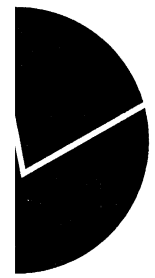


Jens-Kristian Borgan

SYNAPS-forprosjekt

System for nasjonal
personskadestatistikk

Notater



SYNAPS

System for nasjonal personskadestatistikk

Forslag til samordning av eksisterende ulykkes- og skaderegistre for å få frem et prioriterings- og evalueringsverktøy til det skadeforebyggende arbeidet

Et forprosjekt utført i Statistisk sentralbyrå
5. juli 1995

INNHOLDSFORTEGNELSE

0. Sammendrag og konklusjon	4
1. Bakgrunn og formål	6
2. Hva vet vi om ulykkesbildet idag	9
3. Forslaget i SYNAPS-utredningen	11
4. Data i en nasjonal oversiktsstatistikk over ulykker	13
4.1 Hovedvariable	13
4.2 Ulykkessted.....	13
4.3 Aktivitet da ulykken skjedde	14
5. Kobling av ulykkesdata fra ulike registre	14
6. Registreringen av de to variablene skadested og aktivitet i basisregistrene	15
7. Skadens alvorlighet	15
8. Alternative avgrensninger i SYNAPS	16
9. Datakvalitet	17
9.1 Validiteten i basisregistrene	17
Utskrivingsregisteret	17
Dødsårsaksregisteret	19
Sykepengeregisteret	19
Attføringsregisteret	20
Uføretrygdregisteret	20
9.2 Aktuell informasjon fra tilleggsregistrene	21
Folkehelsas skaderegister	21
SSBs/politiets statistikk over veitrafikkulykker	21
TRAST (Forsikringsselskapenes felles veitrafikkulykkesstatistikk)	22
DAYSY (Forsikringsselskapenes register over yrkesskader og yrkessykdommer)	22
Arbeidstilsynets/Oljedirektoratets registre over yrkesulykker	23
9.3 Hendelser i Norge eller bosatte i Norge	23
9.4 Hvilke ulykker som skal registreres i SYNAPS - en oppsummering	23
10. Dokumentasjon av dataprojektet; prøvekobling av eksisterende data	24
10.1 Bakgrunn	24
10.2 Nærmere om dataene i dataprojektet	24
10.2.1 Sykehusdata	24
10.2.2 Kobling mot dødsårsaksdata	31
10.2.3 Kobling mot sykepengedata	31
10.2.4 Kobling mot attføringsdata	32

10.2.5 Kobling mot uføretrygddata	32
10.2.6 Kobling mot veitrafikkulykkesdata	33
10.2.7 Kobling mot ulykkesregisteret i Direktoratet for arbeidstilsynet	33
10.2.8 Kobling mot yrkesskadeforsikringen	33
10.3 En oversikt over resultatet av koblingene	33
10.4 oppsummering av prøveprosjektet	35
11. Sosialkomitéens behandling av St. meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid	35
12. Erfaringer med ulykkesregistrering i Danmark	36
13. Forutsetninger for å utføre koblingene i SYNAPS - hva Datatilsynet må gi tillatelse til	37
14. Strategi for videreutvikling av SYNAPS	39
15. Konsekvenser av forslagene i NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre	40
REFERANSER	42
Vedlegg 1. Definisjoner og klassifikasjoner	44
Vedlegg 2: Datainnhold for ulykkespasienter fra sykehusenes pasientadministrative systemer	51
Vedlegg 3. Kostnader med etablering og drift av SYNAPS	52
Vedlegg 4. Arbeidsplan for etablering av SYNAPS	53
Vedlegg 5. Erfaringer fra møter på Regionsykehuset i Trondheim 12. juni 1992	54
Vedlegg 6. Erfaringer fra møte om ulykkesregistrering på Ullevål sykehus 9. september 1992	56
Vedlegg 7. Erfaringer fra møte på Buskerud sentralsykehus 9. september 1992. Møte Skaderegisteret	58
Vedlegg 8 Erfaringer fra møte på Buskerud sentralsykehus 9. september 1992. Møte med mottagelsen	59
Vedlegg 9 Møte om ulykkesregistrering Glostrup sygehus, København amt 27. november 1992	60
Vedlegg 10 Møte om ulykkesregistrering med Sundhedsstyrelsen i Danmark 30. november 1992	63
Vedlegg 11 Referat fra møte i Rikstrygdeverket 26. august 1992.	66

SYNAPS-FORPROSJEKT

0. Sammendrag og konklusjon

Dette forprosjektet er en oppfølging av rapporten "SYNAPS System for nasjonal personskadestatistikk" med undertittel "Forslag til samordning av eksisterende ulykkes- og skaderegistre for å få frem et prioriterings- og evalueringsverktøy til det skadeforebyggende arbeidet." Denne rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Skadeforebyggende forum. I rapporten går arbeidsgruppen inn for at "...at Statistisk sentralbyrå (SSB) får ansvaret, mandat og ressurser til å utvikle SYNAPS og til å produsere nasjonal og lokal oversiktsstatistikk for ulykkesskader." (Skadeforebyggende forum 1991, s.35). Arbeidsgruppen gikk også inn for at SSB gjennomfører et forprosjekt som vurderer kvaliteten på de aktuelle registrene som er tenkt å inngå i SYNAPS. Det er resultatene fra dette forprosjektet som presenteres i denne rapporten.

I kapittel 1 gis det en oversikt over organiseringen av arbeidet med forprosjektet til SYNAPS. I kapittel 2 er det forsøksvis gitt en oversikt over hva vi vet om ulykkesbildet idag. En oversikt over forslagene som ble fremmet i SYNAPS-utredningen fra Skadeforebyggende forum er gitt i kapittel 3. Her er det også gjort rede for forslag til endringer som er kommet fram under diskusjonen i referansegruppen for dette forprosjektet.

Kapittel 4 redegjør for hvilke data som det er aktuelt å registrere i SYNAPS, mens det i kapittel 5 redegjøres for koblingen mellom de ulike registrene ved hjelp av et kryptert fødselsnummer.

I kapittel 6 redegjøres nærmere for registreringen av de to nøkkelvariablene skadested og aktivitet (i ulykkesøyeblikket), mens en drøfting av ulike måter å gruppere ulykker etter alvorlighetsgrad er gitt i kapittel 7.

Kapittel 8 drøfter valg av avgrensning av ulykker vi ønsker å ha med i SYNAPS etter ulike kriterier for alvorlighet. Vi konkluderer med at "behov for behandling av helsetjenesten", dvs. innlegging på sykehus er en aktuell avgrensning for et framtidig SYNAPS. Hvis sykmeldingen får registrert skadested og aktivitet, kan vi også etablere en avgrensning etter midlertidig ervervsmessig uførhet. Det er imidlertid tvilsomt om slik registrering kan komme i gang med det første.

I kapittel 9 drøftes i hvilken grad registrene som er foreslått å levere data til SYNAPS idag vil være istand til dette. Det er også gjort rede for nødvendige tiltak for å få dette til.

Kapittel 10 gir en oversikt over resultater av en prøvekobling av data fra 1991. Denne koblingen tar utgangspunkt i registrene slik de var den gangen, og viser hvor langt det var mulig å komme med disse dataene. I dette kapitlet beskrives også en del forbedringer som er gjort i registrene etter 1991.

Da sykehusene idag ikke registrerer skadested og aktivitet for innlagte pasienter har vi i prøveprosjektet tatt utgangspunkt i ulykkeskoden som i sin tid først ble tatt i bruk av ØMI (Økonomisk medisinsk informasjonssystem), som var det første pasientadministrative systemet ved norske sykehus. Denne inndelingen i ulykkestyper er ikke god og er uaktuell i et eventuelt permanent SYNAPS. Til tross for disse manglene viser prøveprosjektet at en god registrering av skadested og aktivitet bør gi gode sykehusdata til SYNAPS. Med innføring av diagnosekoding i Rikstrygdeverkets (RTVs) registre over sykmelding og attføring, som er gjort etter 1991, bør

vi også få gode tryggedata til SYNAPS. Tilleggsregistrene vil gi nyttig tilleggsinformasjon, selv om det forekommer en del mørketall.

Kapittel 11 gir en oversikt over Stortingets sosialkomité's behandling av Stortingsmeldingnr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. "Komitéen har merket seg at datagrunnlaget for personskader er usikkert og mener det er behov for å utvikle et bedre prioriterings- og styringsverktøy". Et velfungerende SYNAPS som foreslått i denne innstillingen vil være et nyttig bidrag til dette.

Kapittel 12 gir en kort oversikt over erfaringene med sykehusregistrering av ulykker i Danmark. Fra 1987 har sykehusene registrert ulykkene etter skadested etter NOMESKO's ulykkesklassifisering. Fra 1.1.1995 er registrering av skadested og aktivitet obligatorisk for både innlagte og polikliniske pasienter.

Kapittel 13 gir en oversikt over hva Datatilsynet må gi tillatelse til samt lovhjemlene for bruk av de ulike registrene.

Kapittel 14 gir en strategi for å kunne starte opp SYNAPS hvor ulykkespasienter innlagt på somatiske sykehus og døde i ulykke får tilleggsinformasjon fra de øvrige registrene. Hvis SSB skal gis ansvaret for SYNAPS og datainnsamlingen av aidentifiserte pasientdata fortsetter som før, bør datainnsamlingen til SYNAPS integreres i denne datainnhenting.

Pasientadministrative systemer for polikliniske pasienter er under rask utvikling. I prinsippet blir det forholdsvis snart mulig å få også denne kategorien av skadepasienter med i SYNAPS

Helt til slutt har vi gjort rede for konsekvenser for SYNAPS hvis forslagene i NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre skulle bli antatt.

Når norsk utgave av den internasjonale sykdomsklassifiseringen ICD-10 velger å innføre skadested og aktivitet slik som foreslått i SYNAPS-forslaget, og dette blir fulgt opp ved sykehusene, blir det mulig å etablere en ulykkesstatistikk som foreslått i SYNAPS som omfatter dødsulykker og ulykker som har ført til innlegging på sykehus. Kobling av de ulike ulykkesregistrene forutsetter at Datatilsynet gir konsesjon.

Hvis det skal etableres et SYNAPS som foreslått i denne utredningen, må sykehusene registrere aktivitet og skadested som foreslått i denne rapporten og av Statens helsetilsyn ved innføringen av ICD-10 på sykehusene, sannsynligvis fra 1.1.1996. Samtidig må sykehusene registrere kontaktårsak (ulykke må skilles fra vold og villet egenskade) og skadestedskomme. For å få til dette er det nødvendig med visse tilpasninger i de pasientadministrative systemene som brukes på sykehusene. Dette må Statens helsetilsyn ta opp med systemleverandørene og sykehusene.

Dødsårsaksregisteret må registrere ulykkesdato og skadestedskommune. Egne rubrikker i skjema vil best sikre at dette blir registrert. Dette registreres ikke i dag.

