

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Korrespondance: *Henrik Kahr Mathiesen*, Neurofysiologisk Klinik NF, Neurocentret, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: henrikm@drcomr.dk

Antaget: 14. marts 2007

Interessekonflikter: *Mads Henrik Ravnborg* har modtaget foredrags- og konsulent-honorarer samt rejselegater fra Biogen-Idex, Coloplast, Schering og Sanofi-Aventis.

## Litteratur

1. McDonald WI, Compston A, Edan G et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001;50:121-7.
2. Polman CH, Reingold SC, Edan G et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the »McDonald Criteria«. *Ann Neurol* 2005;58:840-6.
3. Sørensen PS. Demyeliniserende sygdomme. I: Paulson OB, Gjerris F, Sørensen PS, red. *Klinisk neurologi og neurokirurgi*, 4. udgave. København: FADL's Forlag, 2004:511-26.
4. Barkhof F, Filippi M, Miller DH et al. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Brain* 1997;120:2059-69.
5. Tintore M, Rovira A, Martinez MJ et al. Isolated demyelinating syndromes: comparison of different MR imaging criteria to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2000;21:702-6.
6. Mathiesen HK, Langkilde AR, Larsson HB. Magnetisk resonans og multipel sklerose II. Nye diagnostiske metoder. *Ugeskr læger* 2002;164:1031-6.
7. Nielsen K, Rostrup E, Frederiksen JL et al. Magnetic resonance imaging at 3.0 tesla detects more lesions in acute optic neuritis than at 1.5 tesla. *Invest Radiol* 2006;41:76-82.
8. Filippi M, Dousset V, McFarland HF et al. Role of magnetic resonance imaging in the diagnosis and monitoring of multiple sclerosis: consensus report of the White Matter Study Group. *J Magn Reson Imaging* 2002;15:499-504.
9. Simon JH, Li D, Traboulsee A et al. Standardized MR imaging protocol for multiple sclerosis: consortium of MS centers consensus guidelines. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27:455-61.
10. Miller DH, Filippi M, Fazekas F et al. Role of magnetic resonance imaging within diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2004;56:273-8.

## Nordisk Ulykkesklassifikation anvendt i Landspatientregisteret til registrering af årsager til hovedtraumer

Forskningskonsulent Aase Worsaa Engberg,  
læge Elisabeth Irene Penninga & lektor Thomas William Teasdale

Hvidovre Hospital, Afdeling for Neurorehabilitering,  
Bispebjerg Hospital, Klinisk Farmakologisk Enhed, og  
Københavns Universitet, Institut for Psykologi

## Resume

**Introduktion:** Formålet med undersøgelsen var at belyse, hvorledes Nordisk Ulykkesklassifikation (NOMESCO-systemet) har fungeret ved registrering af årsager til svære traumatiske hjerneskader, specielt i den form hvori kodningen indgår i Landspatientregisteret (LPR).

**Materiale og metoder:** Der indgik 117 patienter fra Østdanmark med svære traumatiske hjerneskader, indlagt i perioden fra den 1. oktober 2000 til den 30. september 2002 på Afdeling for Neurorehabilitering på Hvidovre Hospital. Prospektiv kodning af ulykkesårsager ved udskrivningen blev sammenlignet med uafhængig retrospektiv kodning på basis af journaloplysninger. Endvidere blev sidstnævnte sammenlignet med LPR-registrerede ulykkeskoder fra den første indlæggelse i hvert af disse 117 forløb. Endelig blev det undersøgt, i hvilket omfang ulykkeskoder i LPR for konsekutive indlæggelser efter en given ulykke var identiske.

**Resultater:** For 65% af 588 enkeltkoder, der var indtastet for 117 forløb, var der overensstemmelse mellem prospektiv og uafhængig retrospektiv kodning. Tilsvarende sæt a seks koder stemte overens i 28% af tilfældene. Kodesættet i LPR for første indlæggelse i et forløb stemte kun i 17% af tilfældene overens med den retrospek-

tive kodning, og kun i 7% af tilfældene var kodesæt i LPR fra to afdelinger ens for den samme ulykke.

**Konklusion:** Den måde, hvorpå Nordisk Ulykkesklassifikation anvendes til kodning i LPR, forekommer at være problematisk, idet systemet selv i den forenkede udgave, der anvendes, synes at være for kompliceret i forhold til de investerede resurser. En bedre funktion af systemet må forudsætte øget prioritering og bedre styring af kodearbejdet samt undervisning af det personale, der foretager kodningen.

