



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Forekomst av funksjonelle psykoser i den eldre befolkningen

Et systematisk litteraturstudium

Victoria Kristiansen

Masteroppgave i profesjonsstudiet medisin (MED-3950), juni 2022, kull 2017

Forklaring til endringer av masteroppgaven

Takk for tilbakemelding fra sensorene på min masteroppgave! Jeg har satt meg grundig inn i tilbakemeldingene og gjort mye endringer på oppgaven. Håper den er tilfredsstillende i forhold til det som er forventet. Jeg vil under presentere endringene som er gjort i korte trekk, før selve oppgaven følger på neste side.

I innledningen har jeg i større grad fokusert på tidligere forskning på området, og fått frem hvilket kunnskapshull denne oppgaven skal forsøke å dekke. Siden oppgaven er en masteroppgave, har jeg for å skape en mer helhetlig oversikt, inkludert litt generelt om alderspsykiatri, geriatri og psykose, også om sekundære psykoser. Jeg har i midlertidig kortet mye ned på nevnte punkter og innledningen for øvrig, for å fokusere mer på det aktuelle i forhold til problemstillingen.

I materiale og metode har jeg gått mer i dybden på hva som er gjort når det gjelder valg av studiedesign, seleksjonsprosess, datainnsamling og analyser samt kvalitetsvurdering. Oppgaven er forsøkt skrevet i henhold til PRISMA-kriteriene, i den grad dette var mulig i min oppgave. Når det gjelder valg av studiedesign, har jeg forklart nærmere hvorfor oppgaven ikke inkluderer en samlet meta-analyse av resultatene. De to review-artiklene inkludert i forrige utgave av masteroppgaven er ekskludert, av den grunn av de er review-artikler. Bare originalartikler er inkludert.

I resultatdelen har jeg gjort større endringer. Den lengre omtalen av hver enkelt studie er kuttet bort, og nøkkelinformasjon fra inkluderte studier er presentert i tabellform. Jeg har beskrevet resultatet av søket, og nevnt karakteristika fra studiene. Selve prevalenstillene er nå presentert under spesifikke diagnoser, samt for kjønn. I tillegg til hovedformålet med oppgaven, som er å studere prevalens, har jeg valgt å se på risikofaktorer der det er studert. Risikofaktorer ble vurdert som relevant med tanke på klinisk praksis og er derfor inkludert. Bruk av ulik metode gjorde det vanskelig å sette opp noe estimat på gjennomsnitt av resultater, og det ble derfor bestemt å ikke gjennomføre noe samlet meta-analyse. Derfor er resultatene fra de ulike artiklene i større grad presentert hver for seg. Jeg har flyttet mye av essensen fra diskusjonsdelen opp til resultatdelen, for å samle resultatene og unngå repetisjon av tall under diskusjon.

I diskusjonen har jeg i større grad fokusert på sammenligning av funn opp mot tidligere review-artikler på området, samt den praktiske betydningen av resultatene. Jeg har og diskutert rundt funn som tidligere review-studier ikke har studert, henholdsvis kjønnsforskjeller, aldersforskjeller innad i de ulike aldersgruppene over 60 år og kort rundt risikofaktorer. Det ble også funnet riktig å bruke plass på å diskutere metodevurdering, da resultatene spriket mye og det var store variasjoner i bruk av metoder. Det ble vurdert som viktig da ulike metoder kan forklare forskjeller i resultatene. Vurdering av metoder for å detektere psykoser blant eldre er også viktig med tanke på fremtidig forskning, og det ble derfor brukt en del plass til dette da oppgaven konkluderer med at ytterligere forskning trengs.

Victoria Kristiansen, 20.07.22

Forord

Høsten 2020 bestemte jeg meg for å skrive masteroppgave innenfor fagfeltet *psykiatri*. Psykiatri som fag har interessert meg siden starten av medisinstudiet, og valget av tema til både 2.års- og masteroppgave falt derfor innenfor nettopp dette feltet. I den forbindelse kontaktet jeg Ole-Kristian Grønli, overlege ved alderspsykiatrisk seksjon UNN Tromsø og 1.amaunuensis II ved UiT, og ytret mitt ønske om fagfelt til masteroppgaven. Han veiledet meg under skriving av 2.års-oppgave, og valget av veileder til masteroppgaven ble dermed enkelt. Etter et møte ble vi sammen enige om en oppgave med tema geriatriske psykoser.

Problemstillingen ble senere formulert i samarbeid med veileder Ole-Kristian Grønli i løpet av høsten 2020, før forarbeidet med oppgaven ble gjennomført høsten 2021, og selve oppgaven skrevet i løpet av våren 2022. Hensikten med oppgaven var å kartlegge samt belyse et lite utforsket tema, nemlig forekomst av funksjonelle psykoser blant eldre.

Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Ole-Kristian Grønli for et godt samarbeid og for suveren veiledning. Han har kommet med mange gode innspill og svart raskt på mine mange spørsmål. Jeg vil takke for hans fleksibilitet, da jeg sommeren 2021 flyttet til Bodø for å ta de resterende to studieårene her, og veiledningen har dermed måttet foregå via alternative kanaler som e-post og telefonsamtaler. Det har dog fungert utmerket, og hans hjelp har vært uvurderlig. Jeg vil også takke min bror for korrekturlesing og gode råd.

Victoria Kristiansen

Victoria Kristiansen

Bodø, 30.05.22

Innhold

Forord.....	1
Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Geriatri og alderspsykiatri	4
1.2 Psykosebegrepet	5
1.3 Sekundær psykose	6
1.4 Funksjonell psykose	7
1.5 Prevalens av psykose blant eldre	10
1.6 Formål.....	12
2 Materiale og metode.....	12
2.1 Design.....	12
2.2 Systematisk litteratursøk.....	13
2.3 Selekttering.....	15
2.4 Datainnsamling og analyser.....	17
3 Resultater.....	18
3.1 Inkluderte studier.....	18
3.2 Prevalenstall.....	22
3.3 Risikofaktorer	26
4 Diskusjon.....	27
4.1 Hovedfunn	27
4.2 Metodologiske utfordringer.....	30
4.3 Betydning av funnene.....	33
4.4 Styrker og svakheter	34
5 Konklusjon	36
6 Referanser.....	37
7 Tabelliste	38
8 Figurliste.....	38

Sammendrag

Bakgrunn: Andelen eldre mennesker (>60 år) i befolkningen øker, det samme gjør levealderen. Fagfeltet geriatri er i vekst, men fortsatt mangler det mye forskning, særlig når det gjelder psykoselidelser blant eldre. En del forskning er gjort med tanke på de sekundære psykosene, derimot finnes det lite god forskning når det gjelder primære psykoselidelser blant eldre. Formålet med denne studien er å kartlegge prevalens av funksjonelle psykoselidelser i den eldre befolkningen.

Materiale og metode: Et systematisk litteratursøk ble utført i databasene MEDLINE og Embase med definerte søkeord kombinert med fritekstsøk. Artikkene ble vurdert gjennom først overskrift, videre abstrakt før de gjenstående artikkene ble lest i fulltekst, vurdert mot inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdert samt screenet for relevans. De inkluderte artiklenes resultater er presentert i denne oppgavens resultatkapittel.

Resultater: Søket, screeningen og selekteringen av artikler endte til slutt i åtte artikler. Artikkene er basert på studier gjennomført i Norden samt Europa for øvrig. Resultatene viser svært sprikende tall for samtlige funksjonelle psykoselidelser hver for seg, men også totalt sett. Prevalens for schizofreni varierer fra 0.12-2.4%, schizoaffektiv lidelse fra 0.1-0.14% og vrangforestillingslidelse fra 0.03-0.6%. Det foreligger også store metodologiske forskjeller mellom studiene, som vanskeliggjør sammenligning av resultater, og sammenligning mot tidligere gjennomførte studier innenfor samme felt.

Konklusjon: Oppgaven gir en indikasjon på relativt høy prevalens av psykose i den eldre befolkningen. Schizofreni er den vanligste funksjonelle psykoselidelsen også blant eldre. Samtlige funksjonelle psykoselidelser blant eldre er vanligst blant kvinner. Grunnet sprikende resultater, som antas å delvis forklares av store metodologiske forskjeller studiene imellom, er det vanskelig å formulere noen entydig konklusjon. Det trengs mer forskning på feltet, og lik metodologi bør etterstrebes, slik at resultater kan sammenlignes på tvers av studier.

1 Innledning

1.1 Geriatri og alderspsykiatri

Innen medisinen brukes ofte begrepet geriatri, som betyr læren om sykdom som står i sammenheng med alderdom, hvor den økende alderen er årsak til sykdom. I Norge øker andelen eldre mennesker i befolkningen stadig. Dette skyldes at de store barnekullene fra etterkrigstiden begynner å bli eldre, levealderen øker, samt at det fødes stadig færre barn. Dette resulterer i at andelen eldre i samfunnet blir større og større (1-4). Forekomst av alvorlig sykdom, både somatisk og psykiatrisk, øker med stigende alder, og med økt andel eldre vil vi også få en økt forekomst av deres sykdommer. Alderspsykiatri som medisinsk fagfelt har vokst frem siste ti-årene, og er et resultat av nettopp den demografiske utviklingen med økt antall eldre pasienter som trenger et spesialisert behandlingstilbud. Behovet for helsepersonell med kunnskap om eldre helse og geriatrike sykdommer har økt, og vil øke ytterligere i tiden fremover (2, 4).

Aldring defineres som summen av irreversible fysiologiske prosesser som skjer hos alle arter, og som til slutt medfører en så stor svekkelse at individet dør. De fleste mennesker dør før fylte 90 år, men i løpet av det siste århundret har man sett at stadig flere blir eldre enn 80, 90 og 100 år grunnet blant annet effektive medikamenter mot infeksjonssykdommer samt god ernæring og hygiene. Denne statistikken forventes å øke ytterligere fremover (5).

Akkurat hvor grensen settes for når vi mennesker defineres som «eldre», er noe variabel da ulike kilder opererer med ulike grenser. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer «eldre» som mennesker >60 år, og «gamle» som mennesker >74 år (6). I det meste av norsk litteratur defineres eldre, og dermed pasientgruppen innenfor det geriatrike fagfelt, som mennesker >65 år. Når man ser på andre land i Europa og resten av verden, ser man at den nedre grensen varierer fra 50-70 år (6, 7).

1.1.1 Psykologisk sårbarhet

Det å bli eldre innebærer en økt risiko for såkalte tapsopplevelser. Dette omfatter tap av funksjon, tap av helse, tap av fremtidsplaner, tap av nærstående personer, tap av arbeid og arbeidsmiljø, osv. (3, 7, 8). Slike opplevelser er gjerne store påkjenninger, som vil kunne påvirke ens psykiske helse i negativ retning. Eldre mennesker er mer disponert for både de forventede tapsopplevelsene som følge av økende alder, samt for brå og uventede

tapsopplevelser. Dermed stilles det høye krav til vår evne til mestring av disse vanskelige opplevelsene. Generelt sett er eldre mennesker mer psykologisk sårbare av diverse årsaker, blant annet redusert helse, og de risikerer dermed å håndtere påkjenninger dårligere enn yngre mennesker. Dette kan resultere i det man kaller en patologisk krisereaksjon, som kan ende i psykisk lidelse i form av for eksempel en angsttilstand, en depresjon eller en psykose (7). Som oftest er det en gradvis utvikling fra det som starter som milde psykiske vansker og som i enkelte tilfeller kan utvikle seg til mer alvorlig psykisk lidelse (1).

Det er viktig å huske at i tillegg til de typiske geriatrike tilstandene som blant annet fractura colli femoris og Alzheimers demens, rammes også eldre av de samme sykdommene og lidelsene som yngre mennesker rammes av. Det vanlige er det vanligste, men det sjeldne forekommer. Man ser en tendens til at det meste av forskning innenfor geriatrien er rettet mot de typiske geriatrike sykdommene, dermed vet man lite om hvordan en del aldersuavhengige diagnoser utvikler og presenterer seg i den eldre aldersgruppen. Dette vil gjelde blant annet for en del psykiske lidelser (2, 4). Mye tyder på at det er høy andel av psykisk uhelse blant eldre i Norge, samtidig som det altså er lite forskning innen dette feltet. Dette er uheldig (1, 9).