Det er ikke nødvendig med endringer i de øvrige registrene som skal levere data til SYNAPS, mens Datatilsynet må gi tillatelse til å innhente sykehusdata med fødselsnummer, og å koble registrene i SSB med hjelp av kryptert fødselsnummer.

Hvis det er ønskelig at SSB skal ha ansvaret for SYNAPS, må Sosial- og helsedepartementet ta dette opp med SSB. Hvis innsamlingsrutinen for anonyme pasientdata fra de somatiske

sykehusene skal fortsette som nå, kan innsamlingen og en del av kontrollene på skadedata skje parallelt med pasientdataene. Skadedataene må imidlertid ha personidentifikasjon. Vi går ikke inn for å ta med polikliniske pasienter med i SYNAPS fra starten. Ved overgang fra ICD-9 til ICD-10 pr. 1.1.96 vil tilpasningen som gjelder ICD-10 (aktivitet og skadested) også bli gjort for sykehusenes systemer for denne pasientgruppen. Systemleverandørene bør varsles om at SYNAPS en gang i framtida også kan bli aktuelt for polikliniske pasienter.

En statistikk basert på sykehusdata, eventuelt supplert med dødsulykker fra dødsårsaksdataene kan etablertes uten koblinger, og krever dermed ikke konsesjon fra Datatilsynet. I en slik statistikk vil vi imidlertid ikke få noen data om konsekvenser og kostnader som følge av ulykkene. Vi vil heller ikke få vite hvem av de ulykkesdrepte som også var innlagt på sykehus. En slik enkel statistikk vil derfor ha langt laverte verdi enn den SYNAPS kan gi.

1. Bakgrunn og formål

Skadeforebyggende forum (SF) utarbeidet i 1988 en "Handlingsplan for det ulykkesforebyggende arbeidet i Norge mot år 2000". Utvikling av ulykkesstatistikk og informasjonssystemer var omtalt i ett av ti hovedområder i handlingsplanen. Det ble foreslått at "Statistisk sentralbyrå bør samle, kvalitetssikre, sammenstille og publisere ulykkes- og skadedata fra alle hold og sektorer i samfunnet". (Skadeforebyggende forum, 1988, s. 6)

Som et skritt i den retningen oppnevnte SF våren 1990 et nytt arbeidsutvalg som skulle "utforme en plan for fremtidig ulykkesregistrering i Norge med det mål å få en nasjonal oversiktsstatistikk som kan måle trender og brukes som prioriteringsverktøy i det skadeforebyggende arbeidet".

Utvalget hadde følgende sammensetning:

Forskningsleder Johan Lund, Statens institutt for forbruksforskning, formann i utvalget
 Kontorsjef Jens-Kristian Borgan, Statistisk sentralbyrå
 Professor Jan Hovden, NTH/SINTEF
 Sjefaktuar Tor Eivind Høyland, Norges Forsikringsforbund
 Professor kst. Gunnar Tellnes, Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo
 Avdelingssjef Tore Vaaje, Gjensidige Forsikring
 Konsulent Barbro Hamre, Norges Forsikringsforbund/Skadeforebyggende Forum, sekretær i utvalget.

I oktober 1991 ble SYNAPS-forslaget (System for nasjonal personskadestatistikk) lagt fram. (Skadeforebyggende forum 1991). I denne rapporten ble det anbefalt at det etableres et overvåkingsregister over ulykker med personskade basert på eksisterende registre. Det ble videre foreslått at Statistisk sentralbyrå gjennomfører et forprosjekt for å vurdere kvaliteten på de ulike registrene og vurdere mulighetene for å registrere de ønskede opplysningene i de ulike registrene som er tenkt å inngå i SYNAPS.

Formålet med å etablere et overvåkingsregister som foreslått i SYNAPS-utredningen er å kunne gi oversiktsstatistikk over de medisinsk mest skadde i ulykke. Utvikling av et slikt system kan gi vesentlige bidrag til å:

-gi et pålitelig totalbilde av omfanget av ulykker over et visst alvorlighetsnivå, konsekvenser og kostnader

-konsekvenser over tid, kan følge trender

-bidra til prioritering av det ulykkesforebyggende arbeidet

-synliggjøre forskjeller mellom regioner og kommuner og ulike befolkningsgrupper når det gjelder de mest alvorlige ulykkene

-evaluere forebyggende innsatser

Arbeidet med dette forprosjektet, som er finansiert av Barne- og familiedepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet er utført i Statistisk sentralbyrå. Til prosjektet er det knyttet en referansegruppe hvor departementene som støtter prosjektet og registrene som vi planlegger skal inngå i et framtidig SYNAPS, var representert.

Følgende har vært representert i referansegruppen:

Professor Tor Bjerkedal, Institutt for forebyggende medisin (Rikstrygdeverkets representant)
Førstekonsulent Sverre Bratlien, Sosial- og helsedepartementet
Forsker Bjørn Guldvog, Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa)
Kontorsjef Åse Hjørnevik, Direktoratet for arbeidstilsynet (Kommunal- og arbeidsdepartementets representant)
Sjefaktuar Tor Eivind Høyland, Norges Forsikringsforbund
Forsker Stig Jørgensen, SINTEF - NIS (Norsk institutt for sykehusforskning)
Daglig leder Johan Lund, Skadeforebyggende Forum
Førstekonsulent Cæcilie Riis, Barne og familiedepartementet

Rådgiver Jens-Kristian Borgan, Statistisk sentralbyrå (prosjektleder for forprosjektet)

I perioder har også Leif Aarø og Lise Arntsen (SHD), Torhild Henriksen (BFD) og Anders Torgersen, Stefi Stabell Wetteland og Johs. Wiik (Folkehelsa) deltatt i referansegruppen.

Kontinuiteten i arbeidet med SYNAPS er ivaretatt ved at Johan Lund som var leder av arbeidsutvalget som utarbeidet SYNAPS-rapporten og Tor Eivind Høyland og Jens-Kristian Borgan som var medlemmer av arbeidsutvalget i SF også deltar i arbeidet med forprosjektet i regi av SSB.

Det er flere formål med å innsamle ulykkesdata. I tabellen nedenfor er tre forskjellige datasett sett i sammenheng med det detaljeringsnivået vi vil få på den informasjonen som kommer ut av de innsamlede data, og det vi kan bruke denne informasjonen til (Lund et al 1994a).

Tabell 1. Tre forskjellige datasett for innsamling av opplysninger om ulykkeskader sett i forhold til informasjonens detaljeringsnivå og hensikten med å samle inn data

Informasjonens detaljeringsnivå	Data sett	Hensikten med å samle inn data
Nivå 1: Generelle ulykkes- typer	<i>Minimums basis data sett (MBDS)</i> SYNAPS-datasettet	1) Gi et pålitelig totalbilde 2) Bidra til å prioritere 3) Følge tren- der: kommunalt, regionalt, nasjonalt, internasjonalt
Nivå 2: Mer detaljerte indikatorer + evt. fri tekst	<i>Standard data sett (SDS)</i> ICD - X, kapitel XIX, XX ¹⁾ NEISS ²⁾ , HASS ³⁾ ,PORS ⁴⁾ , EHLASS ⁵⁾ , NOMESKO ⁶⁾ - Folkehelsas skadereg. Politiets trafikkulykkesregister Forsikringens skaderegistre Skaderegistre om arbeidsulykker	1) Identifisere mer detaljerte hovedgrupper 2) Identifisere forebyggen- detiltak. 3) Forskning, - i noen grad
Nivå 3: Dybdestudie	<i>Utvidet data sett (UDS)</i> på utvalgte ulykkes/skadetyper: trafikk, forbrenninger, fall, produktulyk- ker, etc.	1) Identifisere forebyggende tiltak. 2) Forskning

- 1) ICD: International Classification of Diseases, en klassifisering av alle sykdommer og skader utgitt av Verdens Helseorganisasjon. Den er særlig til bruk ved diagnostisering av årsak til død, men brukes også til diagnostisering ved innleggelse på sykehus. Kapittel XIX omhandler skadetyper, og kapittel XX ytre årsaker til skaden (den tidligere såkalte E-koden).
- 2) NEISS: National Electronic Injury Surveillance System, registrerer ulykkes- og innblandede produktdata i et utvalg av amerikanske sykehus, administreres av de amerikanske produktsikkerhetsmyndigheter.
- 3) HASS: Home Accident Surveillance System i England, registrerer ulykkes- og innblandede produktdata i et utvalg sykehus, administreres av de engelske produktkontrollmyndighetene.
- 4) PORS: det nederlandske ulykkesregistreringssystemet, registrerer ulykkes- og innblandede produktdata i et utvalg sykehus, administreres av Consumer Safety Institute i Amsterdam
- 5) EHLASS: European Home- and Leisure Accident Surveillance System. Flere land rapporterer inn ulykkesdata etter en felles klassifisering. Brukes særlig mht. produktsikkerhet
- 6) NOMESKO: Nordisk medisinsk statistisk komité har utviklet en nordisk klassifisering for ulykkesregistrering, som bl. a. brukes i Folkehelsas skaderegister. Den inkluderer en detaljert produktklassifisering.

Innholdet i disse tre typer datasett vil være svært forskjellig. De inneholder mer data jo lenger ned man kommer i tabellen. Dermed øker også vanskelighetene og kostnadene med å samle inn disse dataene i helsevesenet, dersom det skal være 100% dekkende i et land.

Av den grunn har man laget de fleste av registrene på nivå 2 i tabell 2 i de forskjellige landene som utvalgsregister, et utvalg som bør være representativt for landet. Tilsvarende gjennomfører man på nivå 3 i tabell 1 dybdestudier på et utvalg av de ulykkene som man har registrert på nivå

2. Den innsamlede fritekst (eller beskrivelse av ulykkeshendelsen) som er registrert på nivå 2, er særlig velegnet til å plukke ut de ulykker man vil studere nærmere. Dybdestudiene blir så oftest utført ved hjelp av et detaljert spørreskjema for å få tak i de nødvendige opplysninger for å forstå hvordan ulykken skjedde, og for å kunne foreslå konkrete forebyggende forslag. Det er f.eks. først på dette nivået at produksikkerhetsmyndighetene får detaljer om innblandete produkter, som type og fabrikant.

Dersom man får til en nasjonal, regional eller kommunal registrering på nivå 1 ovenfor med tilstrekkelig høy dekningsgrad, vil man få et pålitelig totalbilde av ulykkesforekomst i et land, region eller kommune. I et nasjonalt system bør der da være sammenheng mellom nivå 1 og nivå 2, slik at man kan ekstrapolere data fra nivå 2 til nasjonalt nivå. Uten å ha et godt nivå 1, vil data fra nivå 2 alltid ha i seg en usikkerhet tilsvarende utvalgsusikkerheten.

Jo færre data man samler inn på nivå 1, jo letterer er det å få til en datainnsamling som fungerer. Det er derfor en utfordring å sette dette datasettet opp med færrest mulige variable og verdier.