Registrering af årsager til ulykker, der medfører hjerneskader, er en forudsætning for en målrettet forebyggende indsats. Trods fremskridt med hensyn til rehabilitering må det specielt vedrørende hjerneskaderne fortsat hævdes, at forebyggelse er bedre end behandling.

Siden 1987 har Nordisk Ulykkesklassifikation [1-3] været anvendt i Danmark som supplement til *International Classification of Diseases* (ICD)-diagnosekodesystemet [2] ved indberetning af ulykker til Landspatientregisteret (LPR). Her anvendes fortsat 2. reviderede udgave (1984) af Nordisk Ulykkesklassifikation; opdatering med den nyeste version, 3. reviderede udgave, der udkom i 1997, er således ikke sket. Nordisk Ulykkesklassifikation, som i dag kun anvendes obligatorisk i Danmark og Island, er i høj grad baseret på et udvikelingsarbejde på Odense Universitetshospital [4] og på en

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

rapport fra Sundhedsstyrelsen [5]. Der udkommer nu hvert år en opdateret rapport [6] under titlen »Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter«. Det fremgår, at der for indlagte patienter, for hvem aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning (DS000-DT799), skal indberettes kontaktårsag og ulykkeskoder efter en forenklet udgave af Nordisk Ulykkesklassifikationssystem, der omfatter følgende fire akser: kontaktårsag, ulykkessted, skademekanisme og aktivitet. Herudover registreres det, om der har været tale om en køretøjsulykke eller ej samt i givet fald tilskadekomnes og modpartens transportform.

Denne ulykkesklassifikationskodning er obligatorisk, for at hospitalsforløbet kan blive færdigregistreret og diagnoserne videresendt til LPR. Det er vigtigt her at bemærke, at kontaktårsagen indtager en nøgleposition i forhold til de øvrige akser. Ud over ulykker, vold eller selvmordsforsøg kan årsagen til hospitalskontakten ifølge dette system rubriceres som sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, senfølge, anden kontaktårsag eller ikke specificeret kontaktårsag. Imidlertid kan de øvrige akser ifølge sagens natur kun anvendes, hvis kontaktårsagen er ulykke, vold eller selvmordsforsøg. Hvis kontaktårsagen ikke er oplyst og derfor indtastes som uspecificeret, er registreringen dermed afsluttet uden yderligere indtastning.

I 1989, to år efter introduktionen af Nordisk Ulykkesklassifikation, publicerede *Falck-Larsen et al* [4] en opgørelse over systemets funktion på Ortopædkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital. Undersøgelsen omfattede 1.475 patienter, der var indlagt via skadestuen i løbet af kalenderåret 1987. Oplysninger, der var indhentet af sekretærer, sygeplejersker og læger på skadestuen og indtastet af rutinerede lægesekretærer i det særlige Ulykkesstatistikregister i Odense, blev sammenlignet med oplysninger, der var dikteret af 1. reservelæger eller kursusreservelæger til epikrisen og indberettet til LPR. Der registreredes i alt 7.375 variabler. Der var uoverensstemmelser i enkeltvariabler i 861 tilfælde (12%). Det gjaldt kontaktårsag i 4% af tilfældene, stedkode i 16%, skademekanisme i 29%, køretøjsuheld eller ej i 5% og arbejdsulykke eller ej i 5%. Aktivitet blev ikke registreret.

Kun i 53% af tilfældene var der fuld overensstemmelse i registrering af hele sæt af koder for en given ulykke. Man fandt, at resultaterne af undersøgelsen understregede betydningen af en grundig information til de personer, der udfører registreringen. Målet, at Nordisk Ulykkesklassifikation kan bruges som instrument såvel til årsagsregistrering som til styring og planlægning af sundhedsvæsenets resurseforbrug, fandtes kun tilgodeset i ringe grad.

