

## 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-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Tabel 1.** Erhvervet hjernesygdom-diagnoser efter International Classification of Diseases (ICD)-10-kriterier.

Diagnose	Kode
Alle diagnoser under kategorien organiske psykiske lidelser	F00-04, F05.8 og F06-09
Andre former for frontal demens ikke dækket under F02.0	Ingen ICD-kode
Hjerneskade efter infarkter i hjernen pga. vaskulær lidelse og posttraumatisk hjernesyndrom	I 60-I 69
Hjerneskade som følger af andre sygdomme i CNS, dvs. virale infektioner i CNS, sequelæe efter viral hjernebetændelse, kræft i hjernen, sygdom i nervesystemet, herunder betændelsessygdom i CNS; generelle atrofiske forstyrrelser; demyelineringssygdom i CNS; episodiske og anfaldsvise lidelser og andre sygdomme i CNS	A80-89, B94.1, C69-72, G00-09, G10-13, G35-37, G40-47, G90-07
Intrakranial skade	S060-S069

CNS = centralnervesystemet.

**Tabel 2.** Beskrivelse af de registrerede data.

Parameter	Data
Demografiske oplysninger	Køn, fødselsdato, alder ved både første indlæggelse og (første) indlæggelse i 2002
Oplysning om patientens indlæggelse(r)	Ind- og udskrivelsesdato(er), ind- og udskrivelsesdiagnose(r), hvilke afdeling(er) patienten var indlagt på
Dokumentation af EHS-udskrivelsesdiagnose	Hvor diagnosen er stillet, hvornår den blev stillet
Dokumentation af undersøgelse relateret til udredning af EHS-diagnoser	Hvilke undersøgelser der blev foretaget og af hvilken faggruppe Hvad konklusionen af undersøgelsen var (støtter ikke EHS, støtter EHS, neutral (dvs. hverken støtter eller støtter ikke), ingen konklusion

EHS = erhvervet hjerneskeade

pigere efter specifikke centralnervesystem (CNS)-sygdomme/tilfælde f.eks. hovedtraumer [4, 5] og apopleksi [6, 7]). Den kliniske relevans af leukoaraiosis diskuteres stadig, og der er i nogen grad fundet bevis for en relation mellem dette og sent debuterende depression [8]. Desuden er sandsynligheden for indlæggelse på en psykiatrisk afdeling højere for patienter med en række CNS-lidelser (inklusive demens) end for patienter i kontrolgrupper [9]. EHS, herunder demens, kunne for nogle patienters vedkommende således være den primære årsag (eller en væsentlig sekundær årsag) til psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelse og dermed årsag til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Især på grund af den med alderen stigende incidens af demens [10], stroke [11] og leukoaraiosis [12] må diagnosticering af EHS såvel som afkræftelse af mistanke om EHS anses for at være væsentlig for den optimale behandling i gerontopsykiatri [1].

Formålet med undersøgelsen var at: 1) fastlægge hvor mange patienter, der på et år (2002) i en gerontopsykiatrisk søjle havde fået stillet en diagnose, der pegede på en EHS, herunder demens, og i et vist omfang hvilken type EHS, det drejede sig om. EHS er her defineret efter International Classification of Diseases (ICD)-10-kriterier [13] og vises i **Tabel 1** (tilsvarende diagnoser inden for ICD-8 og tidligere diagnose-system anses også for at være EHS-diagnoser, men specificeres ikke nærmere her), og 2) undersøge på hvilken baggrund (dvs. hvilke typer undersøgelser) diagnosen blev stillet.

**Metode**

Et pilotprojekt blev udført for at sikre ens registrering af data fra journalerne. Begge undersøgere gennemgik uafhængigt

journaler på de første 20 patienter, der blev indlagt i 1997 (og som ikke også blev indlagt i 2002) og registrerede informationen. Uenigheder blev diskuteret, og retningslinjerne blev udviklet, således at der blev opnået 100% enighed i registreringen.

I den endelige undersøgelse var alle patienter, der havde været indlagt i gerontopsykiatrisk søjle (lukkede og åbne døgnafdelinger og på daghospitalet) i 2002, fundet gennem »det grønne system« (elektronisk registreringssystem). Eksklusionskriterierne var: 1) at patienten ikke var fyldt 65 år ved indlæggelsen, og 2) at patienten stadig var indlagt den 1. marts 2003 (måneden inden journalgennemgangen blev påbegyndt). Journalerne blev tilfældigt delt mellem undersøgerne. I alle tilfælde, hvor der var mistanke om EHS, blev journalerne gennemgået af begge undersøgere. De registrerede data er beskrevet i **Tabel 2**.