2. Hva vet vi om ulykkesbildet idag?

Transportøkonomisk institutt (TØI) utførte på vegne av Skadeforebyggende forum (SF) i 1991 en utredning om hva ulykker og skader koster samfunnet. (Elvik 1991). Man fant at det årlig dreier seg om 24 milliarder kroner i helsetjeneste, atferingskostnader, produktivitetstap, materiellskader (trafikk og brann), administrasjonskostnader og brannvesen. Materiellskadene står for knapt halvparten av disse kostnadene. Denne utredningen er basert på en rekke anslag. I disse beregningene falt nær 70 prosent av personskadestnadene på de 10 prosent av skadene som førte til død eller innlegging på sykehus. De aller fleste kostnadskomponentene var klart større for de 10 prosent innlagte pasienter enn for de poliklinisk behandlede. Eneste unntaket var sykefraværsdager, der de poliklinisk behandlede pasientene til sammen hadde to tredeler av sykepengedagene.

Det finnes ikke noe pålitelig totalbilde av ulykkesproblemets omfang og konsekvenser i Norge idag. Bortsett fra dødsulykker vet vi svært lite om omfanget av følgene av ulykkene, som for eksempel bruk av helsetjenesten, varig mén, sykmeldingstid, atferingstid, trygdeutbetalinger mv. Manglende totalbilde gjør det vanskelig å prioritere de forebyggende innsatsene ved å følge ulykkesbildet over tid på de alvorligste ulykkene. Den eksisterende ulykkesstatistikk i Norge er fragmentert på forskjellige ulykkesarenaer og kan vanskelig settes sammen til et helhetlig bilde.

Tabell 2 viser at de forskjellige fragmentene eller delområdene har ganske varierende kvalitet eller kompletthet. Tabellen er tatt fra beskrivelsene og vurderingene av de viktigste og mest relevante ulykkesregistreringssystemer i Norge som ble gjort i SYNAPS-utredningen (vedlegg 2 i SYNAPS-utredningen, s. 44).

Tabellen viser at det er ganske god statistikk over trafikkulykker på alvorlige skader, men ikke på lettere skader. På arbeidsulykker er det dårlig statistikk og på hjem, skole og fritidsulykker er det stor usikkerhet på totaltallene siden det er så lite utvalg. På grunn av forskjellige innsamlingskriterier er det vanskelig å sette data fra disse registrene sammen til et bilde over ulykkeskader i Norge.

Tabell 2 Datakvalitet og kompletthet på skadedata i de viktigste nasjonale registre over trafikk-, arbeids- og hjem-, skole og fritidsulykker. Kilde: SYNAPS-utredningen.

Delområde	Register	Datakvalitet	Dekningsgrad¹
Trafikk	Politiets/SSBs veitrafikkulykkesregister	Tilstrekkelig god	Død: 100% Alvorlige skader: 70% Lette skader: < 50%
Arbeid	Arbeidstilsynets og Oljedirektoratets yrkes-skaderegister	Noe varierende	10-30%
Hjem, skole, fritid	Folkehelsas skaderegister	Relativt god	7-8% (utvalgsregister)

¹ Mens trafikkulykker og arbeidsulykker har mindre enn 100 prosent dekningsgrad pga. underreportering, skyldes den lave dekningsgraden for ulykker i hjem, skole og fritid at Folkehelsas skaderegister er et utvalgsregister som dekker et geografisk område med 7-8 prosent av befolkningen. Innenfor utvalgsområdet har registeret en dekningsgrad på ca. 90 prosent.

Dersom vi ser på ulykkestatistikken med hensyn på forskjellig alvorlighets-/konsekvensnivå har vi følgende bilde:

Tabell 3 Datakvalitet og kompletthet på de registrerte skadedata i de viktigste nasjonale registre over forskjellige konsekvenser av alle typer ulykker. Kilde: SYNAPS-utredningen.

Alvorlighets/-konsekvensnivå	Register	Datakvalitet på registrerte skadedata	Kompletthet
Død	Dødsårsaksregisteret i SSB	God (ICD-9) ²	Nær 100%
Uførhet	Uføretrygdregisteret ³	God (ICD-9) 2)	Registrerer bare arbeidstakere, dvs. barn, hjemmeværende og eldre mangler
Attføring	Attføringsregister 2)	Ikke så bra (ICD-9) 2)	
Sykmelding	Sykepengeregister 2)	ICPC	
Innlegging på sykehus	Utskrivingsregisteret i SSB	Dårlig	Ennå ikke brukbart
	Folkehelsaskaderegister	Relativt god	10-11% ⁴ (utvalgsregister)

Tabell 3 viser at vi har et godt bilde over dødsulykker, men ikke over de andre viktige konsekvenser av ulykkeskader. Det er konsekvensene i tabell 3 som har betydning med hensyn til vurdering av skadens kostnader i kroner og menneskelig lidelse,

3. Forslaget i SYNAPS-utredningen

I SYNAPS-utredningen er det et detaljert forslag til hvordan man i Norge kan skaffe en oversiktsstatistikk over hele personskadeområdet. Følgende hovedtyper av ulykker ble foreslått:

- Trafikkulykker
- Arbeidsulykker
- Ulykke ved reise til/fra arbeid
- Utdanningsulykker
- Idretts-, trenings- og mosjonsulykker
- Gateulykke, ikke trafikk
- Hjemmeulykker
- Barnehage-, lekeplassulykker

² Skadediagnose og skadens ytre årsak (E-koden) etter International Classification of Diseases registreres

³ Registeret er i Rikstrygdeverket

⁴ De innlagte representerer større del av befolkningen i de fire sykehusområdene som er med i dette registeret enn de ikke-innlagte fordi den siste gruppen går til leger utenfor sykehus/legevakt

- Sykehjems-, aldershjemsulykker
- Friluft-, hav-, sjø-, og vannulykker
- Andre ulykker
- Uspesifisert ulykke

Ulykke ved reise til/fra arbeid ble foreslått for å kunne sammenlikne antall arbeidsulykker mellom de nordiske landene. I Sverige og Finland defineres ulykker under reise til/fra arbeid som arbeidsulykke, i motsetning til i Danmark og Norge. Etter at SYNAPS-rapporten ble ferdig, ble det klart at i Sverige og Finland fremkommer disse ulykkene separat i statistikken, og at man derfor ut fra behovet om en nordisk sammenliknbar statistikk ikke trenger å registrere dem særskilt i Norge. Denne ulykkestypen er derfor ikke nødvendig i et eventuelt permanent SYNAPS.

Den foreslåtte inndelingen avspeiler ansvarsområdet innen ulykkesforebygging til forskjellige sentrale og lokale myndigheter. Den er også i bruk i Folkehelsas skaderegister.

En har også antydnet at utdanningsulykker i militæret burde skilles ut som egen gruppe.

I SYNAPS-rapporten ble det videre foreslått å registrere antall ulykker av disse typene på forskjellige alvorlighets- og konsekvensnivåer:

- Skadens alvor (livstruende) - (max AIS)
- Antall liggedager på sykehus
- Sykefravær på grunn av ulykkesskade
- Antall sykmeldingsdager
- Attføring på grunn av ulykkesskade
- Antall attføringsdager
- Medisinsk invaliditet
- Ervervsmessig uførhet
- Beløp utbetalt fra trygdekontor på grunn av personskade (sykepen- ger, attføring, uførhet, eventuelt også yrkesskadeerstatning)
- Beløp utbetalt fra forsikringsselskaper på grunn av personskade
- Døde
- Tapte leveår

Det er fem nasjonale registre som er grunnleggende for å få fram en slik statistikk.

- Utskrivingsregisteret fra norske somatiske sykehus i Statistisk sentralbyrå
- Dødsårsaksregisteret i Statistisk sentralbyrå
- Sykepengeregisteret i Rikstrygdeverket
- Attføringsregisteret i Rikstrygdeverket
- Uføretrygdregisteret i Rikstrygdeverket

I tillegg ble følgende registre anbefalt som tilleggs- og/eller kontrollregistre:

- Folkehelsas skaderegister
- TRAST - Forsikringsselskapenes felles veitrafikkulykkesstatistikk
- Politets/SSBs veitrafikkulykkesstatistikk
- DAYSY - Forsikringsselskapenes register over yrkesskader og -sykdommer
- Arbeidstilsynets og Oljedirektoratets registre over yrkesulykker.

Etter at SYNAPS-rapporten var ferdig har RTV besluttet å nedlegge sin yrkesskadestatistikk. Dette registeret blir derfor ikke vurdert i forprosjektet. Det er tatt et initiativ for at RTV skal utarbeide statistikk over utbetaling til yrkesskadeerstatning. Hvis dette kommer igang, kan dataene bli aktuelle for SYNAPS.

4. Data i en nasjonal oversiktsstatistikk over ulykker

Under ledelse av Statens helsetilsyn er det utarbeidet en norsk utgave av tiende revisjon av ICD (ICD-10). Som et ledd i dette arbeidet nedsatte Helsetilsynet en arbeidsgruppe som skulle komme med et forslag til registrering av ulykker. I denne innstillingen (Lund et al, 1994b) er det antydnet at arbeidsulykkene bør deles opp etter næring for næringene landbruk, fiske, luftfart og militæret. Årsaken til at disse næringene er trukket spesielt ut, er at de ikke blir registrert (eller mangelfullt registrert) av Arbeidstilsynet eller annen etat.

I SYNAPS-rapporten ble det foreslått å samle inn følgende variable fra skadepasienter for å få fram en hensiktsmessig ulykkesstatistikk (nærmere definisjoner er gitt i vedlegg 1):

4.1 Hovedvariable

Persondata

- alder (i år)
- kjønn
- bostedskommune

Skadedata

- kontaktårsak (ulykkesskade (førstegangs innlegging/ reinnlegging), voldsskade, selvpåført skade)
- ulykkesstedskommune
- skadedato (dag, måned, år)
- ulykkessted, type sted - se nedenfor
- aktivitet da skaden skjedde - se nedenfor

Kontaktsårsakskoden skal brukes til å skille ulykkesskader fra andre skader. De øvrige dataene er bare aktuelle for ulykkesskader.

4.2 Ulykkessted

I SYNAPS-rapporten foreslås følgende inndeling for ulykkessted.

- Bolig og boligområde
- Trafikkulykke på gate og vei
- Annen ulykke på gate og vei
- Barnehage og lekeplass
- Sykehjem og aldershjem
- Friluft, hav, sjø og vann
- Annet oppgitt sted
- Ukjent sted

Statens helsetilsyn har i tillegg ønsket idrettsarena som eget ulykkessted

Trafikkulykke på gate og vei og annen ulykke på gate og vei er kombinasjoner av ulykkestyper og ulykkessted. Ved å spørre på denne måten slipper vi en egen variabel som sier om ulykken var en trafikkulykke eller ikke.

4.3 Aktivitet da ulykken skjedde

Med utgangspunkt i SYNAPS-rapporten med tillegg for forslagene i ICD-10 rapporten til Statens helsetilsyn (Lund et al 1994b), får vi følgende alternativer for aktivitet da ulykken skjedde:

- Arbeid i landbruk
- Arbeid under fiske (i/på vann)
- Arbeid i sjøfart (i/på vann)
- Arbeid i luftfart
- Arbeid i militæret (ikke vernepliktige)
- Annet lønnet arbeid
- Uspesifisert lønnet arbeid
- Vernepliktig i militæret
- Annen utdanning
- Idrett, sport og mosjon i utdanning
- Annen idrett, sport og mosjon
- Annen aktivitet

Landbruk, fiske, sjøfart, luftfart og militæret er valgt ut, da disse ulykkestypene ikke har noen god registrering i andre registre.