1.2 Psykosebegrepet

Psykose er et fenomenologisk begrep, som omfatter vrangforestillinger, hallusinasjoner og tanke- og adferdsforstyrrelser. De ovennevnte fenomenene kalles hver for seg psykotiske symptomer, mens en psykose er en samlebetegnelse man bruker når flere psykotiske symptomer opptrer sammen og oppfyller diagnosekriteriene for en psykoselidelse. Generelt sett kjennetegnes psykoser og psykotiske symptomer av at de medfører en forstyrret virkelighetsoppfatning og realitetsbrist for pasienten (10, 11).

Symptomene som oftest sees ved psykoselidelser deles i litteraturen inn i positive og negative symptomer. Negative symptomer kjennetegnes av tap eller reduksjon av normale psykiske funksjoner. Det vil oppleves av andre som at normale egenskaper ved en person faller bort. Eksempler på slike symptomer er apati, avolisjon og sosial tilbaketrekning (12, 13). Positive symptomer kjennetegnes av forsterkning eller tillegg av psykiske funksjoner. Dette omfatter vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser (2, 13).

Vrangforestillinger er en virkelighetsoppfatning som tydelig avviker fra den faktiske realitet og som ikke deles av andre. For å kunne kalle en oppfatning av virkeligheten for vrangforestilling, må personens oppfatning være tilnærmet umulig å påvirke, samt ha manglende grunnlag eller bevis på at det personen mener stemmer (11). Vrangforestillinger kan være av ulik karakter, for eksempel paranoide, grandiose, selvhøfrende eller bisarre (13). *Hallusinasjoner* er sanseopplevelser uten at det foreligger ytre stimuli som kan forklare opplevelsen, men som oppleves som reell for den det gjelder. Dette kan ramme alle kroppens fem sanser, men det vanligste når det gjelder funksjonelle psykoselidelser er hørselshallusinasjoner (2, 11). *Tankeforstyrrelser* refererer til tenkningens form, og defineres som forstyrrelser i tankenes struktur og organisering. Vrangforestillinger er til sammenligning en forstyrrelse i tankeinnholdet, mens tankeforstyrrelser er en forstyrrelse i tankenes system og form. Dette kan presenteres som mangel på fokus i samtale, det å svare på noe annet enn spørsmålet, ufullstendig og uforståelig tale, fullstendig talestopp eller overdreven taleflyt (2, 13).

Psykose er altså ikke én diagnose, men en samlebetegnelse på en tilstand der summen av overnevnte symptomer medfører forstyrret virkelighetsoppfatning. En slik tilstand kan sees ved ulike diagnoser. Samlet sett kalles disse psykoselidelser (11, 14). Psykoselidelsene har altså noenlunde like symptombilder, men forskjellen er at de blant annet har ulike årsaker, sammensetning av og grad av symptomer. Psykoser kan være kortvarige, eller langvarige. De kan debutere akutt, eller gradvis over flere måneder og år. Psykoselidelser deles i litteraturen inn etter hvorvidt de er konsekvens av påvisbar sykdom (sekundære psykoselidelser) eller ikke (primære psykoselidelser). De sekundære psykosene er dermed organisk betingede, mens de primære er såkalt funksjonelle lidelser (2, 3, 14, 15). Jeg vil i denne oppgaven fokusere på de funksjonelle psykoselidelsene.

1.3 Sekundær psykose

De sekundære psykoselidelsene er altså følger av ulike organiske tilstander. Noen eksempler på slike tilstander er systemiske metabolske forstyrrelser som thyroidealidelser, og hjernespesifikke årsaker som Parkinsons, hjerneslag og tumor cerebri (14, 15). Blant eldre er de sekundære psykosene vanligst, mens det blant yngre er de funksjonelle psykosene som dominerer (2, 16). Fordi fokus i oppgaven er funksjonelle psykoser, faller en del av de vanligste psykoselidelsene blant eldre utenfor oppgaven. Fokus er satt slik hovedsakelig fordi

det allerede finnes mye forskning på de vanligste sekundære psykoselidelsene blant eldre, herunder demensutløst psykose og delirium. Det er også gjort for å begrense oppgavens omfang, da omfanget ellers ville blitt for stort. For å gi en mer helhetlig oversikt, er to av de vanligste sekundære psykoselidelsene likevel beskrevet i korte trekk nedenfor.

Delirium og demens utgjør en betydelig andel av sekundære psykosetilfeller blant eldre. Delirium er en akutt, reversibel forstyrrelse av oppmerksomheten og reduksjon av den kognitive funksjonen (1, 3, 14, 16). Demens utgjør den vanligste årsaken til psykoser blant eldre, og 30-70% av pasienter med demens opplever psykose i løpet av sykdomsforløpet (14). Symptomatologien ved disse tilstandene kan være relativt lik det som observeres ved funksjonelle psykoselidelser, noe som kan føre til feiltolking av diagnose og videre forsinkelse i behandlingsoppstart. Ved akutt debut av psykotiske symptomer over timer-dager bør man mistenke delirium. Funksjonelle psykoselidelser har sjeldent akutt/subakutt debut, men utvikler seg over tid og er som regel innledet av en prodromalfase i forkant (3, 12, 16). Man ser en økt hyppighet av synshallusinasjoner hos psykotiske pasienter med en demenslidelse i bunnen, mens hørselshallusinasjoner er vanligst ved funksjonelle psykoser. Dersom en eldre pasient forteller om hørselshallusinasjoner, bør det vurderes om det kan foreligge en funksjonell psykose. Symptombildet kan således til en viss grad brukes for å skille mellom funksjonell og sekundær psykose (2, 3).

1.4 Funksjonell psykose

Funksjonelle (primære) psykoser er psykoser som ikke er sekundære til andre tilstander som blant annet organisk sykdom, medikamentbruk og ruspåvirkning (15, 17, 18). Basert på hvilket diagnosesystem man bruker, foreligger det noe variasjon i hvilke diagnoser som inkluderes under begrepet. Jeg har valgt å fokusere på de fire vanligste funksjonelle psykoselidelsene, som alle er inkludert under primære psykoser i både ICD-11 og DSM-5. Disse er henholdsvis schizofreni, schizoaffektiv lidelse, akutt forbigående psykose og paranoid psykose (17, 18). Jeg vil under, i korte trekk, gå nærmere inn på hver av disse.

1.4.1 Schizofreni

Schizofreni er den hyppigst forekommende funksjonelle psykoselidelsen blant både unge og eldre på verdensbasis, og har en livstidsprevalens på mellom 0.3% - 1% (2, 9, 14, 19).

Symptomdebut er vanligvis i 25-årsalderen, men en del har debut etter fylte 60 år. Tidligere

studier finner at lidelsen er hyppigst blant menn i ung alder, og kvinner i eldre alder (11, 14). Schizofreni som oppstår før 40-årsalderen kalles Early Onset Schizophrenia (EOS), etter 40-årsalder Late Onset Schizophrenia (LOS) og etter 60-årsalder Very Late Onset Schizophrenia (VLOS) (2, 4, 11, 14).

Det antas at sykdommen skyldes et samspill mellom genetikk, miljø samt biokjemiske og patofysiologiske forandringer i hjernen. Årsaksforholdene for de fleste funksjonelle psykoselidelser er sammenfallende, og nevnte årsaksfaktorer er derfor relevant med tanke på alle de funksjonelle psykoselidelsene nevnt i oppgaven (2, 9, 11, 13).

- Genetikk antas å spille en rolle for utvikling av schizofreni, og opp mot 85% av risikoen for schizofreni antas å være arvelig betinget (2, 9, 11, 13). Schizofreni som oppstår sent i livet er mindre forbundet med arvelighet, og ofte har disse pasientene hatt bedre funksjon før diagnosetidspunktet enn de som diagnostiseres i yngre alder (2).
- En rekke miljøfaktorer påvirker risikoen for utvikling av schizofreni, deriblant urbant oppvekstmiljø, cannabisbruk, virale CNS-infeksjoner i barndommen, toxoplasma gondii-infeksjoner, alder på barnefar >50 år ved fødselstidspunktet samt en rekke obstetriske komplikasjoner (2, 9). De obstetriske risikofaktorene innebærer maternelle infeksjoner og sulting i svangerskapet, preeklampsi, prematuritet, lav fødselsvekt m.m. (9). Samspillet mellom genetisk sårbarhet og miljøfaktorer som forsterker sårbarheten ytterligere, kan medføre avvik i utviklingen av nervesystemet og senere utvikling av enkeltvis psykosesyntomer eller -lidelser (2, 9).
- De best etablerte biokjemiske hypotesene i sykdomsutviklingen av schizofreni, er henholdsvis dopamin- og glutamathypotesen (2, 9, 12, 20). Symptomene kan trolig delvis forklares av en ubalanse i dopaminnivået i CNS i form av en hyperdopaminerg tilstand i hjernen (9, 13, 20). Glutamathypotesen omhandler en dysfunksjon i NMDA (N-metyl-D-Aspartat) reseptorene. Hos pasienter med schizofreni finner man en hypoaktivitet i disse reseptorene (12, 20). Det antas at også andre neurotransmittere som serotonin, acetylcholin og noradrenalin spiller en rolle i patofysiologien bak schizofreni, men man vet for lite om disse hypotesene (2, 9).
- Patofysiologien bak schizofreni er ikke fullstendig kartlagt, men noen mekanismer og forhold er påvist. Den neurale aktivitet i anterior cingulate cortex (ACC), hippocampus (HC) og prefrontal cortex er påvist å være endret hos pasienter med schizofreni (9, 12). Strukturene ACC, HC og hele cortex er redusert i størrelse, mens ventriklene har økt volum. Dette resulterer i unormal funksjonalitet i de limbiske strukturene ACC og HC, samt mellom de nevnte limbiske strukturene og thalamus (2,

9, 12). Dette kan gi symptomer som motivasjonstap, apati og reduksjon av viljestyrte handlinger (12).

Pasientene med schizofreni har ofte symptomer i en såkalt prodromalfase i uker-år før psykosesykdommen bryter fullt ut. Fasen betegnes som en ikke-psykotisk tilstand (11-13). I denne fasen opptrer negative symptomer som er omtalt tidligere, og annen oppførsel som ikke vanligvis forbindes med personen (11, 12). Når psykosen så bryter ut, vil pasienten i tillegg til de negative symptomene også utvikle positive symptomer (13). Symptomene ved EOS, LOS og VLOS er relativt like, og diagnosekriteriene er de samme. Enkelte forskjeller i symptomatologien kan dog sees, deriblant at de med sen debut av schizofreni (LOS og VLOS) ofte har bedre bevart personlighet sammenlignet med pasienter med EOS (9). Andre forskjeller man kan se er mindre uttalt affektavflating, bedre kognitiv funksjon og bedre sykdomsinnsikt blant pasienter med sen debut sammenlignet med jevnaldrende kontrollobjekter med tidlig debut (3, 9, 14). Totalt sett har pasienter med sent debuterende schizofreni mindre symptomtrykk, og symptombildet domineres ofte av ett symptom (9).

Det finnes ingen spesifikke tester eller prøver som kan påvise schizofreni. Derfor baseres diagnostikken på en skjønnsmessig individuell vurdering av hvorvidt en pasient innfrir diagnosekriteriene eller ikke. Det må i tillegg være totalt fravær av andre somatiske funn som kan være forklarende årsak til psykosen (11).

1.4.2 Schizoaffektiv lidelse

Schizoaffektiv lidelse kjennetegnes ved symptomer på schizofreni og manisk/blandet eller depressiv episode, som varer minimum 4 uker. Affektiv lidelse vil si en lidelse som påvirker affeksjonene/følelsene/stemningen til en person. Ved den relaterte tilstanden bipolar lidelse veksler pasienten mellom maniske og depressive episoder, på samme måte som en pasient med schizoaffektiv lidelse. Forskjellen er at en pasient med schizoaffektiv lidelse i tillegg vil ha schizofreni-symptomer. Tilstanden kalles ikke schizoaffektiv lidelse dersom man har blandet bilde med affektiv og psykotiske symptomer samtidig. Det må derimot være et vekslende forløp med perioder med affektive symptomer og andre perioder med psykose, eller dersom psykotiske symptomer oppstår i et lengre forløp med affektiv lidelse (21, 22). Det kan med andre ord være vanskelig å skille schizoaffektiv lidelse fra ren schizofreni og fra bipolar eller depressiv lidelse. Grensen mellom tilstandene er uklar og er lite studert. Eldre

pasienter med schizoaffektiv lidelse har en subjektiv opplevelse av å ha betydelig dårligere fysisk og psykisk helse enn pasienter med schizofreni, men de har ofte høyere grad av sosial fungering (23).

