

Hvor mange skader behandler spesialisthelsetjenesten årlig?

Offentlig skadestatistikk er ufullstendig og speiler ikke de ressursene som våre sykehus bruker på det faktiske volum av akutt skadebehandling.

Dødelige skader fører til et stort tap av forventede leveår fordi mange unge omkommer. Store helseressurser brukes til behandling og rehabilitering. Mange får livsvarige mén. Fra 1985 til 2003 hadde Norge en god og representativ skaderegistrering. Variablene var velegnet for forebyggende arbeid og var basert på det nordiske systemet (1). Data ble registrert ved fire «fyrtårnsykehus» i Trondheim, Stavanger, Drammen og Harstad, hvor man behandlet i overkant av 10 % av landets befolkning.

I en rapport fra 1992, utgitt av Folkehelseinstituttet, anslo man at 411 550 skader ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i 1990 (2). Det utgjorde en skadeinsidens på 9,7 per 100 personår på landsbasis. Etter nedlegging av registreringen ved de fire sykehusene i 2003 ble det planlagt en ny, obligatorisk nasjonal skaderegistrering. Åtte år senere kom de første rapportene fra denne registreringen, kalt Felles minimum datasett (FDMS). Helsedirektoratets nasjonale estimater for skader er hentet fra rapporter for perioden 2011–2015 (3). Rapportene sammenligner data fra Felles minimum datasett med ICD-10-diagnoser for å kunne gi nasjonale og regionale estimater av antall skader som behandles i spesialisthelsetjenesten. Antallet som er basert på ICD-10-data, har vært rundt 300 000 skader årlig for årene 2011–15, noe som er tre firedeler av Folkehelseinstituttets estimat for 1990 (2).

Kan skadedata fra Harstad gi et bedre bilde?

Harstad sykehus (nå Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad) har siden 1. juli 1985 registrert alle skader som behandles i spesialisthelsetjenesten. Registreringen av data er kvalitetssikret etter Folkehelseinstituttets krav.

Registreringen for 21 år (1994–2014) ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad viste at nær 49 000 skader ble behandlet. Av disse var over 90 % ulykker, mens resten var likt fordelt mellom vold, selvskading og ukjente årsaker. Insidensen for ulykkeskader ble stratifisert i femårs aldersgrupper og etter kjønn. Aldersjustering med hele landet som standardpopulasjon ville gitt en insidens på 10 per 100 personår for alle aldre og begge kjønn.

Samlet estimat for hele befolkningen ville tilsi at over 500 000 skader trengte behandling i spesialisthelsetjenesten årlig. Når Helsedirektoratets tilsvarende estimat, basert på ICD-10-data, utgjør rundt 300 000 skader, innebærer det en underrapportering på 40 %.

I 2015 ble det i Norge registrert 111 566 skader etter Felles minimum datasett. Sammenlignet med estimat basert på data fra Universitetssykehuset Nord-Norge, Har-

«Den nasjonale underrapporteringen er problematisk av flere grunner»

stad, representerer dette nær 80 % underrapportering Av institusjoner som leverte data til Helsedirektoratet, utgjorde registreringer fra Oslo universitetssykehus rundt halvparten.

Kommentar

Den nasjonale underrapporteringen er problematisk av flere grunner.

Arbeidsbyrden for skadebehandling på sykehusene underkommuniseres. Nedlegging av akuttkirurgi på småsykehus, som planlegges av helseministeren, bør revurderes fordi datagrunnlaget som Helsedirektoratet publiserer, både er ufullstendig og ikke representativt. Det ufullstendige datatilfanget svekker muligheten for gode analyser av skadepanoramaet og innsats for forebygging i Norge. Dessuten speiler analysene av data at skadebildet er mer representativt for Oslo enn for resten av Norge. ICD-10-data har mangelfulle opplysninger som er egnet for forebygging. Man får vite hvor på lårhalsen bruddet er, men ingen ting om hvordan det faktisk skjedde.

Felles minimum datasett er basert på det nordiske systemet Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO), som inneholder variabler som sier noe om når, hvor og hvordan skaden oppstår. Slike opplysninger kan føre til målrettet og effektiv forebygging. Datatilfang og kvalitet kan forbedres dersom Helsedirektoratet går tilbake til et modifisert system med «fyrtårnsykehus» for registrering av FDMS-data, eller aller helst ta i bruk det uavkortede variabelsettet i NOMESCO (1).

Den tidligere ordningen ga data med høy kvalitet og validitet blant annet fordi staten finansierte sekretærene som sto for registreringen. Lokale data kunne hentes ut fra hvert sykehus, noe som var en gulrot for å gjøre en god jobb. Gode nasjonale og

lokale, kortreiste data ble lett tilgjengelig for mange kommuner og en viktig kilde for analyser av det lokale skadebildet. Det resulterte også i publisering av artikler om skadeepidemiologiske temaer i internasjonale og nasjonale artikler (4) og målrettede intervensjoner som lot seg evaluere på basis av harde endepunkter som årlig skadeinsidens (5, 6).

Fremtidige «fyrtårnsykehus» bør rekrutteres i fylker som allerede har etablerte skadeforebyggende programmer. Norge har 21 «trygge lokalsamfunn» godkjent etter kriterier fra Verdens helseorganisasjon (WHO) (7). Disse har i mange år, men fortsatt uten hell, etterspurt gode og korrekte skadedata for lokalt bruk.

Børge Ytterstad
boergey@online.no

Børge Ytterstad (f.1943) er pensjonert overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad og Norges eneste professor i skadeforebygging.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har tidligere jobbet for Norsafety, Harstad, i fem år, og motatt honorar.

Litteratur

1. Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO). Classification for accident monitoring. Første utgave. København: NOMESCO, 1984.
2. Guldvog B, Thorgersen A, Ueland Ø. Rapport nr. 1/92. Ulykker, vold og selvpåført skade. Oslo: Folkehelseinstituttet, 1992.
3. Helsedirektoratet. Personskadedata. Feil i rapportering av personskadedata 2012 og 2013. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/personskadedata> [15.11.2016].
4. Ytterstad B, Wasmuth HH. The Harstad Injury Prevention Study: evaluation of hospital-based injury recording and community-based intervention for traffic injury prevention. *Accid Anal Prev* 1995; 27: 111–23.
5. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 551–8.
6. Turner C, Spinks A, McClure R et al. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. [Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; nr. 3: CD004335. doi: 10.1002/14651858.CD004335
7. Skadeforebyggende forum. Trygge lokalsamfunn. www.skafor.org/Hoved/trygge-lokalsamfunn/ [15.11.2016].

Mottatt 21.9. 2016 og godkjent 15.11. 2016. Redaktør: Geir Wenberg Jacobsen.

Publisert først på nett.