Denne forenklingen fører til at vi ikke får skilt idrett/sport/ mosjon i arbeidstiden fra annet inntektsgivende arbeid. Tall fra Folkehelsas skaderegister viser imidlertid at denne ulykkestypen forekommer meget sjelden blant innlagte. For poliklinisk behandlede pasienter er imidlertid denne gruppen ikke uvesentlig.

5. Kobling av ulykkesdata fra ulike registre

I SYNAPS-utredningen er det foreslått at alle registrene leverer data på fødselsnummer til SSB og at dette nummeret brukes som koblingsnøkkel mellom registrene. Dette forutsetter at de koblede dataene må ligge med fødselsnummer i flere år, da en eventuell uføretrygding som følge av en ulykke kan inntreffe flere år etter at ulykken inntraff.

Datatilsynet er lite villig til at SSB skal oppbevare data fra flere kilder med fødselsnummeridentifikasjon over lang tid. Det er imidlertid mulig å løse dette problemet ved at fødselsnummeret krypteres i dataene fra de ulike registrene før de kobles ved det krypterte fødselsnummeret som koblingsnøkkel. Hvis dette heller ikke er nok for Datatilsynet kan data fra de ulike registrene om den enkelte ulykke lagres for seg med kryptert fødselsnummer på en slik måte at de lett kan samkjøres når vi skal foreta den årlige oppdateringen av SYNAPS.

6. Registreringen av de to variablene skadested og aktivitet i basisregistrene

Skadested og Aktivitet er opplysninger som ikke registreres idag i registrene som er planlagt som basisregistre i SYNAPS. Da det er viktig at forslag om ny registrering i eksisterende registre er så enkel å oversiktlig som mulig, har referansegruppen arbeidet mye med å få til en forenklet registrering uten at det skal gå vesentlig ut over ønsket å kunne gi tall for de enkelte ulykkestyper som beskrevet i SYNAPS-rapporten. Ved å se på tall for innlagte ulykkespasienter i 1990 ved de fire sykehusene som inngår i Folkehelsas skaderegister ser vi (som før nevnt) at idrettsulykker i inntektsgivende arbeid forekommer meget sjelden for innlagte pasienter.

Trafikkulykker kan bare skje på gate/vei. Hvis vi under skadested deler variabelverdien gate/vei i to: gate/vei, trafikkulykke og gate/vei, ikke trafikkulykke og integrerer opplysningene om idrett/sport/mosjon og utdanning i aktivitetsvariabelen, er det nok å stille ett enkelt spørsmål om skadested og ett om aktivitet. I vedlegg 1 er gitt forslag til definisjoner for inndeling i aktivitet og skadested.

Den foreslåtte forenklingen er gjort uavhengig av om inndelingen blir kompatibel med den som brukes i Folkehelsas skaderegister, i den nordiske ulykkesklassifikasjonen utgitt av NOMESKO (NOMESKO 1990) eller 4. og 5. siffer i ICD-10 (WHO 1992). Med små unntak er likevel den foreslåtte inndelingen aggregater av disse inndelingene (se Lund et al 1994b).

I SYNAPS-utredningen er det foreslått at SSB ser på mulighetene for å bruke 5. og 6. siffer (egentlig 4. og 5. siffer) i ICD-10 for å bestemme skadested og aktivitet. Den pragmatiske tilnærmingen som referansegruppen har gått inn for tilfredsstillende ikke ICD-10 fullt ut. Den samsvarer imidlertid med forslaget i Lund et al 1994b.

7. Skadens alvorlighet

Når vi skal etablere et register over ulykker med personskade vil vi alltid måtte gjøre et valg over hvilke ulykker registeret skal omfatte. Det er antatt at omlag 500 000 personer er legebehandlet for ulykkesskade i løpet av ett år. Utover dette er det en mengde mindre skader som ikke en gang fører til legebehandling. I den andre enden av skalaen er det knapt 2 000 ulykker pr. år som fører til døden. I tillegg må vi kunne skille ulykker fra vold og selvpåført skade.

Når vi skal lage et overvåkingsregister over ulykker som SYNAPS ønsker vi å få med de ulykkene som har medført de mest alvorlige konsekvenser.

Konsekvenser i forhold til ulykke kan måles i flere dimensjoner. I tillegg til den mest alvorlige konsekvensen, død kan vi tenke oss følgende fire dimensjoner:

-Skadens alvorlighetsgrad. Dette er en vurdering av skadens trusel mot liv gjort rett etter ulykken. Graderingen kan gå fra lettere skadd til død eller antatt død. En slik inndeling behøver ikke ha noen sammenheng med senere konsekvenser av ulykken, som varig mén, langvarig sykehusopphold e.l. Med rask og adekvat behandling behøver ikke skader med høy alvorlighetsgrad føre til alvorlige konsekvenser på de andre områdene.

-Behov for behandling av helsetjenesten. Avhengig av skadens alvorlighet kan skadelidte trenge bistand fra helsetjenesten på ulike nivåer. De mest alvorlige skader trenger innlegging på

sykehus. Noe mindre alvorlige kan behandles på sykehusets poliklinikk, mens det for andre er tilstrekkelig med lege/legevakt. Enklere skader kan behandles av sykepleier, mens de enkleste skader ikke trenger hjelp av helsetjenesten i det hele tatt.

-Ervervsmessig uførhet. At skaden har ført til midlertidig eller mer eller mindre varig arbeidsuførhet i trygdesammenheng betyr at skaden var en vesentlig årsak til at en person fikk redusert sin mulighet til å utføre inntektsgivende arbeid.

-Medisinsk invaliditet. Dette er en vurdering av hvilke konsekvenser (varig mén) en skade vil påføre den skadde (f.eks. tap av lemedel). Det finnes utarbeidede skalaer som bl.a. brukes av leger til forsikringssekskapenes vurdering av erstatningsutbetalinger. Det er ingen klar sammenheng mellom medisinsk invaliditet og personens velferd.

Høy alvorlighetsgrad i en av dimensjonene nevnt over behøver ikke gi høy alvorlighetsgrad i en annen dimensjon. Hva slags behandling personen trenger av helsevesenet vil i tillegg til skadens alvorlighet også avhenge av kvaliteten på primærhelsetjenesten på ulykkesstedet. Et sykehus med godt utbygget poliklinikk vil også kunne behandle flere pasienter som ellers måtte innskrives på sykehus. Graden av midlertidig og permanent arbeidsuførhet som mål på ulykkers alvorlighet har den svakheten at den bare gjelder den halvparten av befolkningen som er yrkesaktiv. Terskelen for å bli arbeidsufør er også ulik i ulike yrker. Varig arbeidsuførhet vil også avhenge av muligheten for omskolering. I tillegg kan endringer i kriterier for hva som kreves for å få sykmelding, attføring eller uføretrygging påvirke hva som kommer med i registeret.

8. Alternative avgrensninger i SYNAPS

Både av prinsipielle og praktiske grunner må vi sette en grense for hvor alvorlige skader vi ønsker å registrere i SYNAPS. I SYNAPS-rapporten er det skissert to alternative linjer for å få fram en nasjonal ulykkesstatistikk over de alvorlige ulykkene som behandles i helsevesenet hvert år og hvilke medisinske og sosiale konsekvenser de medfører:

1. Ta utgangspunkt i alle innlagte personer p.g.a. ulykkeskade i utskrivingsregisteret og følge dem ved hjelp av fødselsnummeret til de eventuelt blir registrert i RTVs registre på sykmelding, attføring og uførhet, og i SSBs dødsårsaksregister.
2. Registrere kontaktårsaker etter vår spesifisering i alle fem registre slik at vi hvert år får frem alle tilfeller av ulykker.

I alternativ 1 er det satt en grense for alvorlighet etter hvilken behandling skadelidte trenger av helsevesenet. I alternativ 2 er også tatt med ulykker som har medført midlertidig eller permanent arbeidsuførhet. I forhold til alternativ 1 fører alternativ 2 til en utvidelse av ulykkesbildet for de yrkesaktive, men ingen endring for barn, hjemmeværende og pensjonister. Det er ikke forsøkt å lage noen avgrensning mot skadens alvorlighetsgrad (rett etter ulykken) eller medisinsk invaliditet. Det er imidlertid foreslått at slik informasjon innhentes fra tilleggsregistre for skadde som allerede er kommet med i SYNAPS fra andre registre.

I denne rapporten vil vi undersøke hvor langt det er mulig å komme i forhold til de skisserte alternativene 1 og 2, og hva som må endres på for å få det til. I forhold til alternativ 1 fører

alternativ 2 til en utvidelse av ulykkesbildet for yrkesaktive, men ingen endring for barn, hjemmearbeidende og pensjonister.

9. Datakvalitet

9.1 Validiteten i basisregistrene

Sentrale kjennemerker som er nødvendig å registrere i SYNAPS er **kontaktårsak, skadested, aktivitet** (i ulykkesøyeblikket) og **skadestedskommune**. Ulykker som skal være med i SYNAPS må få slike opplysninger fra minst ett av basisregistrene. Mulighetene for å få disse opplysningene med i basisregistrene vil derfor også sette grense for hvor vidt vi kan favne i alvorlighetsgrad for ulykker som kan tas med i SYNAPS.

I kapitel 4 er det gitt en oversikt over hvilken inndeling som er foreslått i SYNAPS-rapporten.

Kapitel 3 gir en oversikt over basisregistrene som er foreslått i SYNAPS-rapporten. Kriteriet for at et register skal være basisregister i SYNAPS er at de sentrale kjennemerkene kjønn, alder, bostedskommune, skadestedskommune, skadested og aktivitet registreres i registeret. I tillegg må vi kunne skille ulykker fra vold og villet egenskade eller andre årsaker til at personen er registrert i det aktuelle registeret. Alle de aktuelle basisregistrene har bostedskommune. Vurderingen av registrene vil derfor gå på i hvilken grad de registrerer skadestedskommune, skadested og aktivitet og hva som eventuelt må til for å få til slik registrering. Registre som mangler fødselsnummeridentifikasjon eller har problemer med å skille ut ulykker fra andre årsaker for registrering, må også vurderes for dette.

Følgende tiltak må til for at de ulike basisregistrene på selvstendig grunnlag skal kunne registrere de nødvendige opplysningene, og dermed bli basisregister i SYNAPS:

Utskrivingsregisteret

Utskrivingsregisteret har idag ikke fødselsnummer når dataene kommer til SSB. Det er heller ingen registrering av kontaktårsak, skadested, aktivitet, skadestedskommune og ulykkesdato. Alle sykehusavdelinger skal registrere diagnoser for hvert avsluttet avdelingsopphold. Registreringen skjer idag etter norsk utgave av den internasjonale klassifikasjonen for sykdommer, skader og dødsårsaker (ICD-9) (Statistisk sentralbyrå 1986). For skadepasienter skal registreres skadens ytre årsak på den ene siden og skade, forgiftning og andre konsekvenser av skadens ytre årsak på den annen side. Skadens ytre årsak skiller ulykkene fra vold og villet egenskade. Praksis viser imidlertid at sykehusenes registrering av skadens ytre årsak er meget mangelfull. ICD-koden er derfor idag ikke brukbar til å skille mellom ulykke og andre ytre årsaker til skaden.