1.4.3 Akutt forbigående psykose

Akutte forbigående psykoser er psykoser med akutt utvikling fra tilsynelatende helt frisk til full psykoseutvikling på under to uker, og med full remisjon innen 2-3 måneder. Denne tilstanden opptrer hos ellers tilsynelatende friske mennesker, og opptrer typisk innen 2 uker etter store psykososiale belastninger eller livshendelser. Dersom ikke full remisjon oppnås innen 2-3 måneder, må andre diagnoser vurderes. Symptomene kan variere mye, men kan i noen tilfeller ligne symptomer ved schizofreni. Noen typiske symptomer er hallusinasjon, vrangforestillinger, kaotiske følelser, brå stemningsendring og klart endret adferd (21).

1.4.4 Paranoid psykose

Paranoid psykose, også kjent som vrangforestillingslidelse, debuterer ofte etter fylte 45 år. Diagnosen stilles når en pasient har hatt vrangforestillinger med minimum varighet på 3 måneder, men ofte langt lengre (24). Dette skiller seg fra andre psykoselidelser ved at pasienter med paranoid psykose kun har vrangforestillinger som symptom, og ingen øvrige psykosesymptomer. Dersom man i tillegg til vrangforestillinger også har symptomer som hallusinasjoner eller affektive symptomer, vil schizofreni være mer sannsynlig diagnose (2, 3). Paranoid psykose er assosiert med personlighetsforstyrrelser (paranoid og schizoid type) samt tidligere opplevde traumer, hørselstap og lav sosioøkonomisk status (3).

1.5 Prevalens av psykose blant eldre

Det viser seg at depresjon og demens er de psykiske lidelsene som opptrer hyppigst blant eldre mennesker. Dette er også de alderspsykiatriske temaene det har vært forsket mest på. Andre tema innenfor alderspsykiatri har fått mindre oppmerksomhet, deriblant psykoselidelser (1, 2). En del forskning er gjort også innenfor dette feltet, men fokus er ofte på de sekundære psykoselidelsene og det finnes dermed lite forskning innen funksjonelle psykoselidelser. Noen originalstudier som ser på prevalens av funksjonelle psykoser blant eldre finnes, men fortsatt mangler en oversiktsstudie innenfor dette feltet. Mitt søk viser at eksisterende review-artikler på området enten ser på forekomst av funksjonelle psykoselidelser uten å skille mellom aldersgruppene, eller skiller ikke tydelig mellom

funksjonelle og sekundære psykoselidelser. Gjennom flere søk i databasene Embase og Medline i forsøk på å avdekke eksisterende litteratur på området, fant jeg to relativt oppdaterte review-artikler, av Colijn et al. og Moreno-Küstner et al. (19, 25).

I litteraturstudien «Psychosis in later life» av Colijn et al. fra 2015, var hensikten å sammenfatte eksisterende informasjon innenfor feltet psykoser blant eldre (19). Studien så på forekomst av sekundære og primære psykoser hver for seg, og skilte også mellom de ulike primære psykoselidelsene. Dette er en oversiktlig fremstilling. Studien fant en prevalens av schizofreni blant dem over 65 år til å være 0.3%, schizoaffektiv lidelse til 0.04% og vrangforestillingslidelse til 0.18%. Studien har satt aldersgrensen for inklusjon til gjennomsnittlig eller median alder >40 år. Dette tillater inklusjon av studier som ser på langt lavere aldersgrupper enn det som normalt betegnes «eldre» mennesker. Jeg har tidligere vært innom fastsetting av aldersgrense for det man kaller «geriatri», hvor en nedre geriatrik grense mellom 50-70 år brukes hyppig i litteraturen. En grense på 40 år er altså betydelig lavere enn det som frekventerer litteraturen. Studien har også lite gjennomiktig analyse, med klare mangler i metoden. Eksempler på mangler i metoden er mangel på beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det fremkommer heller ikke hvordan inkluderte studier er vurdert for kvalitet. Nevnte faktorer svekker studiens kvalitet og problematiserer bruken av studiens resultater, da man som leser ikke vet på hvilket grunnlag studier er inkludert/ekskludert (19).

I litteraturstudien av Moreno-Küstner et al. fra 2018 var hensikten å lage en oppdatert systematisk oversikt over tidligere psykose-prevalensstudier, samt se på metodologiske ulikheter studiene imellom som kan bidra i forklaringen av variasjonen i prevalens (25). Studien tar for seg alle aldersgrupper og gir dermed en god oversikt over aldersuavhengig forekomst av psykoselidelser, men skiller ikke aldersgruppene fra hverandre, og viser dermed ikke prevalens for eldre isolert sett. Det er heller ikke helt tydelig hvorvidt sekundære psykoser er medregnet i studiens definisjon av psykose, da det ikke er oppgitt spesifikt hvilke diagnoser som er inkludert/ekskludert. Studien fant en livstidsprevalens for psykoser i alle aldersgrupper på 0.75%, en ettårsprevalens på 0.40%, og en punktprevalens på 0.39% (25).

Litteraturen mangler en fullstendig oversikt over prevalens av funksjonelle psykoser blant eldre. Så vidt meg bekjent, er det ikke tidligere gjort et review som tar for seg prevalens av funksjonelle psykoselidelser blant eldre. Det ble derfor vurdert som ikke mulig å lage en

oppgave som bygger videre på tidligere reviews, nettopp av den årsaken at slike studier mangler. Det ville vært lite hensiktsmessig å bygge videre på en studie med ulik problemstilling, eller med klare mangler i gjennomførelsen. Det er i tillegg utgitt svært få originalstudier på dette feltet de siste årene etter utgivelsen av tidligere reviews. Oppgaven er derfor basert på et systematisk litteratursøk som ser på alle studier gjort innenfor dette tema fra 1985-2022. Eksisterende forskning på feltet bærer som nevnt preg av bredere problemstillinger, og tar for seg enten flere eller alle aldersgrupper, psykoser som helhet eller er av dårlig kvalitet og har klare mangler i utførelsen. Min oppgave har til hensikt å supplere den ufullstendige kunnskapen som hittil eksisterer etter tidligere forskning, gjennom å tilføre kunnskap om forekomst av funksjonelle psykoselidelser blant den eldre befolkningen. Det er etterstrebet at studien skal følge oppdaterte retningslinjer for utførelse (PRISMA), samt ha gjennomsiktighet i metoden, slik at det tydelig fremkommer hvordan studien er utført (1, 9, 20).

1.6 Formål

Formålet med denne oppgaven er å kartlegge prevalens av funksjonelle psykoselidelser blant eldre. Oppgaven er en litteraturstudie, og skal gi en oversikt over publisert forskning på feltet. Hensikten med å øke kunnskapen om prevalens, er å kunne bidra til bedre diagnostikk og muligens bedre behandling av denne pasientgruppen. Det vil være nyttig da vi går en fremtid med økende andel eldre i møte.

2 Materiale og metode

2.1 Design

For å besvare problemstillingen ble det i samarbeid med veileder besluttet at det mest hensiktsmessige ville være å gjennomføre et systematisk litteratursøk, og oppgaven skrives dermed som en litteraturstudie. En slik studie har som hensikt å systematisk innhente og sammenfatte eksisterende informasjon for å kunne svare på en gitt problemstilling. Et slikt design egner seg godt for å detektere tilgjengelig informasjon rundt et valgt tema, og dermed kunne oppsummere større mengder kunnskap på en så objektiv måte som mulig. I min oppgave med hensikt å kartlegge prevalens innenfor en bestemt befolkningsgruppe, vil et slikt studiedesign være godt egnet.

Oppgaven er som nevnt skrevet som en systematisk litteraturstudie, hvor datainnsamlingen og sorteringen av resultater, er utført ved bruk av meta-analytiske teknikker. Det er derimot ikke utført noen samlet analyse av alle resultatene, da forskjellene i metodologi mellom studiene ble funnet for store til at det var hensiktsmessig. Ikke alle systematiske litteraturstudier inneholder en samlet meta-analyse, hvor alle resultatene slås sammen, men kan likevel gi en oversikt over litteraturen.

Det er forsøkt, så langt det har latt seg gjøre, at oppgaven skrives i henhold til PRISMA-retningslinjene (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses). PRISMA er en 27-punkts sjekkliste for å utarbeide og rapportere systematiske oversikter og meta-analyser (26). Hovedprinsippene i PRISMA-sjekklisten er fulgt, men punkter som omhandler bias og samlet meta-analyse er ikke fulgt grunnet manglende relevans for min oppgave. Alle punkter under tittel, abstrakt og introduksjon er fulgt. Under metode, er punktene vedrørende informasjonskilder, søkeprosess og -strategi, seleksjonsprosess og datainnsamling fulgt. Under resultater er samtlige punkter fulgt, foruten de som gjelder bias og meta-analyse. Under diskusjon er samtlige punkter fulgt.

2.2 Systematisk litteratursøk

2.2.1 Databaser

Resultatene i oppgaven er hentet fra et systematisk litteratursøk i de medisinske databasene Ovid Medline og Embase. Ved å tidlig i prosessen søke rundt i flere ulike databaser som blant annet Google Scholar, Pubmed, Embase og Ovid Medline, ble valget av de to nevnte databasene tatt på bakgrunn av mengde detektert relevant litteratur. Ovid Medline og Embase er to databaser med stor tilgjengelighet av artikler av vitenskapelig art innenfor det medisinske fagfelt. Innhenting av informasjon til oppgaven har skjedd på en systematisk måte ved bruk av definerte termer, komplementert med fritekst-søk.

Begge databasene benytter ulike emneordsystemer, henholdsvis MeSH-termer (Medical Subject Heading) i Medline og Emtree-termer i Embase. Bruk av disse termene gir mulighet for et presist søk blant artikler hvor fagpersonell har vurdert artiklene til å omhandle temaet definert som en term. Siden de to ulike databasene har ulike term-systemer, vil begrepene variere noe og søkene blir dermed ikke identiske. Noen termer finnes identiske i begge systemene, mens de fleste vil man finne en ulik variant av innenfor samme tema. Jeg har

forsøkt å finne tilsvarende termer i begge databasene. Både Medline og Embase gir mulighet til å eksplodere (Exp) termene, for å fange opp underordnede og mer spesifikke emneord til det aktuelle termet i søket. Dette har jeg brukt bak enkelte mer uspesifikke termer. Jeg har spesifisert søket til å lete i tittel, abstrakt og nøkkelord (ti,ab,kw) for å ekskludere mindre relevante artikler.

2.2.2 Søkeord

Litteratursøket gjennomført i de to databasene Medline og Embase, er utført i Advanced Search modus. I søket ble spesifikke termer og fritekstsøk kombinert. Se under for fremstilling av søkeord, både i tekstformat og i tabell 1. I tillegg til de forhåndsbestemte termene, henholdsvis MeSH og Emtree, har jeg inkludert fritekstsøk for å få med flere relevante artikler da utvalget av termer er veldig begrenset. Det fantes lite termer rundt mitt tema med funksjonelle psykoser, foruten termer rundt schizofreni-diagnosen. Derfor ble det vurdert som viktig å inkludere fritekstsøk. Fritekstsøkene inkludert er et resultat av mye prøving og feiling, hvor de inkluderte søkene var de som gav flest relevante treff. Ved å snevre inn søkeordene til for eksempel *functional psychoses* eller *primary psychoses*, mistet jeg mange artikler og det ble derfor bestemt å beholde søket vidt med den konsekvens å måtte grovselektare et større antall artikler i etterkant. Dette understøtter mistanken om lite eksiterende forskning innenfor dette feltet.

