praktiserende læger end kontrolpersonerne. Der var en overvægt af cases sammenlignet med kontrolpersoner, der modtog 4-7 ydelser (OR=2,95) og flere end syv ydelser (OR=5,93) i forhold til gruppen, der modtog maksimalt tre ydelser. Der var signi-

Tabel 2. Betinget logistisk regression med det første registrerede selvmordsforsøg som afhængig variabel og sygesikringsydelsesgrupperne som uafhængig variabel, opdelt efter alder.

Sikringsydelse	15-24 år				25-59 år				60+ år				Aldersforskel (ældre-effekt) ^a	
	antal cases (%) (n=619)	kontrolpersoner (%) (n=12.332)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%) (n=1.404)	kontrolpersoner (%) (n=27.977)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%) (n=282)	kontrolpersoner (%) (n=5.572)	odds-ratio	95% KI	25-59	60+
Mindst en sikringsydelse	546 (88,2)	10.539 (85,5)	1,42*	1,04-1,93	1.347 (95,9)	26.609 (95,1)	1,23	0,93-1,60	277 (98,2)	5.232 (93,9)	3,59**	1,47-8,77	(-)	(+)
Praktiserende læge	538 (86,9)	9.746 (79,0)	2,13***	1,60-2,82	1.302 (92,7)	23.436 (83,8)	2,58***	2,10-3,18	274 (97,2)	4.786 (85,9)	5,73***	2,82-11,6	(+)	(+)*
Vagtlæge	42 (6,79)	252 (2,04)	3,63***	2,58-5,13	85 (6,05)	560 (2,00)	3,24***	2,55-4,12	17 (6,03)	104 (1,87)	3,39***	1,98-5,79	(-)	(-)
Psykolog eller psykiater	24 (3,88)	81 (0,66)	6,19***	3,87-9,89	95 (6,77)	347 (1,24)	5,81***	4,60-7,35	6 (2,13)	15 (0,27)	8,84***	3,25-23,5	(-)	(+)

a) - angiver relativt flere cases under 60 år. + angiver relativt flere cases over 59 år. *) p<0,05. **) p<0,001. ***) p<0,0001. KI: konfidensinterval.

Tabel 3. Betinget logistisk regression med det første registrerede selvmordsforsøg som afhængig variabel og antallet af ydelser fra praktiserende læger som uafhængig variabel, opdelt efter køn.

Antal ydelser fra praktiserende læge	Alle				Mænd				Kvinder				Kønsforskel (mande-effekt) ^a
	antal cases (%) (n=2.305)	kontrolpersoner (%) (n=45.881)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%) (n=979)	kontrolpersoner (%) (n=19.442)	odds-ratio	95% KI	antal cases (%) (n=1.326)	kontrolpersoner (%) (n=26.439)	odds-ratio	95% KI	
≤3 ydelser	984 (42,7)	30.791 (67,1)	1,00	-	545 (55,7)	15.863 (81,6)	1,00	-	439 (33,1)	14.925 (56,5)	1,00	-	-
4-7 ydelser	1.053 (45,7)	12.764 (27,8)	2,95***	2,68-3,25	371 (37,9)	3.373 (17,4)	3,37***	2,93-3,88	682 (51,4)	9.394 (35,5)	2,64***	2,33-3,00	(+)*
>7 ydelser	268 (11,6)	2.326 (5,07)	5,93***	4,91-7,16	63 (6,44)	206 (1,06)	10,9***	7,76-15,3	205 (15,5)	2.120 (8,02)	4,64***	3,72-5,80	(+)**

a) + angiver relativt flere mandlige cases end kvindelige cases. *) p<0,05. ***) p<0,0001. KI: konfidensinterval.

fikant flere mandlige cases end kvindelige cases, der brugte mange sygesikringsydelse fra praktiserende læger, set i forhold til deres kontrolpersoner. Det viste sig, at 26,5% af casene havde indløst en recept på antidepressiv medicin (undtagen litium), hvorimod kun 3,25% af kontrolpersonerne havde indløst en lignende recept.

Diskussion

De praktiserende lægers rolle i forebyggelsen af selvmordsforsøg og selvmord kunne være at medvirke til at identificere selvmordstruede personer.

Det forudsætter, at selvmordstruede faktisk går til læge, og flere undersøgelser peger på, at dette er tilfældet. En undersøgelse viste, at måneden før et selvmordsforsøg havde omkring to tredjedele af patienterne været hos egen læge [10]. Et registerbaseret studie viser, at tilsvarende resultater gælder for personer, der rent faktisk har begået selvmord [11]. Ingen registerbaserede, danske undersøgelser har tidligere beskæftiget sig med selvmordsforsøgers kontakt til egen læge forud for et selvmordsforsøg. Denne undersøgelse bekræfter resultaterne af en tidligere undersøgelse [10], hvori det viste sig, at selvmordsforsøgere benytter sig af egen læge forud for selvmordsforsøg, i dette tilfælde indekssforsøget. Forebyggelsesregistrets struktur muliggør ikke, at man kan analysere tidspunktet inden for kalenderåret, hvor forbruget af sygesikringsydelser ligger.