Ved innskriving registrerer de aller fleste sykehus ulykkesskadene etter en 9-delt ulykkeskode som i sin tid ble utarbeidet i samband med innføringen av Det økonomiske og medisinske informasjonssystemet (ØMI), som er det første pasientadministrative systemet som ble tatt i bruk ved norske sykehus (SIF og KDØ 1981). For skader som ikke skyldes ulykke registreres ingen slik kode. Det er derfor ikke mulig å skille mellom ulykker hvor ulykkeskode ikke er registrert og vold og villet egenskade hvor ulykkeskode ikke skal brukes.

Det er utenkelig å lage et ulykkesregister av typen SYNAPS uten at alle personer som ble innlagt på sykehus etter en ulykke skal være med. Mye av arbeidet med forprosjektet har derfor vært å undersøke mulighetene for å få til slik registrering.

I arbeidet med sykehusdataene har SSB inngått et samarbeid med SINTEF-Norsk institutt for sykehusforskning (NIS). Grunnen til dette er at det er dette instituttet som har den lengste og bredeste erfaringen med bruk av data fra sykehusenes pasientadministrative systemer. Instituttet har også god kontakt med de ulike systemleverandørene og sykehus som er dominerende innenfor de enkelte systemer.

Arbeidet med å få forbedret sykehusdataene i ønsket retning har vært gjort på flere måter:

-Undersøke med sykehusenes eget personale om det er mulig å fange opp de ønskede opplysningene. Det er særlig i sykehusenes mottagelsesavdelinger dette vil være mulig. I den forbindelse har SSB og SINTEF-NIS besøkt Regionsykehuset i Trondheim (RiT), Ullevål sykehus, Sentralsykehuset i Buskerud (BSS) og Glostrup sykehus utenfor København. (Referat fra møtene finnes i vedlegg 5-9)

Grunnen til at vi har valgt RiT og BSS er at disse sykehusene også rapporterer til Folkehelsas skaderegister. Ullevål er et av landets største sykehus, med spesielt mange alvorlige skader. Vi har valgt å besøke et dansk sykehus fordi danske sykehus rapporterer ulykkesdata på lignende vis til det danske Landspatientregisteret.

Hovedkonklusjonen på disse møtene er at det bør være mulig å registrere de ønskede opplysningene i sykehusenes pasientadministrative systemer. Det er sannsynligvis vanskeligst å få fullstendig registrering av personer med ulykkeskader som legges inn på øye- eller øre-nese-halsavdeling, da disse pasientene ofte kommer rett på avdeling og ikke via mottagelsesavdelingen. Erfaringer fra Danmark tilsier at vi ikke må undervurdere opplæringsbehovet til dem som skal registrere ulykkesopplysningene på sykehusene.

Som nevnt over er fødselsnummeret idag erstattet med et pasientnummer når pasientdataene sendes til SSB. Vi må få Datatilsynets tillatelse til å innhente ulykkesdataene med fødselsnummer. Fødselsnummeret krypteres raskt etter at dataene er kommet til SSB. Sykehusloven og forvaltningsloven sammenholdt med statistikkloven bør brukes som hjemmelsgrunnlag for innhenting av data.

Enheten i Utskrivingsregisteret er avdelingsopphold. En del ulykkespasienter blir overført til annen avdeling på sykehuset eller til annet sykehus for behandling etter samme ulykke. Så lenge vi bare vil få ulykkesdata fra sykehusene på fødselsnummer kan det bli vanskelig å registrere slike overflyttinger hvis pasienten ikke er registrert som ulykkespasient på den nye avdelingen. Det er sannsynligvis ulik praksis om ulykkeskode registreres på nytt for pasienter som overflyttes. Konsekvensen av dette blir noe for lavt liggedagstall for behandling av ulykkeskader. I et eventuelt framtidig permanent SYNAPS må vi avgjøre i hvilken grad sykehusopphold lenge etter at ulykken inntraff skal regnes med (f.eks. plastiske operasjoner etter brannskade). Det sikreste ville vært om sykehusene kunne registrere om sykehusinnleggelsen gjelder en førstegangsinleggelse eller en reinnleggelse for denne ulykken. Hvis det gjelder reinnlegging vil det være gunstig om utskrivingsdato for tidligere sykehusopphold kunne registreres. Hvis vi får til dette er det ikke nødvendig å registrere ulykkesdato, da denne vil være tilnærmet lik dato for første innskriving.

Som nevnt i kapittel 3 har en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn (Lund et al 1994b) gått inn for at sykehusene registrerer skadested og aktivitet som foreslått i SYNAPS-rapporten ved overgang til ICD-10, sannsynligvis fra 1. januar 1996.

Dødsårsaksregisteret

Dødsårsaksregisteret registrerer dødskommune og dødsdato, som ikke nødvendigvis er den samme som skadestedskommune og ulykkesdato. Aktivitet og skadested registreres idag heller ikke fullt ut i samsvar med det som er foreslått i SYNAPS-innstillingen. I arbeidet med dødsårsaksstatistikken har SSB et program for tilbakespørring hvis dødsmeldingene ikke er fullstendig utfylt. Med en presisering fra Helsetilsynet til kommunelegene må det være mulig å få registrert de nødvendige tilleggsdataene.

Dødsårsaksregisteret koder idag en variabel for ulykke som er en blanding av skadested, aktivitet og bransje for yrkesulykke. I forhold til ønsket inndeling, registreres idag:

-yrkesulykker registreres. Definisjonen er imidlertid noe trangere enn foreslått i SYNAPS, da trafikkulykker som inntreffer i arbeidstiden eller på tjenestereise ikke blir regnet som yrkesulykke hvis transporten i seg selv ikke hadde sammenheng med yrkesutøvelsen.

-trafikkulykker registreres

-hjemmeulykker registreres hvis det ikke er yrkesulykke

-stedsangivelse gate/vei, ikke-trafikkulykke, barnehage/lekeplass, sykehjem/aldershjem, friluft/hav/sjø/vann registreres ikke. En god del av denne informasjonen finnes imidlertid i fritekstfeltet idag

-aktivitet utdanning eller idrett/sport/mosjon registreres ikke, men informasjonen må kunne skaffes.

Konklusjon: Det er knapt 2 000 dødsulykker i året, hvorav en vesentlig del kan bestemmes med den informasjonen som finnes idag.

Hvis forslaget til Lund et al 1994b blir antatt vil også Dødsårsaksregisteret registrere skadested og aktivitet som foreslått i SYNAPS. Ulykkeskommune og skadedato må ha egne felt på dødsmeldingen.

Sykepengeregisteret

Før 1. oktober 1992 registrerte Rikstrygdeverket bare sykmeldinger som har ført til utbetaling fra trygdekontor, dvs. sykmeldinger som har vart utover arbeidsgiverperioden på to uker. Statsansatte var ikke med, da statsetatene har et "normalsykefravær" innbakt i sine bevilgninger i stedet for det oppgjøret andre arbeidsgivere har med trygden.

Fra 1. oktober 1992 koder legene alle sykmeldinger etter ICPC (International Classification of Primary Care). Dette vil også gjelde sykmeldinger som har vart så kort tid at de ikke har ført til utbetaling fra trygden. Dette vil høyst sannsynlig også omfatte sykmelding for statsansatte, men for denne gruppen vil vi ikke få informasjon om utbetaling fra trygdekontor. Selvstendig næringsdrivende har normalt ikke sykepenger de to første ukene av en sykdomsperiode, men kan tegne en frivillig tilleggsforsikring med trygden. For næringsdrivende som ikke har slik tilleggsforsikring er det nok underrapportering for korttidsfravær.

ICPC kan skille skader fra sykdommer, men kan ennå ikke skille ulykkeskader fra andre årsaker til skade. Det er mulig at dette vil bli endret.

I SYNAPS-innstillingen foreslås det at skadested, aktivitet og skadestedskommune registreres i sykepengeregisteret. Disse opplysningene registreres ikke i registeret idag. Sykmeldingsskjemaet er nå under revisjon, og Skadeforebyggende forum har gjort en skriftlig henvendelse til utvalget hvor det blir bedt om at skadestedskommune, skadested og aktivitet blir registrert på sykmeldingene. Hvis dette ønsket blir imøtekommet, blir det mulig å få med alle sykmeldingene på grunn av ulykkesskade i SYNAPS uavhengig av om personen ble innlagt på sykehus eller senere døde av ulykken. Hvis slik registrering ikke kommer igang må vi nøye oss med å ta med sykmeldinger for ulykkesskader som også er funnet i Utskrivingsregisteret eller Dødsårsaksregisteret. Det vil si at RTVs sykepengeregister går over til å bli et tilleggsregister til SYNAPS i stedet for et basisregister som foreslått i SYNAPS-rapporten.

Attføringsregisteret

Fra 1992 kodes attføringstilfellene etter ICD-9 sentralt i RTV. Også E-koden tas med (dvs. at det er mulig å skille ulykker fra andre årsaker til attføring). Mange på attføring har tidligere vært sykmeldte.

Attføringsregisteret gir opplysning om hvilket år en ulykke skjedde og når attføringspenger er utbetalt fra. Ut fra dato for attføringens begynnelse er det mulig å identifisere en attføring som følger en sykmeldingsperiode. Det vil være vanskeligeligere å identifisere en ulykke som er årsak til en attføringsperiode uten forutgående sykmelding. Hvis pasienten hadde sykehusopphold etter ulykkesskade samme år som oppgitt skadeår på attføringsmeldingen kan diagnose som oftest gi tilstrekkelig informasjon til å avgjøre om tilfellene skyldtes samme ulykke.

Av det som er nevnt over vil vi ikke gå inn for noen selvstendig registrering av skadestedskommune, skadested og aktivitet i Attføringsregisteret. Attføringer som følger sykmelding vil få den nødvendige informasjonen fra denne meldingen (evt. fra Utskrivingsregisteret hvis bare sykmeldinger med sykehusopphold tas med). Attføringer som ikke fulgte sykmelding tas bare med om de finnes i Utskrivingsregisteret. Den lille restgruppen med attføringer vi får igjen tas ikke med i SYNAPS. Hvis vi ikke får registrert skadested og aktivitet på sykmeldingen blir restgruppen større.

Konklusjonen på det som er nevnt over er at Attføringsregisteret blir et tilleggsregister til SYNAPS i motsetning til hva som var foreslått i SYNAPS-rapporten.