Medline: (Exp schizophrenia OR Exp psychotic disorders) AND (aged OR aged, 80 and over OR geriatrics) AND (Exp prevalens) OR (late onset psychosis OR late life psychosis OR geriatric schizophrenia OR very late onset schizophrenia OR late onset schizophrenia OR geriatric psychosis)

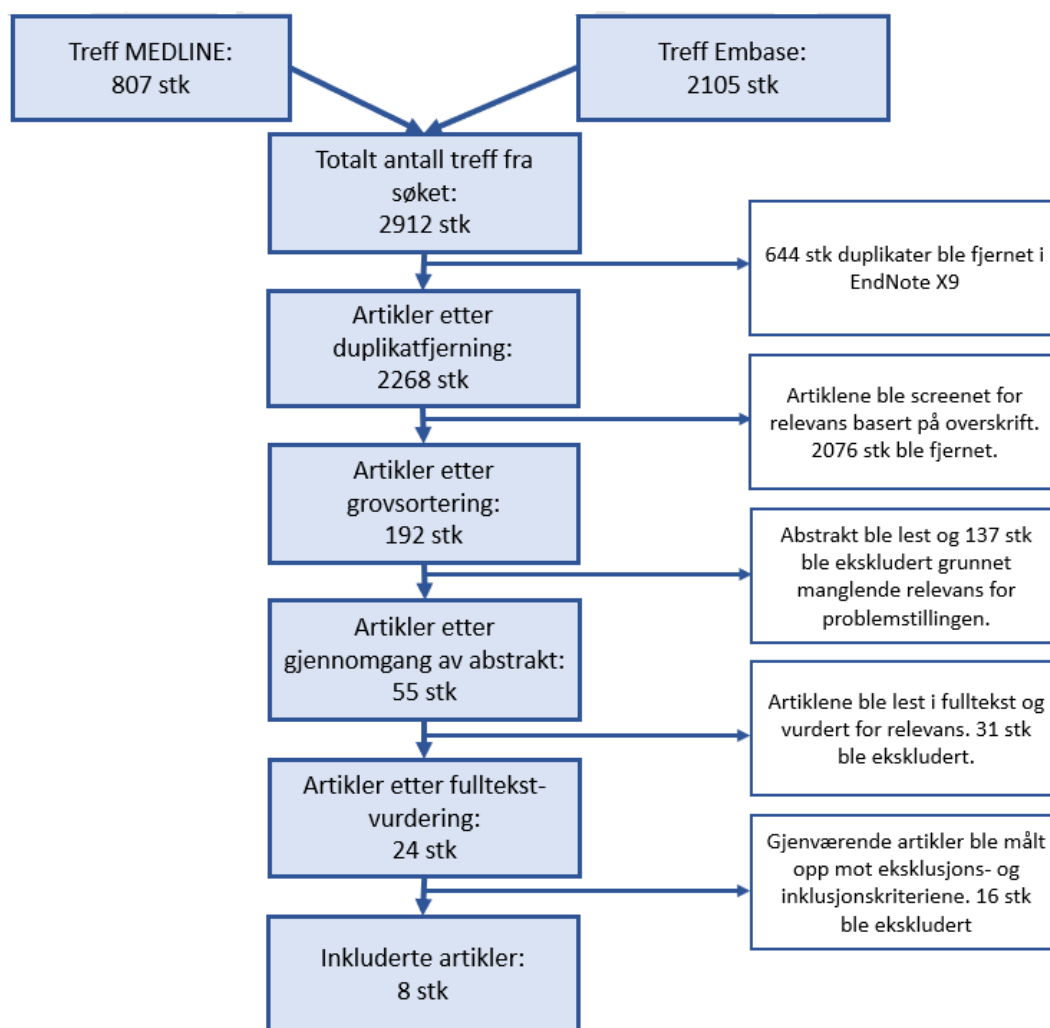
Embase: (Schizophrenia OR psychosis OR schizoaffective psychosis OR paranoid psychosis OR acute psychosis) AND (aged OR geriatrics OR elderly care) AND (exp prevalens) OR (late onset psychosis OR late life psychosis OR geriatric schizophrenia OR very late onset schizophrenia OR late onset schizophrenia OR geriatric psychosis)

Tabell 1: Søkeord

Database	Populasjon	Eksposisjon	Utfall	Fritekstsøk
Medline	Exp Aged OR Exp Aged, 80 and over OR Exp Geriatrics	Exp Schizophrenia OR Exp Psychotic disorders	Exp Prevalence	Late onset psychosis OR Late life psychosis OR Geriatric schizophrenia OR Very late onset schizophrenia OR Late onset schizophrenia OR Geriatric psychosis
Embase	Exp Aged OR Exp Geriatrics OR Exp Elderly care	Exp Schizophrenia OR Exp psychosis OR Exp schizophrenia spectrum disorder	Exp Prevalence OR Exp Occurance	

2.3 Selektering

Litteratursøket ble gjennomført i august 2021. Gitt den noe brede problemstillingen, var jeg allerede fra start klar over at søket ville resultere i flere hundre artikler. Jeg anså det som ikke mulig å snevre inn problemstillingen ytterligere uten å måtte endre på formålet med oppgaven og det tema jeg ønsket å skrive om. Søket gav i alt 2912 treff, 807 treff i Medline og 2105 treff i Embase. Artikkene ble eksportert til EndNote X9 hvor alle duplikater ble fjernet, totalt 644 duplikater. Dermed sto jeg igjen med 2268 artikler, hvor alle overskriftene ble screenet i forhold til relevans. Etter grovsorteringen basert på overskrift sto jeg igjen med 192 artikler. Av disse 192 artikkelene ble abstrakt lest og 137 artikler ble ekskludert grunnet manglende relevans for problemstillingen. Av de gjenværende 55 artikkelene ble alle lest i fulltekst og vurdert for relevans, hvor ytterligere 31 ble ekskludert. De resterende 24 artikkelene ble så vurdert opp mot eksklusjons- og inklusjonskriteriene og til slutt ble åtte artikler inkludert i studien. Se under for inklusjons- og eksklusjonskriterier. De siste 16 artikkelene ble ekskludert grunnet manglende relevans med tanke på å detektere prevalens av funksjonell psykose i den eldre befolkningen. Se flytskjema i figur 1 for skjematisk fremstilling av seleksjonsprosessen.



Figur 1: Flytskjema over seleksjonsprosessen

2.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Bare studier gjennomført i europeiske land eller i Nord-Amerika ble inkludert da vestlige land er forventet å være sammenlignbare med tanke på levestandard, samfunn og helse i Norge og dermed overførbare. Studier gjennomført før 1985 ble ekskludert da de er forventet å ha noe mindre relevans for dagens forhold. Bare originalartikler ble inkludert i studien, men relevante review-artikler ble lest i fulltekst og aktuelle originalartikler fra deres referanselister ble lest, analysert og inkludert dersom de oppfylte inklusjonskriteriene. Fra mitt søk ble referanselistene til de to review-artiklene Moreno-Küstner et al. og Colijn et al. gjennomgått, hvor bare en originalartikkel innfridde inklusjonskriteriene og ble inkludert i oppgaven.

I min oppgave har jeg valgt å sette nedre aldersgrense for inklusjon i studien til 60 år. Dette fordi jeg ved å sette grensen til 65 år, ville ekskludert en stor andel av utenlandske studier da

WHO's og flere lands nedre grense er satt til 60 år. Med bakgrunn i dette samt med tanke på at diagnosen Very Late Onset Schizophrenia er definert som debut etter 60-årsalder, ville det vært lite hensiktsmessig å sette en høyere aldersgrense for inklusjon enn 60 år. Termen «aged, 80 and over» ble inkludert i søket da utvalget av relevante aldersspesifikke termer var lite, samt for å ikke utelukke relevante artikler som inkluderer pasienter over 80 år på tross av at aldersgrensen for inklusjon i min oppgave er satt til 60 år.

Eksklusjonskriterier:

- Studiepopulasjon under 60 år
- Differensierer ikke mellom primære og sekundære psykoser
- Utgivelsesår før 1985
- Ikke tilgjengelig i fulltekst

Inklusjonskriterier:

- Ser på prevalens av funksjonelle psykoser blant eldre
- Gjennomført i vestlig land (Europa og Nord-Amerika)
- Tilgjengelig i fulltekst via UiT
- Engelsk- eller skandinavisk-språklig
- Originalstudier

2.4 Datainnsamling og analyser

Alle åtte artikler ble lest i fulltekst i papirform og relevant informasjon ble ekstrahert fra artiklene. Ekstraksjonen ble utført av forfatter, og på forhånd ble det bestemt hvilke data/elementer som skulle ekstraheres for å sikre at de samme elementene ble vurdert og ekstrahert fra alle artiklene. Slik sikret jeg at artiklene ble vurdert for de samme elementene, og samlet relevant informasjon på en oversiktlig måte. Elementene som ble vurdert og ekstrahert fra artiklene var førsteforfatter, utgivelsesår og -land, metoder og diagnostiske verktøy brukt, inkluderte diagnoser, populasjonsgruppe, prevalenstype, informasjonskilder og studiekvalitet. I tillegg til nevnte elementer, ble det også bestemt å ekstrahere data vedrørende risikofaktorer fra studier hvor det er studert. Dette er derimot ikke hovedformålet for oppgaven, og er derfor ikke inkludert i søket.

Populasjonsgruppe varierte fra generell befolkning til mer spesifikke pasientgrupper i helse- og omsorgstjenester. Informasjonskilde benyttet varierte mellom pasientene selv, pårørende, behandlere, journalsystemer eller databaser. Prevalenstype varierte mellom punktprevalens,

periodeprevalens og livstidsprevalens. Type prevalens kan være av stor betydning for studiers resultat, og ble derfor funnet viktig å ta med. De ulike studiene har valgt å inkludere diagnoser på noe ulikt grunnlag, enkelte har satt tydeligere diagnostiske kriterier enn andre, mens noen bruker bredere diagnosebegreper. Utelukkende prevalenstall relatert til funksjonelle psykoselidelser ble ekstrahert under datainnsamlingen da dette er fokus for oppgaven, herunder schizofreni, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingslidelse, akutte forbigående psykoser og uspesifisert ikke-organisk psykose.

Det er ikke utført noen samlet analyse av dataene fra studiene grunnet for stor variasjon i metodologi og gjennomføring av studiene. Heterogenitet blant studiene ble vurdert og funnet for stor for å kunne utføre en samlet analyse. Det ble bestemt å presentere resultatene fra de ulike studiene, variabel for variabel for å gjøre det så oversiktlig som mulig. Metodologiske forskjeller nevnes mer i både resultat- og diskusjonsdelen.

2.4.1 Kvalitetsvurdering

Alle artikler inkludert ble kvalitetsvurdert. Dette ble gjort ved å bruke JBIs (Joanna Briggs Institute) sjekklister for kritisk kvalitetsvurdering av studier (27). Det finnes ulike sjekklister for hvert av de ulike studiedesignene, og skjema ble gjennomgått og utfyllt for hver enkelt studie basert på dets studiedesign under vurderingen av kvalitet. Dermed er artiklene kvalitetsvurdert på en homogen måte. Kvalitetsvurdering og begrunnelse for vurdering vil ikke bli gått inn på i detalj, men enkeltfaktorer fra vurderingene vil bli diskutert under diskusjonsdelen.

3 Resultater

3.1 Inkluderte studier

Totalt ble åtte artikler identifisert og inkludert i oppgaven gjennom litteratursøk og gjennomgang av artiklene. Alle inkluderte artikler er originalartikler utgitt mellom 1985-2022, og er utført i fem ulike vestlige land. Alle inkluderte artikler rapporterer prevalens av funksjonelle psykoser i den eldre befolkningen, og er engelskspråklige. Nøkkelinformasjon fra de inkluderte artiklene er presentert i tabell 2. Artiklene inkludert i analysen ble som nevnt under materiale og metode, funnet å ha store metodologiske forskjeller. Det dreier seg i hovedsak om ulike prevalensmål, diagnostiske kriterier, bruk av informasjonskilder og populasjonsgrupper.

De fleste av de inkluderte studiene målte prevalens i periodeprevalens (28-33), en artikkel målte livstidsprevalens (34) og en artikkel målte punktprevalens (35). Samtlige studier inkludert er tverrsnittstudier, som er forventet da det er et vanlig studiedesign for prevalensstudier (28-35). De ulike artiklene inkluderer noe ulike diagnoser, noen flere enn andre. Samtlige av studiene foruten en, oppgir den samlede prevalensen for funksjonell psykose, og noen studier måler også prevalens av spesifikke funksjonelle psykoselidelse hver for seg (29, 32, 34, 35). Av dem som ser på spesifikke diagnoser, tar alle for seg schizofreni, tre inkluderer schizoaffektiv lidelse (29, 32, 34), og tre inkluderer vrangforestillingslidelse (29, 32, 35). Studiene brukte ulike populasjonsgrupper for å finne studiedeltakerne. Flertallet ble utført blant pasienter i helse- og/eller sosialtjenester (28, 29, 32, 33, 35), og de resterende ble utført blant den generelle befolkningen (30, 31, 34). Det sees også variasjon når det gjelder hvilke informasjonskilder de ulike studiene har brukt under diagnostiseringen. De fleste studiene har basert informasjonsinnhenting på pasienten selv, mens noen har brukt komparentopplysninger i tillegg til pasienten selv (30, 31). Alle inkluderte studier ble som nevnt kvalitetsvurdert ved bruk av skjema fra JBI, og samtlige studier ble funnet å være av god kvalitet (27). Enkelte faktorer fra særlig metode trakk noen av studiene ned i kvalitet, men de ble funnet gode nok for inklusjon.