Fra 1995 sender også skadestuerne ulykkeskoder til LPR. Herudover sender skadestuerne på fem demografisk repræsentative sygehuse (Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Frederikssund Sygehus, Esbjerg Hospital og Regionshospitalet Randers) skadesedler til det særlige Ulykkesregister (UR),

hvor specialuddannede sekretærer koder ulykkerne. Statens Institut for Folkesundhed har publiceret en analyse [7] af kodesæt for de 281.005 patienter, for hvilke der i 1998-2000 var indberettet ulykkeskoder både til LPR og til UR. Mens 98,2% af registreringerne i UR genfandt i LPR, var omvendt 10% af ulykkerne i LPR ikke registreret i UR. Specielt blandt indlagte patienter var ca. 21% af LPR-registrerede ulykkesramte ikke registreret i UR. Det kan f.eks. være patienter, der blev indlagt uden om skadestuen, eksempelvis svært hjerneskadede, der indlægges på et traumecenter eller en neurokirurgisk afdeling. Dette begrænser sammenligneligheden med aktuelle undersøgelser.

Formålet med herværende studie er at belyse, hvorledes Nordisk Ulykkesklassifikation (NOMESCO-systemet) har fungeret i perioden fra den 1. oktober 2000 til den 30. september 2002 ved registrering af årsager til svære traumatiske hjerneskader, specielt i den form hvori kodningen indgår i LPR. Der er lagt vægt dels på betydningen af den hierarkiske opbygning for kodningens fuldstændighed, og dels på graden af overensstemmelse mellem forskellige koder.

### Materiale og metoder

Der indgik 117 patienter med svære hovedtraumer, svarende til de første tre årgange på Afdeling for Neurorehabilitering på Hvidovre Hospital, efter at rehabiliteringen af sådanne patienter fra Østdanmark blev centraliseret dertil fra oktober 2000. En beskrivelse af disse patienter og deres rehabiliteringsforløb er tidligere publiceret [8]. Almindeligvis består et forløb af en første indlæggelse på Neurokirurgisk Afdeling, efterfulgt af overflytning til Rehabiliteringsafdelingen, hvorfra de fleste udskrives til hjemmet. I tilfælde af komplikationer kan flere afdelinger være involveret. På hinanden følgende indlæggelser regnes til samme forløb, såfremt der fra udskrivning til næste indlæggelse forløber mindre end 30 dage. Oftest vil en T- eller S-diagnose indgå som A- eller B-diagnose [6], hvorved der fremkommer et krav om ulykkesklassifikation fra hver afdeling.

Ved udskrivning fra Hvidovre Hospital blev ulykkeskodningen for de 117 patienter indtastet i hospitalsinformations-systemet »det grønne system« [9] med henblik på registrering i LPR. Disse koder blev valideret som følger: Årsagerne blev retrospektivt og uafhængigt kodet igen efter Nordisk Ulykkesklassifikationssystemet af en læge på basis af epikriser. Herefter revideredes og kompletteredes koderne på basis af journalerne af en speciallæge med kendskab til hele patientgruppen.

De således opnåede koder blev sammenlignet dels med koderne i »det grønne system«, dels med de koder, der fandtes i LPR for den første indlæggelse i de pågældende forløb med svære traumatiske hjerneskader. Endvidere undersøgte det, om der i forløb med flere indlæggelser på forskellige afdelinger for en given ulykke var indtastet identiske sæt af koder i LPR.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Tabel 1.** Nordisk Ulykkesklassifikationssystem anvendt på 117 patienter med svær traumatisk hjerne-skade.

	Retrospektivt if. journaler, n	Prospektivt if. »det grønne system«, n
<i>Kontaktårsag</i>		
1 Sygdom	0	0
2 Ulykke	104	94
3 Vold	8	5
4 Selvmordsforsøg	5	1
5 Senfølge	0	0
8 Anden årsag	0	5
9 Ikke specificeret	0	9
Mangler	0	3
Total	117	117
<i>Stedkode</i>		
0 Transportområde	65	69
1 Boligområde	32	19
2 Produktion, værksted	1	0
3 Butik, handel, liberalt erhverv	0	0
4 Skole, offentlig administration og institution	1	1
5 Idræts- og sportsområde	1	1
6 Forlystelses- og parkområde	3	2
7 Fri natur	5	0
8 Hav og søområde	2	3
9 Andet og ikke specificeret	7	3
Mangler	0	19
Total	117	117
<i>Skademekanismekode</i>		
0 Fald på samme niveau	17	18
1 Fald på trappe/til lavere niveau	34	27
2 Kontakt med anden genstand, person eller dyr	65	25
3 Klemning, snit, stik, projektil	1	0
8 Akut overbelastning	0	1
9 Andet, uspecificeret	0	26
Mangler	0	20
Total	117	117
<i>Aktivitetskode</i>		
1 Idræt, sport, motion	5	3
2 Leg, hobby, anden fritidsvirksomhed	7	22
3 Erhvervsarbejde	5	9
4 Vitalaktivitet	3	3
5 Ulønnet arbejde	3	0
8 Anden aktivitet	72	18
9 Ikkespecificeret aktivitet	22	42
Mangler	0	20
Total	117	117
<i>Køretøjsulykke eller ej?</i>		
1 Ja	60	47
2 Nej	57	49
Mangler	0	21
Total	117	117
<i>Tilskadekomnes transportform</i>		
1 Til fods	10	8
2 Cykel	17	11
3 Knallert	4	5
4 Motorcykel, scooter	6	3
5 Personbil	19	14
6 Varevogn	0	0
7 Lastvogn	2	2
8 Anden transportform	2	1
9 Ikke specificeret	0	3
Mangler	0	13
Total	60	60
<i>Modpartens transportform</i>		
0 Ingen modpart	22	14
1 Til fods	0	0
2 Cykel	2	0
3 Knallert	0	0
4 Motorcykel, scooter	0	0
5 Personbil	31	24
6 Varevogn	0	0
7 Lastbil, bus m.m.	1	0
8 Anden transportform	2	2
9 Ikke specificeret	2	7
Mangler	0	13
Total	60	60