Undersøgelsen viser, at 95% af casene har taget kontakt til praktiserende læger i kalenderåret forud for indekssforsøget. Seks procent af casene har brugt vagtlæge, og 6,5% har haft kontakt til psykolog/psykiater. Endvidere viser undersøgelsen også, at casene brugte sygesikringsydelser i højere grad end kontrolpersonerne, uafhængigt af køn og aldersgruppe. Det kan ikke udelukkes, at casene ikke er repræsentative for alle selvmordsforsøgere, og at der findes grupper af selvmordsforsøgere (eksempelvis depressive), der ikke kontakter praktiserende læger.

Som andre undersøgelser peger på [10, 11], er andelen af kvinder, der bruger sygesikringsydelser, større end mændenes andel. Flere kvinder end mænd har brugt praktiserende læge, ligesom antallet af ydelser er større. Derimod er et højt antal ydelser en større prædikator for senere selvmordsforsøg hos mænd. En undersøgelse blandt fynske selvmordsforsøgere viste, at omkring 70% havde mere end et selvmordsforsøg, og derfor kan tidligere selvmordsforsøg bruges som prædikator for et nyt selvmordsforsøg [12].

Hvis en patient ikke tidligere har haft et selvmordsforsøg, eller patientens praktiserende læge ikke har kendskab til tidligere selvmordsforsøg, må en eventuel forebyggelse af selvmordsadfærd tage udgangspunkt i identifikation af andre risikofaktorer hos patienten.

Adskillige undersøgelser peger på, at depression måske er den vigtigste risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøg [2]. Det anslås, at klinisk depression til enhver tid findes hos ca.

200.000 voksne danskere [4]. Flere undersøgelser peger da også på, at depression måske er den væsentligste begrundelse, som selvmordstruede patienter giver i forbindelse med besøg hos praktiserende læger [13-15].

En samkøring med Lægemedelstatistikregisteret viste, at mindst 26% af casene fik udskrevet antidepressiv medicin (litium undtaget) året før indekssforsøget, hvorfor det må antages, at disse har udvist depressive symptomer ved konsultation af læge.

At depression er prædikator for senere selvmordsadfærd, kan være vanskelig at bruge i forebyggelsesøjemed. Derimod kunne forebyggelse af selvmordsforsøg være en væsentlig sidegevinst ved en effektiv behandling af depressioner.

Det er dog ikke tilstrækkeligt, at potentielle selvmordsforsøgere går til læge. Intervention fra lægens side forudsætter, at patienten fortæller om sine selvmordstanker og redegør for psykiske problemer, hvilket ikke altid sker [16, 17]. Alternativt må lægen være i stand til at diagnosticere eksempelvis depression, hvilket kan være et problem. Eksempelvis konkluderer forfatterne til en nyere dansk spørgeskemaundersøgelse, at der eksisterer et klart behov blandt alment praktiserende læger for efteruddannelse i diagnostik og behandling af depression [5].

Praktiserende lægers rolle i forebyggelsen af selvmordsadfærd har været til diskussion. Mangel på gode studier har været fremhævet [18]. Gentagende efteruddannelsesprogrammer om depression og selvmordsadfærd for praktiserende læger blev anbefalet i Gotlands-studiet [3]. I et hollandsk efteruddannelsesprogram konkluderede man, at lægerne blev bedre til at diagnosticere depression, selvom resultatet ikke var statistisk signifikant [19]. I et efteruddannelsesprojekt blandt praktiserende læger i håndtering af depression i England viste der sig ingen effekt, hverken i forhold til diagnosticering eller bedring hos patienterne [20].

Konklusion

Selvmordsforsøgere benytter i større omfang alment praktiserende læger end baggrundsbefolkningen gør. Der mangler viden om, hvorvidt en bedre diagnosticering og behandling af depression og andre psykiske lidelser blandt patienter hos alment praktiserende læger kunne have en sidegevinst i form af færre selvmordsforsøg.

Korrespondance: *Børge F. Jensen*, Center for Selvmordsforskning, DK-5000 Odense C. E-mail: bj@selvmordsforskning.dk

Antaget: 20. januar 2005

Interessekonflikter: Projektet har modtaget økonomisk støtte fra H. Lundbeck A/S.