Oversikt over inkluderte artikler følger i tabell 2.

Tabell 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter, land, år	Tittel	Studiedesign	Hva ble målt?	Resultat/konklusjon
Widerlöv et al. Sverige 1997	One-year prevalences of long-term functional psychosis in three different areas of Uppsala	Tverrsnittstudie	Ettårsprevalens av «long-term psychosis» (LFP) som inkluderer schizofreni, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingslidelse og psykose uspesifisert type	Prevalens av funksjonelle psykoser blant de >65 år, var 0.78% i landlige strøk, 0.89% i perifere byområder og 0.63% i sentrale bykjerne.

Meesters et al. Nederland 2012	Schizophrenia spectrum disorders in later life: prevalences and distribution of age at onset and sex in a dutch catchment area	Tverrsnittstudie	Ettårsprevalens av schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforestillingslidelse	Total prevalens av funksjonelle psykoser i eldre alder var 0.71%. Prevalens for schizofreni var 0.55%, schizoaffektiv lidelse var 0.14% og vrangforestillingslidelse var 0.03%.
Östling et al. Sverige 2019	Is the prevalence of psychosis in the very old decreasing? A comparison of 85-year-olds born 22 years apart	Dobbelt tverrsnittstudie	Ettårsprevalens av psykosesymptomer som ikke skyldes demens, delirium, medisinsk tilstand eller terminalfasen	Prevalens av psykosesymptomer sank fra 10.1% i tidsrommet 1986-1987, til 3.2% i 2008-2010.
Perälä et al. Finland 2007	Lifetime prevalences of psychotic and bipolar I disorders in a general population	Tverrsnittstudie	Livstidsprevalens av schizofreni, schizoaffektiv lidelse og psykose uspesifisert type	Total prevalens av funksjonelle psykoser var 2.32%. Prevalens for schizofreni var 0.92%, schizoaffektiv lidelse var 0.11% og psykose uspesifisert type var 0.72%.
Leuchter et al.	The late-onset psychoses:	Tverrsnittstudie	Periodeprevalens av schizofreni,	Total prevalens av funksjonelle psykoser var

USA 1985	clinical and diagnostic features		schizoaffektiv lidelse og vrangforestillingslidelse	1.7%. Prevalens for schizofreni var 0.5%, schizoaffektiv lidelse var 0.1% og vrangforestillingslidelse var 0.5%.
Östling et al. Sverige 2007	Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds	Tverrsnittstudie	Periodeprevalens av schizofreni og psykosesymptomer som ikke skyldes demens, delirium, medisinsk tilstand eller terminalfasen	Prevalens av psykosesymptomer var 7.4%, hvorav 2.4% for schizofreni.
Forslund et al. Sverige 2020	Trends in psychiatric diagnoses, medications and psychological therapies in a large Swedish region: a population-based study	Tverrsnittstudie	Prevalens psykisk sykdom og funksjonell psykotisk lidelse.	Prevalens for psykotiske lidelser holdt seg stabil gjennom tidsperioden 2011-2017. Kvinner hadde en RR på 1.5-2, sammenlignet med menn for å utvikle psykisk sykdom.
Copeland et al. England 1998	Schizophrenia and delusional disorder in older age: community,	Tverrsnittstudie	Punktprevalens av schizofreni og vrangforestillingslidelse	Prevalens av schizofreni var 0.12% og vrangforestillingslidelse var 0.04%.

	prevalence, incidence, comorbidity and outcome			
--	---	--	--	--

3.2 Prevalenstill

3.2.1 Funksjonell psykose som helhet

Flere av studiene presenterer total prevalens av funksjonelle psykoselidelser, enten alene, eller som tillegg til mer spesifikke prevalenser (28, 29, 31, 32, 34). I studien av Leuchter et al fant man en periodeprevalens av sent debuterende funksjonell psykose blant eldre >60 år på 1.7% (32). Til sammenligning fant man i studien av Meesters et al en ettårsprevalens av funksjonelle psykoser i aldersgruppen 60-80 år på 0.71% (29). I studien av Östling fant man ettårsprevalens av psykotiske symptomer blant 85-åringene på 10.1% i 1986 og 3.2% i 2008, en nedgang på 6.9% i løpet av 22 år (31). I en studie gjennomført av Widerlöv et al i Uppsala fant man ettårsprevalens av funksjonell psykose i 3 ulike regioner av byen, som resulterte i en prevalens blant de over 65 år på 0.63-0.89% (28). I studien av Perälä et al. fant man en livstidsprevalens av funksjonelle psykoser blant dem >65 år på 2.32% (34).

Eksisterende litteratur fant med andre ord svært sprikende prevalenstill for funksjonelle psykoser i sin helhet, hvor tallene varierer fra 0.63% til 3.2% (28, 31).

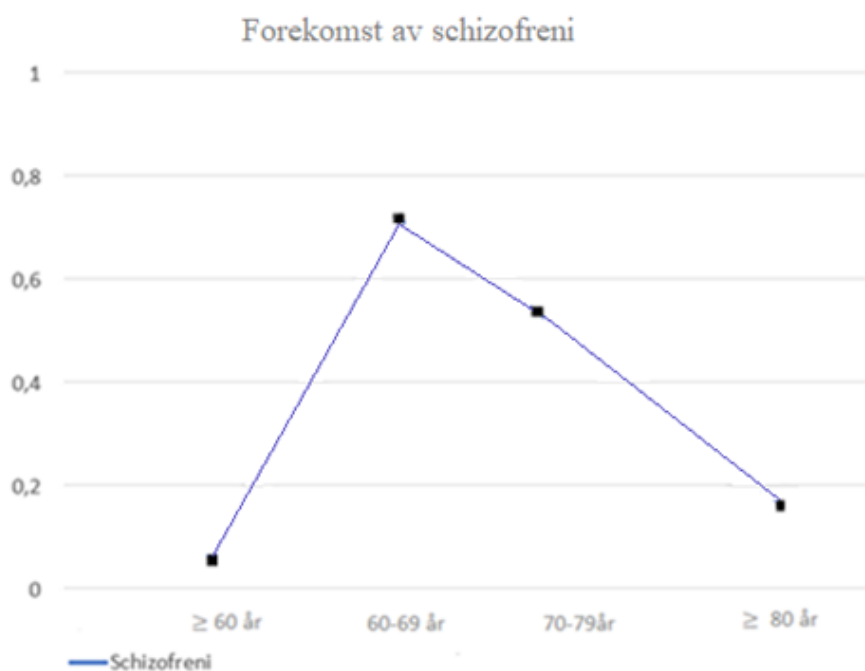
3.2.2 Schizofreni

Prevalensen for LOS og VLOS viser seg å være sprikende, og de ulike studiene inkludert i denne studien har funnet svært ulike tall når det gjelder schizofreni-prevalens, med en variasjon fra 0.12% - 2.4% (30, 35).

Meesters et al. undersøkte prevalens blant personer over 60 år, samt kartla spesifikt hvordan prevalensen varierte innad i de ulike aldersgruppene over 60 år. De fant en total ettårsprevalens av schizofreni blant dem over 60 år, på 0.55%. De spesifikke prevalenstillene for de ulike aldersgruppene mellom 60-80 år, er presentert i figur 2 (29). Leuchter et al. fant en periodeprevalens av schizofreni på 0.5% (32). Perälä et al. fant en livstidsprevalens av schizofreni >60 år på 0.92% (34). Studien av Copeland et al. fant den laveste prevalensen av

schizofreni, med en punktprevalens på 0.12% (35). Studien som resulterte i den høyeste prevalensen på 2.4%, er av Östling et al. og er gjennomført i en studiepopulasjon bestående av 95-åringar bosatt i Gøteborg. Studien er den eneste som har sett spesifikt på denne høye aldersgruppen for seg selv (30). En annen faktor som skiller Östlings studie fra andre som ser på prevalens av schizofreni, er bruken av komparentopplysninger fra nære pårørende (30).

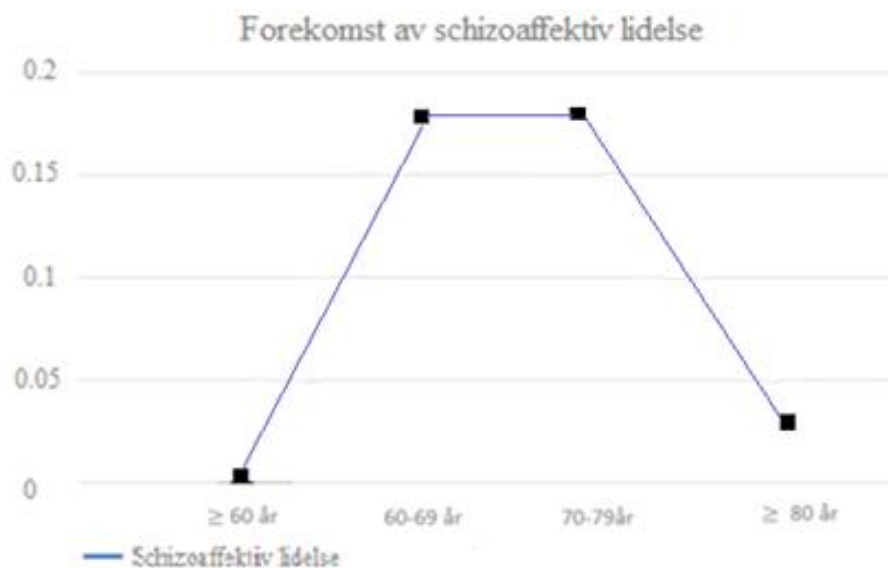
Samtlige studier inkludert konkluderte med høyere prevalens for schizofreni enn andre funksjonelle psykoselidelser som blant annet schizoaffektiv lidelse. Dette tyder på at schizofreni er den mest vanlige av de undersøkte funksjonelle psykoselidelsene blant eldre >60 år (29, 30, 32, 34, 35).



Figur 2: Prevalens av schizofreni (Meesters et al.)

3.2.3 Schizoaffektiv lidelse

Prevalensen av schizoaffektiv lidelse var svært lik i de ulike studiene, med en variasjon fra 0.10-0.14%. Leuther et al. fant den laveste periodeprevalensen på 0.10% (32). Perälä et al. med en livstidsprevalens på 0.11% (34). Meesters et al. fant en total ettårsprevalens blant dem over 60 år på 0.14%. Se figur 3 for prevalenstill for de ulike aldersgruppene mellom 60-80 år (29). Det viser seg altså at det er langt mer jevne prevalenstill blant schizoaffektiv lidelse enn for eksempel schizofreni eller den totale prevalensen av funksjonelle psykoselidelser.

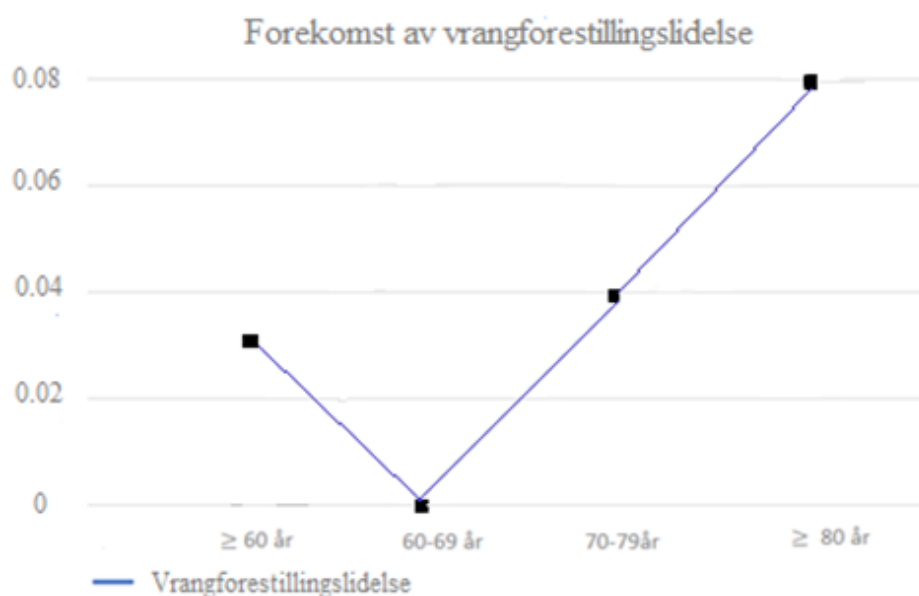


Figur 3: Prevalens av schizoaffektiv lidelse (Meesters et al.)