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Resultater**

**Tablet 1** viser, at kontaktårsagen ifølge journaler på Afdeling for Neurorehabilitering i 104 tilfælde (89%) var en ulykke, i otte tilfælde vold og i fem tilfælde selvmordsforsøg. Ved søgning i »det grønne system« var imidlertid kun 94 tilfælde (80%) registreret som ulykker, fem som vold og et som selvmordsforsøg. I 14 tilfælde (12%) var der en anden eller en uspecificeret årsag, og i tre tilfælde manglede kontaktårsagskoden. Hermed manglede alle øvrige koder om ulykken i i alt 15% af tilfældene i »det grønne system«.

Stedkoden viste iflg. journalerne, at 65 (56%) af ulykkerne fandt sted i et transportområde og 32 (27%) i et boligområde. De øvrige ulykker fandt sted spredt over en række andre lokaliteter. Ifølge indtastningerne i »det grønne system« var det imidlertid kun 19 tilfælde (16%), der var registreret som sket i et boligområde; i andre 19 tilfælde manglede stedkoden. Alt i alt fandtes en specifik stedkode hos 97% ved journalgennemgang og hos 81% ved prospektiv kodning i »det grønne system«.

Med hensyn til skademekanisme registreredes næsten samme antal fald på samme niveau ifølge journalerne som ifølge det »grønne system«. Derimod var der med hensyn til fald på trappe/til lavere niveau og især med hensyn til kontakt med anden genstand, person eller dyr en betydelig diskrepans mellem journalfund, hvor alle skademekanismer var specificerede, og registreringerne i »det grønne system«; i hele 46 tilfælde var skademekanismen her registreret som »andet, uspecificeret« eller manglende, og således kun specifik hos 61%.

Den mest problematiske akse var kodningen af aktivitet i skadeøjeblikket. Den store usikkerhed omkring aktivitetskoderne skyldes i høj grad formuleringen af de klasser, der findes i systemet. En medvirkende årsag har desuden været, at netop patienter med svær traumatisk hjerneskade næsten obligatorisk har amnesi for ulykkesomstændighederne; den skadedes hensigt med aktiviteten kan ofte ikke oplyses af andre. Følgelig var aktiviteten ud fra journaloplysninger kun specificeret i 20% af tilfældene mod 32% i »det grønne system«. Aktivitetskoderne er derfor ikke medtaget i den følgende opgørelse.

For de i alt 588 øvrige enkeltkoder, der var indtastet for 117 forløb i »det grønne system«, og som retrospektivt blev sammenlignet med koder baseret på journaloplysninger, var der til sammenligning med den ovenfor citerede undersøgelse [4] uoverensstemmelse for 207 koder (35%). Graden af uoverensstemmelse varierede som følger: for kontaktårsager 19% af de 117 tilfælde, for stedkoder 40%, for skademekanismekoder 50% og for spørgsmål om køretøjsulykke eller ej 28%. For de 60 køretøjsulykker var der uoverensstemmelse med hensyn til patientens transportform hos 40% og modpartens transportform ligeledes hos 40%.

