



Strategiske veivalg for å forebygge skader

REDAKSJONELT

YTTTERSTAD B

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en prognose for hvordan verdens sykdomspanorama vil endre seg frem mot år 2020. Skader vil ifølge dette langtidsvarselet utgjøre en økende andel av den totale globale sykdomsbyrde. Det hevdes at trafikkskadene alene vil bli den tredje største årsak til invaliditet (1). Denne helsepolitiske utfordringen krever at man utvikler nasjonale og globale strategier som identifiserer de riktige målgruppene og iverksetter effektive forebyggende tiltak. For å gjøre denne jobben trengs god skadeepidemiologisk kunnskap og tverrfaglig samarbeid over forvaltningsnivåer, samfunnssektorer og landegrensler.

Fordi ICD-data ikke har gitt epidemiologisk kunnskap som er god nok, startet vi i 1985 utviklingen av et verktøy for blant annet å lage pålitelige nasjonale estimater for skader (2). Et unikt samarbeid kom i stand mellom fagfolk ved Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) og kirurger og skadeseoretikere med sans for skadeforebygging fra sykehusene i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad. Disse sykehusene foretar nå fortløpende en nokså komplett registrering av skader i de fire nevnte kommuner som til sammen huser ca. 7% av Norges befolkning. Data inneholder variabler som er relevante for profylakse. Folkehelsa får på denne måten tilsendt verdifulle akkumulerte data.

Mange viktige skadeepidemiologiske arbeider er blitt publisert med utgangspunkt i Folkehelsas nasjonale databank. I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Anders Engeland & Branko Kopjar skadepanoramaet for et utvalg av norske barn i en åtte års periode fra 1990 (3). Av spesiell interesse er påvisningen av forskjellen mellom helsevesenets og politiets tall for trafikkskadede barn. Det burde være urovekkende at de som skal planlegge trafikksikkerheten for barn, bare får data om 15,2% av norske barn som skades i trafikkkulykker. Antall trafikkdrepte økte med 15% fra 1997 til 350 i 1998 (Trygg trafikk, personlig meddelelse). Samtidig har vi en veidirektør som sier at vi må få lengre og tyngre trailere på norske veier fordi de næringsmessige interesser taler for det. Det var å ønske at han heller kunne gi etter for kravet om bedre faktamateriale som grunnlag for planlegging av barns sikkerhet på veiene i Norge.

Mye taler for at forfatterne har beregnet nær opptil korrekte nasjonale insidenstall for barneskader. For det første fordi 7,3% av nasjonens barn er eksponert for skader gjennom nesten en halv million barneår i denne studien. Dessuten regnes de fire beskrevne byene demografisk og sosioøkonomisk representative for hele landet.

Antall deskriptive skadeepidemiologiske publikasjoner er langt høyere enn tilsvarende

aksjonsrettede prosjekter. Uten tvil trenger vi gode beskrivelser av skadeproblemets omfang og fordeling i befolkningen. Imidlertid har vi hatt skadeepidemiologisk forskning i over 30 år nå, og tiden er moden for at vi i økende grad tar i bruk veldokumentert viten om forebygging av barneskader til planlegging, implementering og evaluering av intervensjoner. Det er av Cochrane-gruppen anbefalt at endepunktene i slike studier bør være skaderater i definerte populasjoner (4).

Trenger vi skadedata fra Levanger og Namsos for å forebygge skader i Nord-Trøndelag, eller holder det med estimater og projeksjoner basert på Folkehelsas tallmateriale (5)? Svaret er sannsynligvis at alle lokalsamfunn som vil forebygge effektivt, må ha egne longitudinelle data. Meråker har stor gjennomgangstrafikk og trenger gode skadedata fra sitt nærområde for å iverksette og evaluere tiltak mot trafikkskader. Derfor må Levanger og Trondheim sykehus inkludere geografiske data i sine registreringer slik at meråkingene kan få kommunespesifikke data - helst brutt ned på skolekrets nivå. Lokalsamfunn som har lyktes med sitt forebyggende arbeid har foretatt innsamling av skadedata som en integrert del av jobben (6, 7).

Fra 1.1. 1999 ble ICD-10 innført ved norske sykehus. Det knytter seg en viss optimisme til at man heretter skal få bedre skadedata ut av alle norske sykehus. Variablene i ICD-10 er mer egnet for profylakse enn dem man fant i ICD-9. Med noen tilleggsvariabler og geografisk stedfesting av skader kan man få det minimumssett som trengs for å iverksette og evaluere lokalsamfunnsbaserte intervensjoner (8). Erfaringer tyder imidlertid på at man må ansette skadesekretær for å sikre datadisiplin og en komplett registrering (6).

Børge Ytterstad

LITTERATUR:

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.
2. Lund J. Sykehus/legevaktbasert skaderegistrering. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1988.
3. Engeland A, Kopjar B. Skader blant barn behandlet ved legevakt og i sykehus 1990-97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119: 784-7.
4. Harbourview Injury Prevention Research Center. Systematic review of childhood injury prevention interventions. [http://weber.u.washington.edu/~hiprc/childinjury/\(29.1.1999\)](http://weber.u.washington.edu/~hiprc/childinjury/(29.1.1999)).
5. Hardeide B. Personskader i kommune og fylker. Tall fra Norsk Pasientregister, Dødsårsaksregisteret, og estimaterbasert på Skaderegisteret. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1998.
6. Ytterstad B. The Harstad Injury Prevention Study. Hospital-based injury recording and community-based intervention. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1995.
7. Schelp L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. *Health Promotion* 1987; 2: 109-25.
8. Karolinska Institutet. WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. <http://www.ki.se/phs/wcc-csp/safecom/main.html> (29.1.1999).

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no