3.2.4 Vrangforestillingslidelse

Prevalensen av vrangforestillingslidelse varierte en del, med en variasjon fra 0.03%-0.60%. Studien av Östling et al. som undersøkte prevalens blant 95-åringene fant den høyeste prevalensen av vrangforestillingslidelse blant alle studiene som inkluderte denne diagnosen, med en ettårsprevalens på 0.60% (30). Leuchter et al. fant en periodeprevalens på 0.50% (32). Perälä et al. fant en livstidsprevalens på 0.46% blant dem >65 år (32). Copeland et al. fant en punktprevalens på 0.04% (35). Meesters et al. konkluderte med den laveste prevalensen av vrangforestillingslidelse hos dem >60 år, med en ettårsprevalens på 0.03%. Dette var den totale prevalensen blant dem >60 år, studien fant i midlertidig høyere prevalenser av vrangforestillingslidelse i de eldre aldersgruppene, se figur 4 (29).

Tallene varierer relativt mye innad i denne sykdomsgruppen, men alle studiene konkluderer generelt sett med lave prevalenser som indikerer at vrangforestillingslidelse utgjør en liten andel av eldre personer med funksjonelle psykoser.



Figur 4: Prevalens av vrangforestillingslidelse (Meesters et al.)

3.2.5 Menn versus kvinner

Flere studier har funnet høyere prevalens av schizofreni blant menn sammenlignet med kvinner i flere aldersgrupper, men særlig i alderen 20-30 år (28, 29). Studier i min oppgave finner motsatte resultater i de eldre aldersgruppene (29, 31, 34). Studiene rapporterer at prevalensen av schizofreni er høyere blant yngre menn (<40 år), sammenlignet med kvinner. Blant de eldre aldersgruppene (>60 år), er prevalensen av schizofreni høyere blant kvinner sammenlignet med menn. Samme tendens sees også for andre funksjonelle psykoselidelser (29). Den svenske studien av Forslund et al, konkluderte med at kvinner >65 år har en relativ risiko på 1.78 sammenlignet med menn for å få en psykiatrisk diagnose. Det ser ut til at kvinner, uavhengig av alder, har en forhøyet risiko for psykiatrisk uhelse sammenlignet med menn (RR 1.5-2) (33).

I en studie av Östling et al. hvor man undersøkte prevalens av psykosesymptomer i samme aldersgruppe med 22 års mellomrom, fant man tall som taler for en markant kjønnsforskjell. I kohorten med 85-åringene i 1987 hadde kvinner en RR på 1.4 sammenlignet med menn, med prevalenstallene 11.1% for kvinner og 7.7% for menn. I kohorten i 2010 fant man en RR for kvinner på 3.7 sammenlignet med menn, med prevalenstallene 4.4% for kvinner og 1.2% for menn. Studien konkluderte med at eldre kvinner (85 år) har høyere risiko enn menn for å ha funksjonell psykose (31).

Meesters et al. undersøkte prevalens av psykoser inndelt etter kjønn i 6 aldersgrupper fra 40 år og oppover til >80 år. Studiens resultater viste at kvinner hadde høyere prevalens enn menn i samtlige aldersgrupper >40 år. Forskjellen var størst i gruppen 70-79 år hvor kvinnene hadde en prevalens på 1.19% og mennene 0.17%. Den totale prevalensen av funksjonell psykose for personer over 60 år var 0.44% for menn og 0.90% for kvinner, omtrent nøyaktig dobbelt så høy prevalens for kvinner kontra menn (29). Perälä et al. fant lignende tall med en total prevalens av funksjonell psykose blant kvinner >65 år på 2.67%, og 1.71% for menn >65 år. Forskjellene var noe mindre innenfor schizofreni med prevalenser på henholdsvis 1% blant kvinner, og 0.78% blant menn (34). Leuchter et al. er den eneste studien inkludert som ikke fant noe signifikant kjønnsforskjell. De fant en 50/50 kjønnsfordeling blant pasientene med sent debuterende funksjonell psykose (32).

Oppsummert tyder likevel funn fra inkluderte studier på at eldre kvinner (>60 år) har høyere prevalens av funksjonelle psykoser sammenlignet med menn. Prevalensen er høyere blant kvinner i alle aldersgrupper etter fylte 60 år, trolig også etter fylte 40 år (29, 31, 33, 34).

3.3 Risikofaktorer

Noen av de inkluderte studiene ser på felles risikofaktorer blant studiedeltakerne med funksjonelle psykoselidelser, og jeg skal forsøke å sammenfatte disse under (29, 31, 33, 34).

Östling et al. sammenlignet risikofaktorer for funksjonell psykose blant den eldre befolkningen i Göteborg i 1987-1988 og i 2009-2010. De fant at den sterkeste assosiasjonen var forbundet med kvinnekjønn. Assosiasjonen var sterkere blant kohorten i 2009-2010 sammenlignet med 1987-1988. Andre risikofaktorer var utdanningsnivå, hvor man så en tydelig sammenheng mellom lavt utdanningsnivå og utvikling av funksjonell psykose. Ugifte og barnløse hadde også høyere risiko for psykoser, det samme gjorde seg gjeldende for de med paranoid personlighetsforstyrrelse. Funksjonshemming økte også risikoen for psykoser, særlig hørselstap, men også synstap. Synstap var forbundet med noe mindre risiko enn hørselstap, men øker fortsatt risikoen (31).

Meesters et al. har i sin studie kartlagt kjennetegn og egenskaper blant deltagerne i studien sin. Disse resultatene kan brukes som indikasjon på risikofaktorer blant studiepopulasjonen (29). Også Meesters fant en sterk korrelasjon mellom kvinner og funksjonell psykose, hvor 74.3% av alle som utviklet funksjonelle psykoselidelser i eldre alder var kvinner. Ugifte,

særlig dem som hadde vært ugifte hele livet, hadde også forhøyet risiko for å utvikle funksjonell psykose. Det samme gjaldt å bo alene, da var risikoen langt høyere enn dersom man bodde med andre. Meesters et al. fant ingen signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå og psykoseutvikling. Risikoen økte derimot betraktelig dersom man tidligere hadde vært innlagt ved en psykiatrisk enhet (29).

Hvis vi ser på funnene fra de to overnevnte artiklene, ser vi at det hovedsakelig er de samme risikofaktorene for funksjonell psykose som gjentar seg: kvinnelig kjønn, ugifte, lav sosioøkonomisk status, nedsatt funksjon i form av syns- og hørselstap samt tidligere psykiatrisk sykdom (29, 31). Funn fra flere ulike studier peker på at kvinnelig kjønn er en stor risikofaktor for å utvikle LOS og VLOS (29, 31, 33, 34).

4 Diskusjon

4.1 Hovedfunn

4.1.1 Prevalenstall

Resultatene viser sprikende prevalenstall av funksjonelle psykoselidelser i den eldre befolkningen. Når det gjelder funksjonelle psykoselidelser som helhet, varierer prevalensen fra 0.63-3.2% (28, 31). Prevalens av schizofreni varierer fra 0.12-2.4% (30, 35). Prevalens av schizoaffektiv lidelse varierer fra 0.10-0.14% (29, 32), og prevalens av vrangforestillingslidelse varierer fra 0.03-0.60% (29, 30). Mye tyder på at schizofreni er den hyppigst forekommende funksjonelle psykoselidelsen også blant eldre (29, 30, 32, 34, 35). Flere av studiene konkluderer derimot med lavere prevalenser av schizofreni blant eldre (LOS og VLOS) enn blant yngre (EOS) (29, 32, 34). Det er forventet at man vil finne lavere prevalenser av schizofreni i de eldre aldersgruppene, da man vet at pasienter med schizofreni har betydelig forkortet livslengde, opptil 15-20 år (29). Schizofrenipasientenes høye risiko for tidlig død, kan trolig forklare den lavere prevalensen blant den eldre kontra yngre befolkningen (28).

Denne teorien stemmer ikke helt overens med funn fra den tidligere review-artikelen av Moreno-Küstner et al.(25). De fant en livstidsprevalens for funksjonelle psykoser i sin helhet, i alle aldersgrupper på 0.75%, en ettårsprevalens på 0.4%, og en punktprevalens på 0.39%. Flere studier i min oppgave har resulterte i langt høyere tall enn Moreno-Küstner et al., og indikerer høyere forekomst av funksjonelle psykoselidelser blant eldre enn den generelle

befolkningen (25, 31, 32, 34). Prevalenstallene til Moreno-Küstner et al. ligger under, eller i nedre sjikt av prevalenstall fra min oppgave (25). Det må nevnes at sammenligning av resultater opp mot den tidligere review-artikkelen er vanskelig, av den grunn at Moreno-Küstner et al. og min oppgave kartlegger prevalens i to ulike aldersgrupper. Moreno-Küstner et al. inkluderer i sin studie både yngre og eldre aldersgrupper, uten å skille disse fra hverandre. Dette vanskeliggjør bruken av resultatene til sammenligning med denne oppgavens resultater, som kun tar for seg prevalens blant eldre.

Review-studien av Colijn et al. kartla prevalens av schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforestillingslidelse i den eldre befolkningen (19). De fant en livstidsprevalens av VLOS på 0.3%, livstidsprevalens av vrangforestillingslidelse på 0.18% og en ettårsprevalens av schizoaffektiv lidelse på 0.04%. De resulterte i en prevalens av schizofreni, langt lavere enn studier i min oppgave har funnet, med laveste prevalens på 0.12% (35). Forfatteren påpeker selv at prevalensen av VLOS nok er urealistisk lav, og kan forklares av at det foreligger svakheter i metoden til studiet som resulterte i den lave prevalensen (19). Prevalens av schizoaffektiv lidelse er også en del lavere enn hva jeg finner i min oppgave, med henholdsvis 0.04% kontra 0.1-0.14%. Dette kan trolig delvis forklares av at Colijn et al. målte prevalens av schizoaffektiv lidelse tilkommet etter fylte 60 år, og tok ikke med dem som hadde lidelsen også før fylte 60 år (19). Studier i min oppgave, inkluderer alle tilfeller av schizoaffektiv lidelse >60 år, uavhengig av debuttidspunkt og vil dermed kunne fange opp flere tilfeller (29, 32, 34). Colijn et al. konkluderer med en prevalens av vrangforestillingslidelse som sammenfaller med resultatene fra inkluderte studier i min oppgave (19).

Sammenlignet med tidligere review-studier innenfor feltet, finner jeg relativt høye prevalenstall av funksjonelle psykoselidelser blant eldre (19, 25). Det kan indikere at den reelle prevalensen blant eldre er høyere enn både tidligere antatt, og enn den reelle prevalensen blant den generelle befolkningen. Sammenligning av resultater på tvers av studiene er derimot vanskelig, mye grunnet sprikende resultater i min oppgave. Ulikheter i metodologi vanskeliggjør sammenligningen ytterligere.

4.1.2 Risikofaktorer

Risikofaktorene for utvikling av psykose blant eldre kan være viktig å kjenne til i møte med pasienter. Å kjenne til slike faktorer vil kunne lette det diagnostiske arbeidet og muliggjøre

forskning og utprøving av forebyggende tiltak. Inkluderte studier som kartla risikofaktorer for utvikling av funksjonelle psykoser i eldre alder, resulterer i mange av de samme faktorene (29, 31). Tidligere omtalte review-artikler innenfor samme felt, tar ikke for seg risikofaktorer (19, 25). Flere studier peker på at kvinnelig kjønn er en risikofaktor for utvikling av psykose i eldre alder (29, 31, 33, 34). De øvrige risikofaktorene er bare studert i to av inkluderte studier, og grunnlaget for diskusjon og konklusjon er dermed minimalt.