Konklusionerne af de foretagne undersøgelser blev klassificeret som hhv. »støtter ikke« og »støtter« EHS-diagnose (EHSD). Klassifikationen skete kun, hvor den oprindelige undersøger havde skrevet en tydelig konklusion f.eks.: »Billedet er dermed ikke foreneligt med en demenstilstand« eller »Infarkt i hø. hemisfære«.

Disse foranstaltninger var nødvendige for: 1) at sikre, at projektets undersøgere ikke tolkede undersøgelser, hvor de ikke havde kompetence til dette, og 2) for at kunne opnå 100% enighed i registreringen. Af samme grund blev diagnoser kun registreret, hvis det var tydeligt, at en diagnose var stillet, f.eks. hvis der blev skrevet »depression med psykotiske symptomer«, hvor ICD-10-koden var angivet, eller hvor en beskrivelse fremgik af en epikrise.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Tabel 3.** Antal patienter med specifik erhvervet hjernesygdom (EHS)-udskrivningsdiagnose.

EHS-diagnose (F00-F09)	Antal patienter (%)			
	eneste diagnose	primær diagnose	sekundær diagnose	i alt
F00 (demens ved Alzheimers sygdom) . . . . .	5	1	2	8 (18,6)
F01 (vaskulær demens) . . . . .	2	2	–	4 (9,3)
F02 (demens ved andre sygdomme) . . . . .	1	1	–	2 (4,7)
F03 (demens, uspecificeret) . . . . .	12	–	4	16 (37,2)
F04 (organisk amnestisk syndrom) . . . . .	1	–	–	1 (2,3)
F05 (F05.8 – delirium ved demens) . . . . .	0	1	–	1 (2,3)
F06 (andre psykiske lidelser som følge af hjerneskade eller -dysfunktion) . . . . .	8	–	–	8 (18,6)
F07 (personligheds- og adfærdforstyrrelser forårsaget af sygdom, beskadigelse af eller dysfunktion af hjernen) . . . . .	1	–	–	1 (2,3)
F09 (organisk eller symptomatisk mental lidelse eller forstyrrelse, uspecificeret) . . . . .	2	–	–	2 (4,7)
I alt	32 (74,4)	5 (11,6)	6 (14,0)	43 (100)

## Resultater

### Beskrivelse af patienter indlagt i gerontopsykiatrien på Frederiksberg Hospital i 2002

#### Baggrundsoplysninger og antal af patienter med erhvervet hjerneskade-udskrivelsesdiagnoser

I alt 130 personer var indlagt mindst en gang på gerontopsykiatrisk afdeling i løbet af 2002. Hovedparten (78,5%) var indlagt mindst en gang på en døgnafdeling. Der var flere kvinder (66,2%) end mænd (33,8%), og gennemsnitsalderen var 78,2 år (standarddeviation (SD): 8,1 år, spændvidde: 65-96 år). Der sås ikke signifikant ( $t(128) = 0,254$ ,  $p = 0,8$ ) forskel på gennemsnitsalderen hos mænd (gennemsnit: 78,41 år, SD: 7,58) og kvinder (gennemsnit: 78,02 år, SD: 8,51).

I alt 99 patienter (76,2%) var indlagt første gang på en psykiatrisk afdeling efter de var fyldt 65 år, og for ca. halvdelen (49,2%) var den første indlæggelse i 2002 deres første indlæggelse på en psykiatrisk afdeling nogensinde. Gennemsnitligt havde patienterne været indlagt 5,5 gange (SD = 9,3, spændvidde = 1-52 gange).

66,2% af patienterne fik ikke en EHSD ved udskrivelsen, mens 33,1% gjorde (procenttallene giver ikke sammenlagt 100 på grund af en manglende udskrivelsesdiagnose). Den hyppigste EHS-udskrivningsdiagnose var uspecificeret demens (37,2%) (Tabel 3). Der blev ikke fundet EHSD uden for F00-F09.

#### Patienter, som tidligere har fået en erhvervet hjerneskade-diagnose, og som ikke fik en erhvervet hjerneskade-diagnose ved udskrivelse i 2002

I alt havde 64 patienter (49,2%) en dokumenteret EHSD i deres journal, enten fra den psykiatriske afdeling eller beskrevet i epikrise m.m. fra andre afdelinger. Enogtyve (32,8%) patienter, som tidligere havde fået en EHSD, fik ikke en EHSD ved udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling i 2002.