Uføretrygdregisteret

Uførhetsmeldingene kodes etter ICD-9 i RTV. E-koden registreres også. Uførhetsmeldingen kommer ofte lang tid etter ulykken har inntruffet. Det er derfor sannsynligvis urealistisk å registrere uføremeldingene så nøyaktig at de kan inngå som selvstendige enheter i SYNAPS. Det bør imidlertid være mulig å gjenfinne en ulykke i ett av de andre basisregistrene når den kommer i uføreregisteret. Til dette kan nyttes diagnose og dato for uføretrygd i forhold til attføring og sykmelding.

I likhet med hva som er foreslått for Attføringsregisteret blir Uføretrygdregisteret i RTV et tilleggsregister til SYNAPS.

9.2 Aktuell informasjon fra tilleggsregistrene

Det er ikke forutsetningen at tilleggsregistrene skal gi selvstendige bidrag av ulykker til SYNAPS. De kan imidlertid ha stor verdi med tanke på evaluering av basisregistrene og kan gi nyttig tilleggsinformasjon om ulykken. En slik evaluering kan både være å måle kompletthet i registeret og kontrollere kvaliteten på bestemte kjennemerker enkeltvis og i sammenheng (konsistens). De aktuelle tilleggsregistrene kan brukes på følgende måte:

Folkehelsas skaderegister

Folkehelsas skaderegister er et utvalgs- og forskningsregister. Gjennom registeret utarbeides det estimat for hele befolkningen basert på et utvalg, som er ti prosent av skadene innlagt på sykehus.

Folkehelsas skaderegistreringsprogram gir mulighet til å registrere inntil 36 ulike variabler. Den anonymiserte databasen sentralt inneholder 30 variabler, som bl.a. inkluderer skadekommu- ne, skadested, aktivitet og skadealvor etter AIS-skalaen (Abbreviated Injury Scale). Registrering foregår på fire steder, Harstad sykehus/Harstad legevakt, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsjukehuset i Rogaland/Stavanger legevakt og Buskerud sentralsykehus/Drammen legevakt. Dekningsgraden for pasienter med bosted i de fire bykommunene er meget høy (90%), særlig gjelder dette de innlagte og de mer alvorlige skadene. Et unntak er rene tannskader som er underrepresentert. Ved de fire nevnte registreringsenhetene er det ikke fødselsnummeridentifika- sjon. Fra medio 1994 inngår også Lillehammer fylkessykehus (LFS) i Skaderegisteret. LFS har valgt en annen registreringsform og utnytter det pasientadministrative systemet slik at den lokale skadedatabasen har full personidentifikasjon og diagnosen(e) kodes iht. ICD-9. Data fra LFS vil forøvrig være fullt kompatible med de øvrige registreringsenhetene.

Folkehelsa driver løpende kvalitetskontroll av sine skadedata. Personalet som er involvert i registrering og koding får enhetlig opplæring og oppfølging, tilgang til oppdaterte veiledere, mulighet for å drøfte eventuelle problemer/prinsippsspørsmål både sentralt og med de andre lokale enhetene.

Det faktum at det tilføres ressurser fra sentralt hold for å drive Skaderegisteret, har medvirket til et betydelig lokalt engasjement innen skadeforebygging. Presentasjon av "egne" skadedata får en virkning som ikke oppnås ved landsestimater eller ved skadedata fra andre sammenliknba- re områder. Det har vært og er igangsatt betydelige tverrfaglige prosjekter innen skadeforebyg- ging, særlig kan "Harstadmodellen" fremheves. Hvis man kan oppnå å få gode data på sted og aktivitet i Utskrivningsregisteret (dvs ca 10% av ulykkes-skadene som behandles av helsevese- net), og sørge for at de lokale miljøene får regelmessig tilbakemelding, bør dette kunne bidra til prioritering og oppmerksomhet rundt tiltak lokalt. En tilkobling av Skaderegisteret på de stedene dette drives bør eventuelt tas opp etter at SYNAPS er etablert. Det er imidlertid mulig å foreta en gruppevis sammenlikning mellom Skaderegisteret og SYNAPS for data fra de sykehus som inngår i begge registrene.

SSBs/Politiets statistikk over veitrafikkulykker

Veitrafikkulykkesstatistikken registrerer ikke om den skadde ble innlagt på sykehus. Registrerin- gen av alvorlighetsgrad (drept, meget alvorlig skadd, alvorlig skadd eller lettere skadd) gir imidlertid en indikasjon på om pasienten er innlagt på sykehus. Det kan være nyttig å teste en tilnærmet kompletthet ved å sammenlikne trafikkulykkene i basisregistrene med meget alvorlig

skadde og alvorlig skadde i veitrafikkulykkesstatistikken. De drepte er allerede kontrollert mot dødsårsaksstatistikken så det behøver vi ikke gjøre igjen.

Veitrafikkulykkesstatistikken har informasjon om skadestedskommune. Den bør sammenliknes med tilsvarende informasjon i basisregistrene.

Informasjon om alvorlighetsgrad bør tas med i SYNAPS

TRAST (Forsikringsselskapenes felles veitrafikkulykkesstatistikk)

Så lenge dette registeret ikke har hatt fødselsnummer på skadelidte har det ikke kunnet brukes til å måle kompletthet for trafikkulykkene i SYNAPS. En ny versjon av TRAST vil imidlertid ha slik personidentifikasjon i forsikringsselskapene. Dataene som går til Norges forsikringsforbund vil imidlertid være aidentifiserte. Grunnen til at vi ønsker å få med data fra TRAST er at dette registeret gir informasjon om forsikringsutbetalinger på grunnlag av personskade.

I et eventuelt framtidig SYNAPS blir det mulig å innhente veitrafikkulykkesdata direkte fra forsikringsselskapene.

DAYSY (Forsikringsselskapenes register over yrkesskader og yrkessykdommer)

Norges Forsikringsforbund har ikke fått konsesjon til å registrere yrkesskader- og yrkesulykker på fødselsnummer. Hvis disse dataene skal inngå i SYNAPS må vi hente dem direkte fra forsikringsselskapene.

Sykmelding sammenliknes med RTV-data, sammenliknes med yrkesulykker i basisregistrene, medisinsk uførhetsgrad registreres i SYNAPS, sammenlikning med arbeidstilsynets data, skadestedskommune, døde sammenliknes med Dødsårsaksregisteret, antall fraværsdager kontrolleres mot sykepengeregisteret. Anslått erstatning registreres i SYNAPS.

RTVs registre over sykmelding og attføring har kode for "yrkesulykke". Vi bør undersøke hvilket samsvar det er mellom disse opplysningene og ulykkestilfelle vi gjenfinner i yrkesskadedataene. Både sykmeldingsregisteret til RTV og yrkesskadedataene har informasjon om sykefraværsdager. Denne informasjonen kan derfor sammenliknes i disse to registrene. Skadestedskommune sammenliknes med Utskrivingsregisteret, når disse kjennemerkene blir registrert og/eller dødsårsaksregisteret. Data fra yrkesskadedataene kan sammenliknes med tilsvarende data fra andre registre:

- "Yrkesulykke", som gjelder alle aktuelle ulykker fra yrkesskadedataene sammenliknes med tilsvarende opplysninger i RTVs registre over sykepenger og attføring. For næringer som faller inn under Arbeidstilsynets og Oljedirektoratets ansvarsområder, sammenliknes det også med Arbeidstilsynets og Oljedirektoratets arbeidsulykkesregistre.

- Antall sykefraværsdager sammenliknes med RTVs sykepengeregister

- Skadestedskommune sammenliknes med Utskrivingsregisteret/Dødsårsaksregisteret/Veitrafikkulykkesstatistikken/Arbeidstilsynets-/Oljedirektoratets registre over yrkesulykker.

Død sammenliknes med yrkesulykker i Dødsårsaksregisteret

Aktuelle kjennemerker som ekstraheres fra yrkesskadedataene er: ytelsesart, anslått erstatning og skadens omfang (medisinsk invaliditet/død).

Arbeidstilsynets/Oljedirektoratets registre over yrkesulykker

Som nevnt under yrkesskadedataene kan vi sammenlikne med andre det gjelder informasjon om yrkesulykker og skadestedskommune.

Oljedirektoratets register har idag ikke fødselsnummer på skadelidte. Inntil dette innføres kan registeret ikke nyttes i SYNAPS.

9.3 Hendelser i Norge eller bosatte i Norge

En del ulykker i Norge rammer personer som ikke er bosatt her. På den annen side er personer bosatt i Norge utsatt for ulykker utenfor landet. Utskrivingsregisteret omfatter personer behandlet ved norske sykehus uavhengig av personens bosted, mens Dødsårsaksregisteret og RTVs registre omfatter personer bosatt i Norge. Personer som oppholder seg i, men ikke bor i Norge har ikke fødselsnummer, så det vil i allefall være vanskelig å koble dem i flere registre. Ulykker i utlandet vil bare bli registrert i utskrivingsregisteret i den grad pasienten er blitt behandlet for skaden på et norsk sykehus, og ulykkesstedet er registrert.

9.4 Hvilke ulykker som skal registreres i SYNAPS - en oppsummering

Fra utskrivingsregisteret tas med alle personer behandlet for en ulykkesskade som er registrert bosatt i Norge. Det vil si at bosatte i andre land tas ut, mens pasienter behandlet i norsk sykehus etter ulykke inntraff i et annet land tas med. Det må utarbeides kriterier for i hvilken grad sykehusopphold lenge etter sykehushendelsen skal tas med.

Fra Dødsårsaksregisteret tas med alle dødsulykker på bosatte i Norge, dvs. uansett hvor ulykken inntraff. Dødsfall etter ulykke som inntreffer i Norge på person bosatt i annet land finnes ikke i Dødsårsaksregisteret, og kommer ikke med.

Hvis det blir mulig å registrere aktivitet og skadested for alle ulykkespasienter i RTVs sykepengerregister tas alle sykmeldte etter ulykke med i SYNAPS. Attføringsdata og uføretrygddata tas bare med for ulykker som allerede er registrert i SYNAPS. Data fra tilleggsregistrene tas også bare med for ulykker som allerede er registrert i SYNAPS. Dette er i samsvar med forslagene i SYNAPS-rapporten fra Skadeforebyggende forum.

RTVs registre gjelder bosatte (for sykmeldte, bare yrkesaktive), uansett hvor ulykken inntraff.

Hvis det ikke blir mulig å registrere andre meldinger fra RTVs registre enn de som allerede er funnet i Dødsårsaksregisteret eller Utskrivingsregisteret, vil SYNAPS omfatte ulykker blant personer bosatt i Norge som enten har dødd etter en ulykke eller som har vært behandlet på et norsk sykehus for ulykkesskaden

Hvis vi kan få med alle sykmeldte, vil vi også få med sykmeldte som ikke har vært innlagt på sykehus, eller som bare er behandlet på sykehus i utlandet.

For å kunne gi et fullstendig bilde av de ulykker som fører til død eller sykehusopphold som inntreffer i Norge, kan det være aktuelt å ta med utenlandsbosatte fra sykehusregistrene. SSB får tilsendt døds melding for de fleste utenlandsbosatte som dør i Norge. Disse meldingene blir ikke statistisk bearbeidet idag. For å få et mest mulig komplett bilde av ulykker som skjer i Norge, kan meldingene for disse ulykkesdødsfallene bearbeides særskilt.