Det kan være vanskelig å avgjøre om det foreligger en reell årsakssammenheng mellom sosiale forhold/miljøfaktorer/samfunnsforhold og psykisk lidelse. Det kan være en felles faktor som ligger bak og som påvirker begge forholdene, både den psykiske helsen og miljøet. Det kan for eksempel tenkes at personer som liker alenetid og som isolerer seg fra andre, både har økt sannsynlighet for å forbli ugifte samt utvikle psykiske lidelser. Man bør derfor være forsiktig med å konkludere med årsakssammenheng, men man kan konkludere med risikofaktorer.

4.1.3 Kjønnforskjeller

Det fremkommer av resultatene fra flere inkluderte studier, at prevalensen av funksjonelle psykoselidelser i eldre alder, er langt høyere blant kvinner enn menn (29, 31, 33, 34). Dette er forenelig med funn fra tidligere studier som har undersøkt forskjeller i prevalens av schizofreni blant menn og kvinner (36, 37). Noen eksakte årsaksforhold eksisterer ikke, men flere teorier finnes. En mulig forklaring er at schizofreni hos menn manifesterer seg i tidligere alder enn hos kvinner, og gir fulminant klinisk bilde raskt. Faktorer som tidlig død og/eller symptombedring over tid ved hjelp av medikamentell- og annen behandling, kan bidra til at prevalensen blant menn med tidlig oppstått sykdom (EOS) er lavere i eldre alder enn hos kvinner med senere debut (LOS/VLOS) (29). En annen mulig forklaring, er den såkalte østrogen-hypotesen (37). Den høye prevalensen blant kvinner i eldre alder, antas å delvis kunne tilskrives menopausen og det påfølgende raske fallet i kjønnshormoner. Funn fra tidligere studier tyder på at særlig østrogen har en beskyttende effekt på hjernen når det gjelder utvikling av schizofreni. Dermed vil man kunne oppleve økte prevalenser når kvinnene inntreffer menopausen (36, 37).

4.1.4 Prevalens og økende alder

Den eneste studien inkludert som kartlegger prevalens for spesifikke aldersgrupper mellom 60-80 år, er studien av Meesters et al. (29). Se figur 2-4 for prevalenstall for schizofreni, schizoaffektiv lidelse og vrangforestillingslidelse i 4 ulike aldersgrupper >60 år. Östling et al. undersøkte i sin studie, forekomst av psykose blant 85-åringene født med 22-års mellomrom i Gøteborg. Studien fant en prevalens av psykosesymptomer blant denne aldersgruppen på 10% i 1987 og 3.2% 22 år senere, i 2010 (31). Den høyest rapporterte prevalensen av vrangforstillingslidelse og schizofreni, fant man i den svenske studien av Östling et al. med hensikt å kartlegge forekomst av psykotiske symptomer blant 95-åringene (30). Det må nevnes at dette er den eneste inkluderte studien som tar for seg denne aldersgruppen som en egen aldersgruppe, og det er dermed ingen sammenligningsgrunnlag. Basert på mitt litteratursøk, er studiet på nåværende tidspunkt det eneste innenfor dette feltet som studerer denne aldersgruppen.

Basert på funnene fra de tre overnevnte studiene, ser det ut til at prevalensen av funksjonell psykose er høy i aldersgruppen 60-69 år. Etter 70 år synker prevalensen jevnt inntil 80 år (29). Etter fylte 85 år ser det ut til at prevalensen for funksjonelle psykosesymptomer igjen stiger (3.2%) før en ytterligere stigning blant 95-åringene (7.4%) (30, 31). Det ser med andre ord ikke ut til å være en sikker lineær sammenheng mellom prevalens av funksjonell psykose og økende alder, ikke før etter 80 år ser man en vekst som følger økende alder. Totalt sett var prevalens av funksjonelle psykoser høyest i den eldste aldersgruppen (95 år), deretter nest eldste (85 år) og videre i aldersgruppen 60-69 år. Aldersgruppene som befinner seg imellom de to sistnevnte, altså 70-79 år og 80-85 år, har lavere prevalenser enn de to høyeste gruppene (29-31). En mulig forklaring kan være at yngre personer med psykoselidelse dør før de rekker å bli 70-80 år, og dermed faller prevalensen i 70-årene. Videre kan det tenkes at generell svekkelse bidrar til at forekomst av psykose igjen øker blant de aller eldste (85-95 år). Det er vanskelig å konkludere sikkert at dette medfører riktighet, da resultatene er satt sammen av ulike studier som har brukt ulike metoder for diagnostisering og innsamling av data.

4.2 Metodologiske utfordringer

De forskjellige studiene inkludert i oppgaven resulterte som nevnt i svært sprikende prevalenstall. Det ble under gjennomgangen av inkluderte studier, tidlig klart at det også forelå store metodologiske forskjeller studiene imellom. Det ble derfor vurdert som viktig å se

nærmere på studienes metodologi, for å se etter ulikheter som kan bidra til å forklare de sprikende resultatene. Diskusjon rundt ulike metoder for å detektere psykose, vil også være viktig og høyst relevant med tanke på fremtidig forskning på feltet. Jeg skal se nærmere på følgende faktorer i metodologien: studiepopulasjon, prevalenstype, bruk av informasjonskilder og diagnostiske kriterier.

4.2.1 Studiepopulasjon

Noen av studiene i min oppgave har basert utvalget av studiepopulasjon på den generelle befolkningen (30, 31, 34), mens andre baserer utvalget på mer spesifiserte grupper i befolkningen, som pasienter i kontakt med sosialtjenester og helsevesenet (28, 29, 32, 33, 35). Meta-analysen av Moreno-Küstner et al. konkluderte med at studier gjennomført i den generelle befolkningen viser signifikant høyere prevalenser enn studier gjennomført i en populasjon hentet utelukkende fra helsevesenet og/eller sosialtjenester (25). Dette kan trolig delvis forklare av at en betydelig andel av pasienter med alvorlig psykisk sykdom, ikke er i kontakt med helsevesenet, enten fordi de unngår å oppsøke hjelp eller fordi de unnlater å motta tilbudt behandling (29). Det kan dermed tenkes at man ved å ta utgangspunkt i den generelle befolkningen, når frem til flest mulig individer med psykotisk og psykisk sykdom for øvrig, både de som har oppsøkt hjelp, men og de som ikke har det.

Mine funn tyder også på at man avdekker flere tilfeller av psykoselidelser ved å studere den generelle befolkningen fremfor utelukkende de som har vært i kontakt med helsevesenet (30, 31, 34). Dette gjelder trolig særlig for vrangforestillingslidelse som antas å være en kraftig underestimert diagnose, da pasientene med denne diagnosen sjeldent søker hjelp på egenhånd og kommer dermed ikke med i studier som undersøker prevalens blant pasienter i kontakt med helsevesenet. Diagnosen kan også være vanskeligere å avdekke enn andre psykoselidelser dersom pasientene først søker hjelp, da funksjonsnivået oftere er intakt sammenlignet med for eksempel schizofreni (29, 34).

4.2.2 Prevalenstype

Studier inkludert i oppgaven måler prevalens i ulike typer, henholdsvis punkt-, periode- og livstidsprevalens. Funn i min oppgave viser ingen tydelig mønster når det gjelder bruk av ulike prevalenstyper og resultater. Det gjør funn fra tidligere forskning (25). Moreno-Küstner et al. konkluderte med signifikant forskjell mellom de ulike typene prevalenser, hvor studiene

som målte livstidsprevalens fant høyere prevalenser enn studier som målte ettårsprevalens. Da mine funn ikke viser samme tendens, kan jeg ikke trekke noen entydig konklusjon angående best egnet prevalensmål i prevalensstudier innen funksjonelle psykoser. Det kan derimot tenkes at studier som måler livstidsprevalens, har større sannsynlighet for å avdekke flere tilfeller av en diagnose sammenlignet med studier med kortere undersøkelsesperiode som blant annet ettårsprevalens og punktprevalens. Sannsynligvis øker sjansen for å avdekke sykdomstilfeller dersom undersøkelsene går over en lengre tidsperiode. Symptomtrykket ved funksjonelle psykoselidelser kan variere, og studier med kort undersøkelsesperiode risikerer dermed at pasientene er asymptomatiske på undersøkelsestidspunktet og dermed faller utenfor studien.

4.2.3 Informasjonskilde

Det som viser seg å trolig være av betydning for funn av prevalenstillene, er hvorvidt studiene bruker komparentopplysninger under innhenting av diagnostisk informasjon eller ikke. To av studiene inkludert i min oppgave har intervjuet en nær pårørende under diagnostikken av studiedeltakerne, og konkluderte med at det resulterte i god informasjon (30, 31). Det kan antas at de slik avdekket flere tilfeller av psykose. Studiene konkluderte med at mye av den nyttige informasjonen kom fra pårørende fremfor pasienten selv. De to nevnte studiene av Östling et al. fant de høyeste prevalenstillene blant alle inkluderte studier i oppgaven, men det er da viktig å ta i betraktning at studiene er de eneste som har brukt komparentopplysninger i diagnostikken av pasientene (30, 31).

Et problem som kan oppstå ved å avdekke prevalens av psykoselidelser og psykotiske symptomer, er at pasienter med vrangforestillinger eller merkelige oppfatninger/hallusinasjoner kanskje ikke ønsker å dele disse med en fremmed undersøker. Det kan dermed tenkes at pasientene selv ikke vil svare ærlig på spørsmål om psykosesymptomer, og at pårørende kan ha gode innspill fra et mer objektivt ståsted. Det faktum at psykoselidelser ikke nødvendigvis har et jevnt symptomtrykk kan også være problematisk, da symptomene og kriteriene det undersøkes for ikke trenger å være til stede på undersøkelsestidspunktet. Studier som inkluderer komparenter i diagnostikken, kan tenkes å ha høyere mulighet for å fange opp slike tilfeller med svingende forløp enn de som utelukkende baserer seg på pasienten alene.

4.2.4 Diagnostiske kriterier

Moreno-Küstner et al. konkluderte med at bruk av ulike klassifikasjonssystem (DSM/ICD) og diagnostiske verktøy ikke viste signifikant effekt på prevalensen (25). Inkluderte studier i min oppgave bruker dog ikke bare ulike diagnostiske verktøy, men har inkludert ulike diagnoser i studiene. En av studiene inkludert, inkluderer "Psychotic disorder NOS», som står for uspesifisert psykotisk lidelse (34). Denne diagnosen resulterte i en prevalens på 0.72% og utgjør dermed en relativt stor andel av studiens totale prevalens av funksjonelle psykoser på 2.32%. Flere andre inkluderte studier inkluderer ikke denne diagnosen. Studien av Östling et al. ser til sammenligning på psykosesymptomer fremfor spesifikke diagnoser (31). De har dermed ingen diagnostiske kriterier for inklusjon foruten selv- eller pårørende-rapporterte psykotiske symptomer den siste måneden, som ikke kunne relateres til demens, delirium, medisinsk tilstand eller terminalfasen. Deltagerne måtte med andre ord ikke oppfylle spesifikke diagnosekrav for en funksjonell psykosediagnose (31). Andre studier som blant annet studien av Widerlöv et al., brukte på sin side DSM-III diagnosekriterier for schizofreni, schizoaffektiv lidelse, paranoid psykose og uspesifisert psykotisk lidelse. En av diagnosekriteriene til de nevnte diagnosene måtte være oppfylt før inklusjon i studien (28).

Dette er bare noen av mange eksempler på ulikheter i diagnostiske kriterier inkluderte studier imellom. Det er altså klare forskjeller mellom studiene når det gjelder inkluderte diagnoser og bruk av diagnosekriterier. Dette gjør det utfordrende å sammenfatte og lage en systematisk oversikt av resultatene.

4.3 Betydning av funnene

Prevalenstallene oppgaven resulterer i er som nevnt relativt få og sprikende, og dermed av uklar betydning for klinisk praksis da det er knyttet betydelig usikkerhet rundt tallene. Funnene peker uansett på at funksjonelle psykoselidelser er til stede blant den eldre befolkningen, og kanskje i større grad enn tidligere antatt (19, 25). Funn i denne oppgaven, viser som sagt høyere prevalenstall sammenlignet med funn fra tidligere review-artikler på feltet. Dette kan indikere at prevalensen blant eldre er høyere enn tidligere antatt (19), og enn i den generelle befolkningen (25). Resultatene er derimot få og sprikende, og det kan derfor ikke med sikkerhet sies at prevalensen av funksjonelle psykoser blant eldre er høyere enn tidligere antatt.