Disse patienter havde følgende EHS-diagnoser: apopleksi/infarkt/subaraknoidal hæmoragi (SAH) ( $n = 10$ ), en af

flere demenssygdomme ( $n = 4$ ), SAH og Parkinsons sygdom ( $n = 1$ ), epilepsi (efter hovedtraume) ( $n = 1$ ) og hovedtraume 10-49 år inden indlæggelsen ( $n = 5$ ). Sytten (26,6%) af patienterne, der havde en udskrivelsesdiagnose eller tidligere havde fået stillet EHSD, havde dermed en anden diagnose end demens.

### Faktorer, der påvirker udskrivelsesdiagnosen

#### Køn og alder ved første indlæggelse

Som forventet havde alder ved den aktuelle indlæggelse en meget afgørende og signifikant ( $t(127) = -4,0$ ,  $p < 0,001$ ) betydning for, om patienten blev udskrevet med en EHSD (gennemsnit = 82,0, SD = 8,2) eller ej (gennemsnit = 76,2, SD = 7,5), således at højere alder ved den aktuelle indlæggelse gav større risiko for EHSD. Køn ( $\chi^2 = 6,226$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,013$ ) og alderen ved første indlæggelse ( $\chi^2 = 7,664$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,006$ ) havde begge signifikant betydning for udskrivelsesdiagnosen. Det var dermed mere sandsynligt for mænd end for kvinder at blive udskrevet med en EHSD (hhv. 47,7% og 25,9%), og personer, som var 65 år eller ældre ved første indlæggelse, blev oftere udskrevet med en EHSD end patienter, som blev indlagt første gang inden de var 65 år gamle (hhv. 39,8% og 12,9%).

Da der ikke sås signifikant forskel i kønsfordelingen i de to aldersgrupper (over eller under 65 år ved første indlæggelse) ( $\chi^2 = 1,175$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,278$ ) antages effekten af køn og alder at være global, dvs. at der ikke var en interaktion mellem køn og alder på udskrivelsesdiagnosen.

#### Resultater af de foretagne undersøgelser

Idet studiet var retrospektivt, var der et stort antal manglende data, og det var derfor ikke muligt at gennemføre statistiske analyser på resultaterne af de forskellige undersøgelser i forhold til deres sammenhæng med udskrivelsesdiagnosen. En deskriptiv beskrivelse af dette er imidlertid opsummeret og anført nedenfor.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

*Hvilke undersøgelser blev foretaget?*

Resultater fra objektive, subjektive og/eller skanningsundersøgelser var dokumenteret i 91 (71,0%) af patientjournalerne. Fireogtredive var blevet undersøgt med en type undersøgelse, heraf fem med mindst en subjektiv undersøgelse, 22 med mindst en objektiv undersøgelse og syv med udelukkende en eller flere skanning(er). Femogfyrre patienter var blevet undersøgt med to typer undersøgelser, og 12 patienter var undersøgt med alle tre typer undersøgelser (**Figur 1**).

*Hvordan var resultaterne relateret til udskrivelsesdiagnosen?*

Resultaterne af undersøgelserne blev kategoriseret i en af fem kategorier for hvert af de tre typer undersøgelser: 1) ikke foretaget ifølge journalen, 2) hovedparten af de foretagne undersøgelser havde konklusionen »støtter ikke en EHSD«, 3) lige antal af undersøgelser med konklusionen støtter og støtter ikke en EHSD eller hovedparten af undersøgelser hverken støtter eller støtter ikke en EHSD, 4) hovedparten støtter EHSD og 5) ingen undersøgelser havde en konklusion.

Idet der også var flere undersøgelsestyper (subjektive, objektive og skanninger) og to mulige resultater (EHSD eller ikke-EHSD ved udskrivelsen), ville der blive præsenteret 60 celler, hvis resultaterne skulle gengives fuldstændigt. På grund af dataenes subjektive natur, og fordi der ingen guldstandarder var for afgørelsen om forekomsten af EHSD i vores population, skønnedes det at være mest relevant at præsentere celler, hvor der er entydige resultater i de hyppigst foretagne undersøgelser dvs. de objektive undersøgelser og skanningsresultaterne.