10. Dokumentasjon av dataprojektet; prøvekobling av eksisterende data

10.1 Bakgrunn

Et system for nasjonal personskadestatistikk som foreslått i SYNAPS-innstillingen forutsetter at svar på spørsmålene om aktivitet og skadested i det minste rapporteres for pasienter utskrevet fra somatiske sykehus og for dødsulykker i dødsårsaksstatistikken. Selv om en slik registrering ikke gjøres idag kan det likevel være nyttig å utføre en prøvekobling på eksisterende data. I dataprojektet beskrevet under, har vi koblet data fra registeret over pasienter utskrevet fra somatiske sykehus (Utskrivingsregisteret), Dødsårsaksregisteret, RTVs registre over sykmelding, attføring og uføretrygding, SSBs statistikk over veitrafikkulykker, Direktoratet for arbeidstilsynets statistikk over arbeidsulykker, samt yrkesulykker fra ett forsikringsselskap fra yrkesskadeforsikringen. Populasjonen i undersøkelsen er sykehusdataene og dødsårsaksdataene. Data fra de øvrige registrene er bare tatt med i den grad ulykken er registrert enten i utskrivingsregisteret og/eller dødsårsaksregisteret.

10.2 Nærmere om dataene i dataprojektet

10.2.1 Sykehusdata

Fra Hedmark sentralsjukehus, Hamar sjukehus, Kongsvinger sjukehus, Tynset sjukehus, Gjøvik fylkessykehus, Lillehammer fylkessykehus, Buskerud sentralsykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus, Telemark sentralsjukehus, Aust-Agder sentralsjukehus, Sentralsjukehuset i Rogaland, Fylkessjukehuset i Haugesund (inkl. Sauda sjukehus) og Regionsykehuset i Trondheim er alle avsluttede avdelingsopphold i 1991 som er kodet med ulykkeskode ekstrahert. Disse sykehusene er på noen unntak nær de alminnelige somatiske sykehusene i fylkene Hedmark, Oppland, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Rogaland og Sør-Trøndelag. I 1991 bodde 32 prosent av landets befolkning i lokalsykehusområdene som dekkes av disse sykehusene. I alt utgjorde dette 13 663 avsluttede avdelingsopphold. I alt hadde 13 311, eller 97,4 prosent av disse avdelingsoppholdene informasjon om pasientens fødselsnummer. Egentlig er dette prosenttallet en tanke lavere, da pasienter uten fødselsnummer er utelatt i dataene fra ett sykehus.

Pasienter med ugyldig fødselsnummer

Utskrevne pasienter som ikke er registrert bosatt i Norge (turister mv.) har ikke norsk fødselsnummer. Det er foretatt visse undersøkelser med dataene for å sannsynliggjøre i hvilken grad manglende fødselsnummer skyldtes at personen ikke var bosatt i Norge på ulykkestidspunktet, og i hvilken grad fødselsnummeret ikke er registrert av andre grunner. Av de 352 avdelingsoppholdene med uoppgitt fødselsnummer var 48 oppgitt å ha norsk bostedskommune, 109 var oppgitt å bo i utlandet, mens 195 hadde uoppgitt bosted. Hvis vi fordeler disse avdelingsoppholdene etter ulykkestype får vi følgende fordeling:

Tabell 4. Avsluttede avdelingsopphold med manglende fødselsnummer fra 13 sykehus, etter "ØMI-ulykkestype. 1991*

Ulykkestype	Bosatt i Norge	Uoppgitt bosted	Bosatt i utlandet
Ulykker ialt	48	195	109
Trafikkulykker	7	51	20
Arbeidsulykke i skog og landbruk	-	2	-
Arbeidsulykke i industri	2	1	4
Andre arbeidsulykker	-	4	13
Ulykke på ski	1	85	37
Andre sportsulykker	6	3	7
Hjemmeulykker	7	3	3
Andre ulykker ute	12	36	15
Uspesifiserte ulykker	15	10	10

*Disse ulykkene er gruppert etter kodeverket i ØMI (se kap. 9.1). Dette kodeverket er ikke aktuelt for et eventuelt permanent SYNAPS.

De 109 avdelingsoppholdene med bosted utlandet fordeler seg på fem av de 13 sykehusene som inngår i denne undersøkelsen. På den annen side var bare 9 av de 195 avdelingsoppholdene med uoppgitt bosted utskrevet fra disse fem sykehusene. Dette tyder på at de øvrige sykehusene ikke skiller mellom uoppgitt bosted og bosted utlandet. Da dessuten en stor overvekt av avdelingsopphold med ukjent bosted skyldtes skiulykke og trafikkulykke, noe som relativt oftere rammer turister, er det meget trolig at en stor andel av avdelingsoppholdene med uoppgitt bosted egentlig har bosted utlandet. Ut fra dette er det trolig at det ikke er mer enn om lag 100 personer bosatt i Norge som mangler fødselsnummer. Dette utgjør bare 0,7 prosent av alle utskrivninger, slik at vi kan konkludere med at manglende fødselsnummer i sykehusdataene neppe er noe stort problem, forutsatt at sykehusene i vårt utvalg er representative for alle de alminnelige somatiske sykehusene i Norge.

Kvaliteten på utskrivningene med fødselsnummer

Ved å se på frekvensfordelingen av avdelingsopphold på de ulike kjennemerker fant vi følgende forhold som er verdt å kommentere:

Avdeling

34 eller 0,3 prosent av utskrivningene skjedde fra en psykiatrisk avdeling. Et mindretall av disse oppholdene kan skyldes ulykke skjedd på psykiatrisk avdeling på sykehuset. De fleste skyldes nok feil i ulykkeskode. 29 av disse tilfellene refererer seg til ett og samme sykehus.

Bostedskommune

4 av avdelingsoppholdene hadde bostedskommune utlandet og 2 hadde uoppgitt bostedskommune

Oppholdstype

8 av pasientene hadde dagopphold før utskriving

Innleggelsesmåte

472 eller 3,5 prosent av pasientene ble skrevet inn på "vanlig" måte (planlagt), én pasient ble født i sykehuset mens to ble utskrevet etter avtalt kontroll. Resten (96,3 prosent) kom inn som øyeblikkelig-hjelp pasienter. Pasienter skrevet inn på vanlig måte er nok ofte reinnlegginger.

Ulykkestype

De ulike avsluttede avdelingsopphold fordelte seg på de ulike ulykkestypene med følgende frekvensfordeling:

Tabell 5. Avsluttede avdelingsopphold med fødselsnummeridentifikasjon ved 14 sykehus, etter "ØMI-ulykkestype". 1991*

Ulykkestype	Antall	Prosent
Ialt	13311	100,0
Trafikkulykke	1642	12,3
Arbeidsulykke skog og landbruk	170	1,3
Arbeidsulykke industri	241	1,8
Andre arbeidsulykker	387	2,9
Skiulykker	349	2,6
Andre sportsulykker	746	5,6
Hjemmeulykker	3309	24,9
Andre ulykker ute	3298	24,8
Uspesifisert ulykke	3169	23,8

*Disse ulykkene er gruppert etter kodeverket i ØMI (se kap. 9.1). Dette kodeverket er ikke aktuelt for et eventuelt permanent SYNAPS.

Andelen med uspesifisert ulykkestype varierer sterkt fra sykehus til sykehus. Laveste prosent var 7,7, mens den høyeste var 91,8. For de øvrige sykehusene i dette testmaterialet varierte andelen uspesifisert ulykkestype mellom 11,6 og 37,2 prosent.

Hoveddiagnose

Diagnosene er for alle sykehus kodet etter den niende revisjonen av den internasjonale klassifikasjonen for sykdommer, skader og dødsårsaker (ICD-9). I våre testdata med fødselsnummer fordelte hoveddiagnosen seg på følgende diagnosekategorier:

Tabell 6. Avsluttede avdelingsopphold ved 14 sykehus etter dianosetype. 1991

Type diagnose	Antall avsluttede avdelingsopphold	Prosent
Alle diagnosetyper	13 311	100,0
Ingen diagnose	109	0,8
Sykdomsdiagnoser	873	6,6
Skader og forgiftninger	12 065	90,6
Ytre årsak til skader, forgiftninger og vold	49	0,4
Kontakter med helsetjenesten og faktorer som kan påvirke helsetilstanden	215	1,6

Bidiagnose 1 og 2

I alt 74 prosent av de avsluttede avdelingsoppholdene har ikke bidiagnose 1, mens 94 prosent ikke har bidiagnose 2. 4,6 prosent av avdelingsoppholdene hadde sykdomskode på bidiagnose 1, mens det tilsvarende tallet for bidiagnose 2 var 1,1 prosent.

Hvis vi kombinerer verdiene i de tre diagnosekodene, finner vi at ialt 622 eller 4,7 prosent av avdelingsoppholdene hadde sykdomskode som hoveddiagnose, og sykdomskode eller ingen diagnose som bidiagnose 1 og 2.

Pasienter med flere avdelingsopphold på grunn av ulykke

Ved å koble sammen de ulike avdelingsoppholdene for samme person, finner vi at det sto 12 634 ulike personer bak de 13 311 avsluttede avdelingsoppholdene hvor pasientens fødselsnummer var registrert. Vi fant følgende frekvensfordeling på avdelingsopphold etter person:

Tabell 7. Avsluttede avdelingsopphold pr person utskrevet fra somatisk sykehusavdeling ved 14 sykehus. 1991

Antall avdelingsopphold pr. person	Antall	Prosent
I alt	12 634	100,0
1 opphold	12 037	95,2
2 opphold	542	4,3
3 opphold	41	0,3
4 opphold	7	0,1
5 opphold	6	0,0
9 opphold	1	0,0

Ved å se på inn- og utskrivingsdato, innskrivingsmåte og diagnose kan vi se om det er sannsynlig at et avdelingsopphold skyldes den samme ulykken, eller om vi har med flere ulykker på samme person å gjøre. En slik undersøkelse viser at begge alternativer er vanlige. En del personer med mange ulykker har hatt flere forgiftningsulykker som synes å være separate ulykker. Disse personene er sannsynligvis rusmisbrukere, som ofte må inn på sykehus p.g.a. forgiftning.

En del ulykkespasienter blir reinnlagt på sykehus på et senere tidspunkt etter en ulykke. Dette kan for eksempel være for å gjennomgå en operasjon. Mye tyder på at det er ulik praksis hvorvidt et slikt opphold registreres med ulykkeskode eller ikke. Hvis sykehusene skal gå over til å registrere ulykkessted og aktivitet som foreslått i SYNAPS til erstatning for nåværende ulykkeskode, bør det i tillegg spørres om pasienten legges inn for første gang etter ulykke, eller om det gjelder en reinnlegging. Alternativt kan vi bare registrere første sykehusopphold for ulykkespasienter. Da vil imidlertid en del liggedager på sykehus som skyldtes ulykke ikke bli regnet med.