Funnene indikerer lite og manglende god forskning innenfor feltet. Oppgavens resultater belyser først og fremst behovet for mer forskning på området, fremfor noen annen klar klinisk betydning. Oppgaven gir også en indikasjon om at metodevalg har betydning for resultatene i prevalensstudier av psykoser, og belyser utfordringer ulikheter kan medføre. Ideelt sett burde studiene inkludert i oppgaven, brukt mest mulig lik metode for å gjøre sammenligningen av resultater så pålitelig som mulig. Slik det er nå, er dette vanskelig. Dette er noe å ta med seg til senere forskning på området, for å kunne sammenligne resultatene og komme med en entydig konklusjon på et senere tidspunkt.

Fremtidig forskning innenfor dette feltet, bør se på muligheten for å bestemme en felles standard metode for prevalensstudier innenfor psykosefeltet før videre forskning gjøres. Lik metodologi vil muliggjøre sammenligning på tvers av ulike studier. Dette mangler blant eksisterende forskning. Fremtidige prevalensstudier på feltet burde som et minimum, basere informasjonsinnhenting fra samme type kilde og studiepopulasjon. Enten selvrapporing og komparentopplysninger, eller bare selvrapporing. Generelt sett kan man tenke seg at psykosens natur, er at man ikke erkjenner den selv. Dermed vil både studier som baserer studiepopulasjonen på pasienter i kontakt med helse- eller sosialtjenester, og studier som utelukkende baserer seg på selvrapporing, sannsynligvis utelukke en del funksjonelle psykosetilfeller. Det fordi man kan tenke seg at pasienter med psykoselidelser ofte svarer uærlig på spørsmål vedrørende psykosen, samt unngår å oppsøke hjelp eller avstår fra tilbudt hjelp. Pasientene kan også ha lavgradig sykdom som dermed ikke fanges opp. Det bør derfor vurderes å inkludere komparentopplysninger som støtte i diagnostikken i fremtidig forskning.

4.4 Styrker og svakheter

Studien er gjennomført som en litteraturstudie, med de styrker og svakheter det medfører. Styrken med et slikt design er at man får en stor spennvidde i kunnskapen fordi man sammenligner flere ulike studier og deres funn for å lage en ny oversikt. Ved å være kildekritisk og systematisk i søket og utvelgelsen av studier, vil man kunne ende opp med studier av høy faglig kvalitet. Man finner slik raskt mye info om et tema, og oppgaven danner en samling av informasjon fra totalt sett veldig mange tidligere studier og et bredt kunnskapsmateriale. En annen styrke ved studien, er at alle inkluderte studier er fra vestlige land, og videre fleste fra europeiske land. Dette gjør resultatene mulig overførbare til norske forhold, men samtidig dog vanskeligere å generalisere funn til øvrige deler av verden.

Problemstillingen i oppgaven har vært å undersøke prevalens av funksjonelle psykoser blant eldre, noe som kan fungere både som en styrke og en svakhet. Styrken er at oppgaven dekker et større område og gir en mer helhetlig oversikt, mens svakheten er at man kan tenke seg at kvaliteten reduseres da litteratursøket blir bredere. Sett i etterkant ville det gjort oppgaven mer konkret og av bedre kvalitet, ved å snevre inn problemstillingen til forekomst av for eksempel schizofreni eller en av de andre inkluderte funksjonelle psykoselidelsene. Dette ville derimot endret formålet med oppgaven, som er å kartlegge forekomst av funksjonelle psykoser generelt. Det bør i fremtiden gjennomføres flere enkeltstudier for de ulike diagnosene. Dette ville hevet kvaliteten på studien, samt gjort litteratursøket enklere da man kunne snevret inn søket mer. Det er mulig artikler med relevante resultater ble ekskludert eller oversett i seleksjonsprosessen, da det var vanskelig å orientere seg i et såpass stort søkeresultat som søket resulterte i.

En annen svakhet med oppgaven som fremkom underveis i prosessen, er at det finnes svært lite studier som ser på forekomst av funksjonelle psykoser i den eldre befolkningen. De fleste studiene ser på enten sekundære psykoser isolert sett, eller generell psykoselidelse og skiller altså ikke mellom primær og sekundær psykose. Dermed måtte svært mange artikler ekskluderes, og antall artikler som gjensto var noe begrenset i antall. Ulempen med dette er at mengden relevant forskning og data er begrenset og man finner kanskje ikke helt det man er ute etter. De færreste av inkluderte studier inkluderer alle de samme diagnosene, og resulterer dermed i prevalenstall for litt ulike diagnoser. Noen ser bare på total forekomst av psykose, andre ser mer spesifikt på enkelt diagnoser.

Den største svakheten med oppgaven, er nok den store variasjonen i bruk av metode i de ulike inkluderte studiene fra litteratursøket. Det har jeg diskutert tidligere i oppgaven, men det må også nevnes under svakheter. Studiene har undersøkt ulike studiepopulasjoner, inkludert ulike diagnoser, innhentet informasjon fra ulike kilder og målt prevalensen på ulik måte. Noen av studiene baserer diagnostiseringen utelukkende på innhenting av informasjon fra journalsystemer, mens andre gjennomfører intervju med pasienten selv. To av studiene inkludert har i tillegg til pasientintervju, også intervjuet nærstående pårørende for innhenting av informasjon til bruk i diagnostikken. Dette er faktorer som vil kunne ha stor innvirkning på studienes funn, og vanskeliggjør sammenligning og sammenfatning av dem. Det er stor forskjell på selvrapportering og bruk av komparenter, hvor sistnevnte antas og i stor grad

kunne si noe om forekomst av psykosesymptomer hos sine pårørende. Slik variasjonen i metodene er nå, må man ta høyde for at likheter og ulikheter mellom de ulike resultatene, kan skyldes forskjeller i metode fremfor reelle årsakssammenhenger.

5 Konklusjon

Oppgaven bekrefter mistanken om lite eksisterende forskning innenfor feltet funksjonelle psykoser blant eldre (>60 år). Blant den forskningen som finnes sees sprikende prevalenstall for både funksjonelle psykoser i sin helhet, og for de spesifikke psykosediasnosene.

Oppgaven avdekker også at det foreligger relativt store metodologiske forskjeller blant eksisterende forskning. Det vanskeliggjør sammenligning av funn på tvers av studiene. Fremtidig forskning bør derfor tilstrebe en homogen metodologi studiene imellom, for å kunne skape et bedre bilde av denne problematikken. Det inkluderer blant annet prevalensmå, studiepopulasjon, diagnostiske kriterier samt informasjonskilder. Bruk av komparentopplysninger bør vurderes inkludert i fremtidig forskning, da funn tyder på at komparenter kan være til god hjelp under diagnostisering av pasienter med funksjonelle psykoseidelser.

På tross av sprikende tall, gir oppgaven en indikasjon om at funksjonelle psykoseidelser, i høyeste grad, er til stede også blant eldre. Prevalensen av schizofreni varierer fra 0.12-2.4%, schizoaffektiv lidelse fra 0.1-0.14% og vrangforestillingslidelse fra 0.03-0.6%. Mye tyder på at schizofreni er den hyppigst forekommende funksjonelle psykoseidelsen også blant eldre. Vrangforestillingslidelse har høyest forekomst i de aller eldste aldersgruppene. Mye tyder på at eldre kvinner har betydelig økt risiko for samtlige funksjonelle psykoseidelser sammenlignet med jevnaldrende menn.

Oppgaven finner høyere prevalenstall enn tidligere oversiktsartikler av Moreno-Küstner et al. og Colijn et al. innenfor samme felt. Det kan indikere at den reelle prevalensen blant eldre er høyere enn både tidligere antatt, og enn den reelle prevalensen blant den generelle befolkningen. Resultatene må dog tolkes med forsiktighet da tallene spriker såpass mye. Ytterligere forskning er nødvendig for å konkludere med prevalens av funksjonelle psykoser blant eldre.

6 Referanser

1. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Folkehelseinstituttet. 2011:37.
2. Engedal K, Tveito M. Alderspsykiatri. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk; 2019.
3. Targum SD, Abbott JL. Psychoses in the elderly: a spectrum of disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(8):4-10.
4. Palmer BW, Heaton SC, Jeste DV. Older patients with schizophrenia: Challenges in the coming decades. *Psychiatric Services*. 1999;50(9):1178-83.
5. Finch CE. Longevity, senescence, and the genome: University of Chicago Press; 1994.
6. Engedal K. Alderdom Oslo: Store norske leksikon; 2019 [updated 11.03.19. Available from: <https://sml.sn.no/alderdom>.
7. Qualls SHE, Abeles NE. Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life: American Psychological Association; 2000.
8. Baltes MM, Carstensen LL. The process of successful ageing. *Ageing & Society*. 1996;16(4):397-422.
9. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia - An Overview. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):201-10.
10. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17(2).
11. Cullberg J. Psykoser - Et humanetisk og biologisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2001.
12. Granhus KD. Negative symptomer ved schizofreni - Forståelse og behandling [Masteroppgave]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet 2010.
13. Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: a review. *American family physician*. 2007;75(12):1821-9.
14. Broadway J, Mintzer J. The many faces of psychosis in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(6):551-8.
15. Joyce EM. Organic psychosis: The pathobiology and treatment of delusions. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. 2018;24(7):598-603.
16. Gleason OC. Delirium. *American family physician*. 2003;67(5):1027-34.
17. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715.
18. Maj M, van Os J, De Hert M, Gaebel W, Galderisi S, Green MF, et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 2021;20(1):4-33.
19. Colijn MA, Nitta BH, Grossberg GT. Psychosis in later life: A review and update. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(5):354-67.
20. Howes O, McCutcheon R, Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology*. 2015;29(2):97-115.
21. Løge I. Akutte og forbigående psykoser [Internett]. Norsk elektronisk legehåndbok; [updated 11/11/2021; cited 2022 08/03]. Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/psykoser/akutte-og-forbigaende-psykoser>.
22. Rolin SA, Aschbrenner KA, Whiteman KL, Scherer E, Bartels SJ. Characteristics and Service Use of Older Adults with Schizoaffective Disorder Versus Older Adults with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25(9):941-50.
23. Felmet K, Zisook S, Kasckow JW. Elderly patients with schizophrenia and depression: Diagnosis and treatment. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*. 2011;4(4):239-50E.

24. Gonzalez-Rodriguez A, Molina-Andreu O, Navarro V, Gasto C, Penades R, Catalan R. Delusional disorder: No gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014;36(2):119-24.
25. Moreno-Küstner B, Martin C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS one*. 2018;13(4):e0195687.
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of clinical epidemiology*. 2021;134:103-12.
27. JBI. Critical appraisal tools Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute 2022 [cited 2022 08.07.22]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
28. Widerlov B, Lindstrom E, von Knorring L. One-year prevalence of long-term functional psychosis in three different areas of Uppsala. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;96(6):452-8.
29. Meesters PD, de Haan L, Comijs HC, Stek ML, Smeets-Janssen MM, Weeda MR, et al. Schizophrenia spectrum disorders in later life: prevalence and distribution of age at onset and sex in a dutch catchment area. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;20(1):18-28.
30. Ostling S, Borjesson-Hanson A, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(12):999-1004.
31. Ostling S, Backman K, Sigstrom R, Skoog I. Is the prevalence of psychosis in the very old decreasing? A comparison of 85-year-olds born 22 years apart. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019;34(12):1776-83.
32. Leuchter AF, Spar JE. The late-onset psychoses. Clinical and diagnostic features. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1985;173(8):488-94.
33. Forslund T, Kosidou K, Wicks S, Dalman C. Trends in psychiatric diagnoses, medications and psychological therapies in a large Swedish region: A population-based study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1) (no pagination).
34. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. 2007;1(1):19-28.
35. Copeland JRM, Dewey ME, Scott A, Gilmore C, Larkin BA, Cleave N, et al. Schizophrenia and delusional disorder in older age: Community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(1):153-61.
36. Gogos A, Sbisá AM, Sun J, Gibbons A, Udawela M, Dean B. A role for estrogen in schizophrenia: clinical and preclinical findings. *International journal of endocrinology*. 2015;2015.
37. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28:17-54.

7 Tabelliste

Tabell 1: Søkeord	15
Tabell 2: Oversikt over inkluderte artikler	19

8 Figurliste

Figur 1: Flytskjema over seleksjonsprosessen	16
Figur 2: Prevalens av schizofreni (Meesters et al.)	23
Figur 3: Prevalens av schizoaffektiv lidelse (Meesters et al.)	24
Figur 4: Prevalens av vrangforestillingslidelse (Meesters et al.)	25