Ved sammenligning af 117 hele sæt af koder omfattende kontakt, sted, skademekanisme, køretøjsulykke eller ej og i givet fald patientens og modpartens transportform fandtes overensstemmelse mellem journaloplysninger og »det grønne

system« i 28% af tilfældene (37% for første årgang faldende til 17% for tredje årgang).

For de ti første, de ti mellemste og de ti sidste af de 117 patienter sammenlignedes den retrospektive kodning med ulykkeskodesættet i LPR for den første indlæggelse i hvert forløb. For samme sæt af koder som ovenfor anvendt fandtes overensstemmelse i kun fem af 30 tilfælde (17%). I øvrigt var kontaktårsagskoderne i LPR for første indlæggelse i forløbene uspecifikke i halvdelen af tilfældene.

Ved sammenligning af kodesæt i LPR inden for de enkelte forløb (op til fem kodesæt pr. forløb) fandtes kun i to (7%) af de ovenfor omhandlede 30 tilfælde, at to forskellige afdelinger havde indtastet identiske sæt af specifikke koder for en given ulykke.

**Diskussion**

Målgruppen for den specialiserede genoptræning på Afdeling for Neurorehabilitering på Hvidovre Hospital er de sværeste nyopståede tilfælde af hovedtraumer i Østdanmark. Det er derfor ikke overraskende, at de kan indpasses under de specificerede kategorier ulykke, vold og selvmordsforsøg. Det overraskende er, at dette ikke er lykkedes i 15% af tilfældene ved prospektiv indtastning i »det grønne system«. Tilsvarende blev der ved en tidligere citeret undersøgelse [4] fundet en divergens på 4%.

Divergenserne kan delvis forklares ved, at man med Nordisk Ulykkesklassifikation har at gøre med et ganske vist logisk opbygget, men også kompliceret system. På en travl afdeling, hvor registrering af ulykkesårsager formentlig ikke har den højeste prioritet, kan der let i tilfælde af mangelfuld kommunikation spares tid ved at anvende kontaktårsagskategorierne »anden årsag« eller »ikke specificeret«, idet øvrige krav til ulykkesregistrering herved bortfalder.

Skademekanismen ved køreulykker vil ofte være »kontakt med anden genstand, person eller dyr«. Imidlertid viser tallene her en ganske betydelig risiko for fejlkodning. Det er forståeligt, da den nøjagtige mekanisme ved traumatet i mange tilfælde kun vil være at finde i politirapporterne, som ikke er tilgængelige ved ulykkeskodningen på hospitalerne. Det er da nærliggende at benytte kodningerne 8 = andet eller 9 = uspecificeret. Den store usikkerhed om aktivitetskoderne skyldes i høj grad formuleringen af de klasser, der findes i systemet, og det store frafald tyder på et betydeligt behov for en ændret formulering af disse klasser. Det er vanskeligere at begribe den betydelige usikkerhed om, hvorvidt der har været tale om en køretøjsulykke eller ej, idet en køretøjsulykke i manualen er defineret som en ulykke, hvor mindst et kørende køretøj er involveret. Kodningen om tilskadekomnes eller modpartens transportform er ligeledes upræcis i »det grønne system«.

**Konklusion**

Om anvendelsen af en forenklet udgave af Nordisk Ulykkesklassifikation til ulykkeskodning af svært traumatisk hjerne-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

skadede patienter i LPR konkluderes det at: 1) den hierarkiske struktur medførte tab af specifikke oplysninger i 15% af tilfældene, 2) specifik kodning af aktivitet i ulykkesøjeblikket fandtes praktisk talt umulig, 3) 65% af øvrige enkeltkoder stemte overens, når prospektiv kodning i »det grønne system« sammenlignedes med uafhængig retrospektiv kodning efter journaloplysninger, 4) fuld overensstemmelse mellem prospektiv og uafhængig retrospektiv kodning af de sæt a seks enkeltkoder (ekskl. aktivitetskodning), der indgår i LPR, fandtes i 28% af 117 tilfælde, 5) LPR-kodesættet for første indlæggelse i forløbet fandtes kun i 17% af tilfældene at stemme med den uafhængige retrospektive kodning, og 6) kodesæt i LPR fra to forskellige afdelinger for den samme ulykke var overensstemmende i 7% af tilfældene.