*Hverken objektive undersøgelser eller skanningsundersøgelser blev foretaget*

Fireogfyrre ud af 130 (33,8%) patienter blev udskrevet, uden at der var foretaget objektive undersøgelser eller skanningsundersøgelser til udredning af en EHS. Af disse 44 patienter fik otte en EHSD ved udskrivelsen. Tre ud af otte havde fået foretaget subjektive undersøgelser, som støttede en EHSD. For to ud af otte forelå der dokumentation for tidligere foretagne undersøgelser og EHSD, og en ud af otte havde muligvis en forbigående EHS, som ikke nødvendiggjorde EHS-udredning (organiske hallucinationer). Dermed var to ud af fem udskrevet med en EHSD, uden at baggrunden herfor kunne findes.

*Entydig ikke støtte for erhvervet hjerneskade*

For seks patienter var der både skanningsresultater og objektive resultater, som ikke støttede tilstedeværelsen af en EHS. Fem ud af seks fik ikke en EHSD, men en patient – som også havde et ikkestøttende subjektivt resultat – blev udskrevet med en EHSD.

*Entydig støtte for erhvervet hjerneskade*

For nitten patienter var der både en objektiv undersøgelse og en skanning, som støttede en EHS; ni ud af 19 fik ikke en

EHSD ved udskrivelsen. Seks af disse ni havde tidligere fået en EHSD, og de resterende tre var blevet subjektivt undersøgt mindst en gang, uden at undersøgelsen gav et ikkestøttende resultat. Umiddelbart får man således indtryk af, at der var flere patienter, hos hvem der var dokumentation for en EHS, men hvor der ikke blev stillet en EHSD.

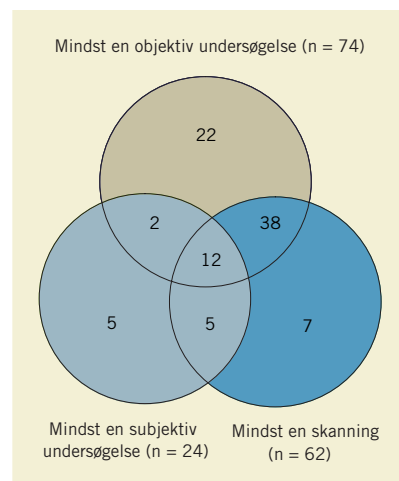
Af de 43 patienter, som fik en EHSD ved udskrivelsen, kunne baggrunden for denne diagnose ikke ses i tre af tilfældene. Som allerede beskrevet havde 21 patienter (ud over de 43 patienter med en EHSD ved udskrivelsen) en tidligere dokumenteret EHSD.

Herudover havde tre patienter fået objektive resultater og skanningsresultater, som støttede en EHSD, uden at de fik diagnosen.

**Diskussion**

Hovedformålet med denne undersøgelse var at konstatere, hvor mange patienter indlagt på en gerontopsykiatrisk afdeling i en afgrænset tidsperiode der havde en EHS. Treogfyrre ud af 130 (33,1%) af patienterne havde en udskrivelsesdiagnose, der kunne afspejle en hjerneskade eller -dysfunktion. Gennemgang af journaler viste dog, at yderligere 21 patienter på et tidligere tidspunkt havde fået en eller flere EHSD (hovedsageligt apopleksi/infarkt/SAH eller hovedtraume), og for yderligere tre patienter var der både støttende skanningsresultater og objektive undersøgelser, der kunne tyde på en EHS. Så vidt disse oplysninger støttede tilstedeværelse af en EHS hos de pågældende patienter, var antallet af patienter med en EHS på 67 ud af 130 (51,5%) dvs. væsentligt højere end det antal, man ville have fået ved udelukkende at bruge udskrivelsesdiagnosen. Antallet af patienter, der havde en dokumenteret EHSD, som ikke var en form for demens, var på 26,6% af den samlede EHS-patientgruppe.

Der kan være mange grunde til, at så mange patienter ikke fik en EHSD på trods af støtte for dette. F.eks. kunne eventuelle men fra en tidligere pådraget hjerneskade være forsvun-



**Figur 1.** Antal patienter undersøgt med en, to, eller tre typer undersøgelser mhp. udredning for erhvervet hjernesygdom.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

det ved indlæggelsen i 2002. Det må dog konkluderes, at for denne population skulle udskrivningsdiagnosen tages som en »undervurdering« af prævalens af EHS. Hvis denne observation gælder for andre populationer i Danmark, kunne det have betydning for f.eks. forskning og for tildeling af resurser. Andre forfattere har argumenteret for, at alvorlig hjernepatologi er underdiagnosticeret i populationer med sent debuterende psykiatriske symptomer [14]. Der er dog også fundet bevis for overdiagnosticering af demens blandt gerontopsykiatriske patienter [15].