Litteratur

1. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
2. Lönnqvist, JK. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. I: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Hawton K, Van Heeringen K eds., Chichester: John Wiley & Sons, 2000:107-20.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

3. Rutz W, Wälinder J, von Knorring L et al. Prevention of depression and suicide by education. *Int J Psych Clin Pract* 1997;1:39-46.
4. Stage KB, Casier P, Trosko O. Depression. *Ugeskr Læger* 2004;166:1311-3.
5. Lublin HK, Nielsen UJ, Vittrup P. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:3440-4.
6. Christiansen E, Jensen BF. Register for Suicide Attempts. *Dan Med Bull* 2004;51:415-7.
7. Roed AS, Juhl C, Kamper-Jorgensen F. The Danish Prevention Register: a comprehensive health and socio-economic, individual based register. *Dan Med Bull* 1999;46:269-72.
8. Stokes ME, Davis CS, Koch GG. *Categorical Data Analysis using The SAS System*. Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2000.
9. Hilden J. Multivariant statistisk metode og strategier. *Bibl Læger* 2000;192:1-21.
10. Damsbo B, Friberg S. Den suicidale patient. 1. Hyppighed og relevans af kontakten til praktiserende læger forud for suicidale handlinger. *Ugeskr Læger* 1989;151:826-8.
11. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU et al. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:126-34.
12. Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis* 1994;15:77-82.
13. Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:109-13.
14. Houston K, Haw C, Townsend E et al. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract*. 2003;53:365-70.
15. Hawton K, Blackstock E. General practice aspects of self-poisoning and self-injury. *Psychol Med* 1976;6:571-5.
16. Langlo SR, Ramberg M, Groholt B. Suicidal ungdom – hva skal klinikere se etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2246-9.
17. Michel K. *Suicide Prevention and Primary Care. I: The international handbook of suicide and attempted suicide*, K. Hawton K, Van Heeringen K, eds. Chichester: John Wiley & Sons, 2000:107-20.
18. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994;308:1227-33.
19. Van Os TW, Ormel J, van den Brink RH et al. Training primary care physicians improves the management of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:168-76.
20. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91.

Fem års koronararteriebypasskirurgi (1995-2000) på Odense Universitetshospital

Afdelingslæge Henrik Ømark Petersen,
reservelæge Nanna Gregersen, sygeplejerske Betina Clausen &
overlæge Lars Ib Andersen

Odense Universitetshospital, Thoraxkirurgisk Afdeling T

Resume

Introduktion: For koronar bypassoperation (CABG) foreligger der kun enkelte danske opgørelser af postoperative forløb med flere års observationstid.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en journalgennemgang af CABG-patienter, og derefter en opfølgende spørgeskemaundersøgelse. I alt 2.361 journaler fra perioden fra den 1. januar 1995 til den 1. januar 2000 med registrering af postoperativt forløb. Medianalderen var 63 år. Der blev sendt spørgeskema til 2.223 patienter i live. Besvarelsesprocenten var på 95,3. Den mediane observationstid var 26 mdr. (3-63 mdr.).

Resultater: Der var foretaget primær CABG hos 94% og re-CABG hos 6%. Der var 93% elektive operationer og 7% akutte. Ejektionsfraktionen (EF) var normal hos 73%, 4% havde en EF <30%. Tidlig mortalitet for hele materialet var 3%. For førstegangs elektiv CABG var mortalitetsraten 2,6% med statistisk signifikant højere dødelighed for elektiv re-CABG (5,9%) og akut CABG (7%). Cirka en tredjedel fik atrieflimmer postoperativt. Reoperation for blødning blev foretaget hos 6,9% og for mediastinitis hos 1,9%. Der fandtes en totalmortalitet på 7,2% 63 mdr. efter operationen. Der

var signifikant forskel på langtidsoverlevelsen hos patienter med normal EF og EF ≤30%, og mellem senmortalitet hos førstegangs-CABG og flergangs-CABG. Omkring 10-20% af patienterne fik recidivangina i observationsperioden. Cirka 25% angav at have sårhelingsproblemer på graftbenet. Mindst 96% af patienterne havde ikke fortrudt operation.

Diskussion: CABG er blevet udført med resultater, der kan måle sig med internationale resultater. Der er en acceptabel tidlig og sen mortalitet. Der synes at være en bedre langtidsoverlevelse hos CABG-opererede end hos baggrundsbefolkningen. Postoperativ blødning og forlænget sårheling på graftbenet forekom i flere tilfælde end forventet. En præcis estimering af recidivangina i observationsperioden er vanskelig, men 10-20% er sandsynlig.

Koronar bypassoperation (CABG) som behandling af iskæmisk hjertesygdom har været kendt siden 1967 [1]. I 1973 blev CABG indført i Danmark [2]. I erkendelse af, at kvaliteten af CABG-operationer indtil nu kun har været belyst i to danske opgørelser med relativ kort observationstid [3, 4], foretog vi en undersøgelse fra den 1. januar 1995 til den 1. januar 2000. Formålet var at belyse tidlig og sen mortalitet samt morbiditet og ved en spørgeskemaundersøgelse at få et estimat af