Det ville være hensigtsmæssigt, om der i et forløb med konsekutive indlæggelser efter en ulykke kun forelå et ulykkeskodesæt i LPR, og ikke som nu ofte divergerende kodesæt for hver indlæggelse. Der er et åbenlyst behov for højere prioritering af ulykkeskodningen, beslutning fra centralt hold om, hvem der koder hvad hvornår, og bedre undervisning af personale, der udfører kodningen. Kun da kan dette vigtige redskab til belysning af ulykkesårsager via LPR og dermed prioritering af den forebyggende indsats komme til sin ret. Det er desuden problematisk, at systemet alene anvendes obligato-

risk i Danmark og Island, hvorfor sammenligning med andre landes ulykkesregistrering bliver vanskelig.

Korrespondance: Aase Worsaa Engberg, Tuborg Boulevard 11, 1. th, DK-2900 Hellerup. E-mail: aae@dadlnet.dk

Antaget: 12. februar 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité, 1984.
2. Klassifikation af sygdomme. International Sygdomsklassifikation (ICD), 10. revision. Heri Nordisk Ulykkesklassifikation, 2. reviderede udgave som kapitel XX, 463-500. København: Sundhedsstyrelsen, 1993.
3. Frimodt-Møller B, Bay-Nielsen H. Classification of accidents in the Arctic: a suggestion for adaptation of the Nordic classification for accident monitoring. *Arctic Med Res* 1992;51:15-21.
4. Falck Larsen C, Hejnenst H, Lundkvist L. Ydre årsager til skader. *Ugeskr Læger* 1989;151: 2641-704.
5. Fællesindhold ved registrering af skadestuepatienter og klassifikation af ydre årsager til beskadigelse. Rapport nr. 7. København: Sundhedsstyrelsen, 1986.
6. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Årligt opdateret. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
7. Laursen B, Nielsen JW, Frimodt-Møller B et al. Kvaliteten af kodningen i Landspatientregisteret vedrørende ulykker. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
8. Engberg A, Lieblich A, Nordenbo A. Centralized rehabilitation after severe traumatic brain injury – a population-based study. *Acta Neurol Scand* 2006; 113:178-84.
9. GS⇒»det grønne system«. [www.scandihealth.com /okt 2006](http://www.scandihealth.com /okt 2006).

## Forekomst af demens eller anden form for erhvervet hjernesygdom på en gerontopsykiatrisk afdeling

Psykolog Ann-Marie Low & ergoterapeut Tanja Thor Møller

Frederiksberg Hospital, Gerontopsykiatrisk Afdeling D

### Resume

**Introduktion:** Forekomst af demens på forskellige gerontopsykiatriske afdelinger er tidligere blevet undersøgt og er fundet at ligge på 15,2-61%. I dette studie undersøges procentdelen af patienter med erhvervet hjernesygdom (EHS) (demens, erhvervet hjerne-skade eller anden hjernelidelse) på en gerontopsykiatrisk afdeling i København.

**Metode og materialer:** Journaler for alle indlagte patienter på denne gerontopsykiatriske afdeling (lukket afdeling, åben afdeling og daghospital) i 2002 blev gennemgået for at undersøge:

- 1) EHS-udskrivelsesdiagnose, 2) tidligere EHS-diagnose og 3) baggrunden for disse diagnoser.

**Resultater:** I alt 130 patienter var indlagt mindst en gang i 2002. 33,1% havde en EHS-diagnose ved udskrivelsen, mens yderligere 18,4% havde dokumenteret tidligere diagnosticeret EHS og/eller vurderinger, der støttede tilstedeværelsen af EHS. Der er fundet

korrelation mellem køn og alder ved første indlæggelse og udskrivningsdiagnose.

**Konklusion:** Der er evidens for, at halvdelen af de indlagte patienter på gerontopsykiatrisk afdeling i dette studie havde en EHS, hvilket var flere end andelen af patienter, der blev udskrevet med denne diagnose. Studiets resultater og svagheder er diskuteret.

Af flere grunde er det vigtigt at kende procentdelen af patienter, der er indlagt på en almen gerontopsykiatrisk afdeling og har en form for demenssygdom, specielt i forhold til fordeling af resurser og uddannelse af personale. Prævalensen af demens på gerontopsykiatriske afdelinger er undersøgt i flere studier og varierer fra 15,2% til 61% [1-3].

Der kan desuden argumenteres for, at det er vigtigt at vide, hvor stor en procentdel af patienterne på et gerontopsykiatrisk afsnit, der har en anden form for erhvervet hjernesygdom (EHS) end demens. Man har i adskillige undersøgelser fundet, at psykiske lidelser, især depression og angst, er hyp-