Køn og alder ved første indlæggelse (for patienter over eller under 65 år) er begge signifikante prædiktorer for, om en patient blev diagnosticeret med en EHS. Dermed er der støtte for den kliniske tommelfingerregel, at hvis en psykiatrisk problemstilling først opstår i en sen alder, må man være opmærksom på en organisk årsag, f.eks. ved sen debut af depression [9]. At mænd oftere får en EHSD kunne afspejle epidemiologiske variable, men generelt er mænd mindre tilbøjelige til at søge hjælp, især for emotionelle og depressive symptomer [16], og dermed kan procentdelen af EHSD blive skævvredet hos mænd.

Denne undersøgelse har flere begrænsninger. Primært, at det er en retrospektiv undersøgelse og at: 1) mange patienter ikke blev undersøgt eller kun undersøgt med en type undersøgelse, 2) de foretagne undersøgelser og beskrivelser af resultaterne ikke var ensartede, og 3) det ikke var muligt at indføre en guldstandard i forhold til kriterierne for tilstedeværelse af en EHS hos den enkelte patient, og man i stedet var for afhængig af de undersøgelsesresultater og diagnoser, som var beskrevet i journalen. Punkt 1) kan have betydet en undervurdering af prævalensen af EHS, mens 2) og 3) kan have påvirket resultaterne i begge retninger og i hvert fald betyder, at der kom meget »støj« i kodningen af resultaterne (f.eks. skulle mange undersøgelser kodes som »uden konklusion« eller »neutral«, hvor de i en prospektiv undersøgelse muligvis kunne være blevet kodet anderledes). Resultaterne af en fremtidig prospektiv undersøgelse vil muligvis kunne give svar på flere af ovenstående spørgsmål og give et mere præcist billede af, hvor mange patienter indlagt i den gerontopsykiatriske søjle, der har en demens, en erhvervet hjerneskade eller en anden form for hjernelidelse.

Korrespondance: Ann-Marie Low, Gerontopsykiatrisk Afdeling D, Frederiksberg Hospital, DK-2000 Frederiksberg. E-mail: ann-marie.low@frh.regionh.dk

Antaget: 16. februar 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Selskabet Danske Neuropsykologer takkes for økonomisk støtte.

**Litteratur**

1. Ashley RV, Gladsjo A, Olson R et al. Changes in psychiatric diagnoses from admission to discharge. *General Hospital Psychiatry* 2001;23:3-7.
2. Ettner SL, Hermann RC. Inpatient psychiatric treatment of elderly medicare beneficiaries. *Psychiatric Services* 1998;49:1173-9.
3. Weintraub D, Mazour I. Clinical & demographic changes over ten years on a psychogeriatric inpatient unit. *Ann Clin Psychiatry* 2000;12:227-31.

4. Bowen A, Neumann V, Conner M et al. Mood disorders following traumatic brain injury: identifying the extent of the problem and the people at risk. *Brain Injury* 1998;12:177-90.
5. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
6. Anderson CS, Hackett ML, House AO. Interventions for preventing depression after stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003689.pub2. DOI: 0.1002/14651858.CD003689.pub2.
7. Angelelli P, Paolucci S, Bivona U et al. Development of neuropsychiatric symptoms in post stroke patients: a cross sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:55-63.
8. Salloway S, Malloy P, Kohn R et al. MRI and neuropsychological differences in early- and late-life onset geriatric depression. *Neurology* 1996;46:1567-74.
9. Nilsson FM, Kessing LV, Sørensen TM et al. Affective disorders in neurological diseases: a case register study. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:41-50.
10. Andersen K, Lolk A, Nielsen H et al. Prævalens og incidens af demens i Danmark. *Ugeskr Læger* 2000;162:4386-90.
11. Pessah-Rasmussen H, Engström G, Jerntorp I et al. Increasing stroke incidence and decreasing case fatality, 1989-1998; a study from the stroke register in Malmö, Sweden. *Stroke* 2003;34:913-8.
12. Launder LJ. Epidemiology of white-matter Lesions. *Int Psychogeriatr* 2003;15 (suppl 1):99-103.
13. WHO. ICD-10: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. Geneva: World Health Organization, 1993.
14. Kessing LV. Invited comment. Severe brain pathology: underdiagnosed in psychiatric patients? *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:392-7.
15. Tybjerg J, Sørensen L, Andersen F et al. Brug af psykofarmaka og tvang ved psykiatriske indlæggelser af ældre demente. *Ugeskr Læger* 1992;154:68-71.
16. Möller-Leimkühler A-M. Barriers to help-seeking in men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Dis* 2002;71:1-9.