Spesielt om forgiftningsulykker og rusmisbruk

Av de 13 311 avdelingsoppholdene i sykehusdataene, hadde 1 068 hoveddiagnose forgiftning (inkl. toksisk virkning av hovedsakelig ikke-medisinske stoffer) (ICD-9 kode 960-989). Videre hadde 79 avdelingsopphold hoveddiagnose avhengighet av alkohol, stoff eller medikamenter (ICD-9 kode 303-305). Disse 1 147 avdelingsoppholdene representerte i alt 1 044 personer. Personer i denne pasientgruppen er ofte gjengangere på sykehusene. Ved kobling mot konsekvensdata kan det ofte være vanskelig å relatere konsekvensene til et bestemt sykehusopphold.

Kompletthet i ulykkeskodingen

Ovenfor har vi forsøkt å beskrive kvaliteten på avdelingsoppholdene med oppgitt ulykkeskode. Våre data sier ikke noe om i hvilken grad ulykkeskoden er brukt for avdelingsopphold som skyldtes ulykke. Det er mulig å gjøre en nærmere undersøkelse om dette for dataene fra Buskerud sentralsykehus, Sentralsykehuset i Rogaland og Regionsykehuset i Trondheim. Dette kan gjøres ved å sammenlikne våre data med tilsvarende data i Skaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa), da disse sykehusene også er med i dette registeret.

I de anonyme pasientdataene for 1991 som ble innhentet av Statistisk sentralbyrå og SINTEF-NIS er det registrert ialt 28 806 avsluttede avdelingsopphold med ulykkeskode. Flere tidligere beregninger tyder på at det er årlig ca. 50 000 ulykker som fører til innlegging på sykehus. (I Elvik, 1991 er tallet anslått til 53 500). Hvis vi regner med ca. 5 prosent reinnlegginger, blir dette 52 500 avsluttede avdelingsopphold, tilsvarende 12,3 pr. 1000 innbyggere. Med samme andel i hvert fylke får vi følgende dekningsprosent for bruk av "ØMI-ulykkeskode" i de ulike fylkene:

Tabell 8. Dekningsgrad av ØMI-ulykkeskode" ved alle alminnelige somatiske sykehus. Fylke. 1991

Fylke	Dekningsgrad
Hele landet	55
Østfold	40
Akershus	29
Oslo	31
Hedmark	86
Oppland	98
Buskerud	107 ⁵
Vestfold	53
Telemark	81
Aust-Agder	17
Vest-Agder	70
Rogaland	85
Hordaland	55
Sogn og Fjordane	65
Møre og Romsdal	51
Sør-Trøndelag	41
Nord-Trøndelag	46
Nordland	15
Troms	70
Finnmark	39

Tall fra Rikshospitalet mangler

De høye tallene for dekningsgrad i Buskerud og Oppland skyldes først og fremst at disse områdene har en tilnærmet fullstendig registrering av ulykkeskoden. En annen årsak er at sykehusene i disse fylkene har en større andel av ulykkespasienter bosatt i andre fylker (f.eks. turister). I tillegg kan det være en større andel av ulykker som fører til sykehusinnlegging enn i andre fylker. Det siste er det imidlertid ikke mulig å verifisere med tilgjengelig statistikk.

⁵Tallet er beregnet til over 100 prosent fordi Buskerud antas å ha flere ulykkesykehuspasienter fra andre fylker og utlandet enn innlegginger av skadepasienter fra Buskerud på sykehus utenfor fylket

Det er sannsynlig at større byer med godt utbygde skade-poliklinikker legger inn en lavere andel av pasientene i sykehus enn mindre steder hvor poliklinikken ikke er tilsvarende utbygd. Dette vil si at tallene særlig for Oslo, men også for Hordaland og Sør-Trøndelag er noe for lave.

Konklusjoner for utskrivingsdataene

Hvis dataene som inngår i prøveprosjektet er representative for alle landets sykehus, synes problemet med manglende fødselsnummer i sykehusregistreringen å være forsvinnende lite. De fleste innskrevne pasienter ble innskrevet for øyeblikkelig hjelp. I hvilken grad reinnlagte ulykkespasienter er registrert med ulykkeskode vet vi mindre om. En del personer er registrert med diagnosekoder som ikke er skade- eller ulykkeskoder. Dette behøver ikke alltid være feil, da diagnosen som registreres skal være den viktigste i forhold til behandlingen på sykehusavdelingen. Ulykkeskode blir idag kodet for vel halvparten av avdelingsoppholdene som skyldes ulykke. Denne dekningsgraden varierer sterkt fra fylke til fylke og enda sterkere fra sykehus til sykehus. Undersøkelsene tyder på at det er sjelden at et avdelingsopphold som kodes som ulykke virkelig ikke er ulykke (eller iallfall skade). At dekningsgraden for ulykkeskodingen ikke er mer enn vel 50 prosent er ikke så avskrekkende, tatt i betraktning at dette kjennemerket knapt er brukt eller evaluert etter at det ble først ble tatt i bruk for nærmere 20 år siden. ØMI-kodeverket for ulykkestyper kan også oppfattes som lite konsistent og kategoriene er ikke gjensidig utelukkende. Det er heller ikke forutsatt at dette kjennemerket skal registreres i et eventuelt framtidig permanent SYNAPS. Når sykehusene skal gå over til å bruke ICD-10 i sine pasientadministrative systemer fra 1.1.96, vil de samtidig registrere aktivitet og skadested som foreslått i kapittel 4 i denne rapporten (jf. Lund et al 1994b). Svakheterne med den nåværende ulykkeskoden vil da ikke lenger være relevante.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over nøkkeltall for å vurdere kvaliteten i sykehusdataene:

Tabell 9. Nøkkeltall for å vurdere kvaliteten på ulykkesdataene ved 14 sykehus. 1991

Nr.	Opplysning	Andel i prosent
a	Andel av landets befolkning som bor i lokalsykehusområdene som inngår i prøveprosjektet	32
b*	Andel ulykker med ulykkeskode på alle sykehus	55
c*	Andel ulykker med ulykkeskode i sykehusene som inngår i prøveprosjektet	80
d*	Ulykker registrert i prøveprosjektet som andel av alle ulykker med sykehusinnlegging (a*c)	26
e	Andel i prøveprosjektet med gyldig fødselsnr.	97,4
f*	Andel i prøveprosjektet med gyldig fødselsnr. blant bosatte i Norge	99,3
h	Andel i prøveprosjektet med hoveddiagnose skade eller ulykke	91,0
i	Andel i prøveprosjektet med hoved- og/eller bidiagnose skade eller ulykke	95,3
g	Andel i prøveprosjektet innskrevet for øyeblikkelig hjelp	96,3

* betyr at tallene bygger på en forutsetning om et gitt totalt ulykkestall med sykehusinnlegging, og at sykehusopphold etter ulykkesskade er proporsjonalt med folketallet både prøveprosjektets "område" og i resten av landet.

Kobling av avdelingsopphold for samme ulykke

Som vist over var det ialt 13 311 sykehusopphold med gyldig personidentifikasjon i testmaterialet. Det sto ialt 12 634 personer bak disse sykehusoppholdene. I den videre koblingen er dette redusert til 13 061 avdelingsopphold, ved at opphold som fulgte rett etter hverandre i tid samt opphold med overlappende sykmeldingsperiode og lik diagnosegruppe er "skjøtt" sammen. De resterende 427 sykehusoppholdene (hvorav 76 hadde hoveddiagnose forgiftning eller rusmisbruk) er nok dels nye tilfeller og dels overføring/ gjeninlegging for gamle tilfeller. I den videre koblingen er de betraktet som egne tilfeller.

10.2.2 Kobling mot dødsårsaksdata

Dødsårsaksregistrert for døde i 1991 ble koblet opp mot sykehusdataene. Ved hjelp av dødsdato, utskrivingsdato og utskrivingsmåte ble det undersøkt om dødsfallene og sykehusoppholdene skyldtes samme ulykke. Videre beholdt vi dødsulykker (ICD-9 kode E800-E949) som ikke koblet med sykehusdata, og som enten hadde bosted eller dødssted i de sju aktuelle fylkene. De siste er død før de ble bragt til sykehus eller de er død på et annet sykehus enn dem som inngår i vårt testmateriale. Dødssted kan også være utlandet. I alt 718 dødsfall kom med i testdataene. 319 av disse ble også funnet i sykehusdataene, mens 399 ble ikke funnet der. Av de 319 dødsfallene som ble funnet i Utskrivingsregisteret hadde 242 ulykkesdiagnose i Dødsårsaksregisteret, 14 var kodet som selvmord, 2 som drap og 7 som usikkert om ulykke eller selvmord, mens 54 hadde diagnosekode sykdom.

Av de 54 dødsfallene med dødsårsak sykdom, men registrert med ulykkeskode i sykehusdataene, hadde 24 også sykdomskode som hoveddiagnose i sykehusdataene, 27 hadde skadekode 1 hadde kode for annen kontakt med helsetjenesten, mens 1 hadde uoppgitt diagnose. Dødsdatoen på dødsmeldingen var for disse personene den samme som datoen for død i sykehusdataene, så det er ikke tvil om at dataene fra de to kildene refererer seg til samme sykehusopphold. Bortsett fra feilkoding i sykehusdataene, kan ulikheten i diagnose skyldes at personer innskrevet etter en ulykke kan ha blitt syk på sykehuset, og så har dødd av denne sykdommen (f.eks. døde 11 av de 54 av hjerteinfarkt).

10.2.3 Kobling mot sykepengedata

Sykepengeregisteret fra RTV for 1991 skal i prinsippet inneholde alle sykmeldinger som har vart utover arbeidsgiverperioden på 14 dager unntatt for statsansatte og de fleste selvstendige næringsdrivende. I 1991 inneholdt sykepengeregisteret ingen pålitelig diagnosekode som har gjort det mulig å skille ut ulykker (eller skader) fra øvrige sykmeldinger. Vi har derfor bare hatt innskrivingsdato på sykehus og startdato for sykmelding som hjelpemiddel for å avgjøre om en sykmeldingsperiode kan knyttes til et sykehusopphold. I dette prøveprosjektet har vi tatt med sykmeldinger som begynte innen 17 dager etter innskriving på sykehus etter en ulykke. Dagantallet er valgt som 14 dager pluss en helg. Etter dette kriteriet fant vi 1724 sykmeldinger som ble koblet til sykehusdataene. Hvis vi tar hensyn til aldersfordelingen og yrkesaktivitet i de ulike aldersgrupper og trekker fra for statsansatte og selvstendige finner vi at knapt halvparten av sykehusoppholdene blant yrkesaktive ble funnet igjen i sykepengeregisteret. Hvis bare annet

hvert sykehusopphold etter ulykke blant yrkesaktive fører til sykmelding over 14 dager er testdataene fullstendig etter de gitte kriterier. Dette synes noe tvilsomt. Ved et eventuelt permanent SYNAPS vil vi få mer fullstendig sykepengedata. Da vil alle sykmeldinger over 3 dager i prinsippet bli registrert med diagnosekode etter ICPC.

Sykepengeregisteret har også et kjennemerke som heter "arbeidsufør f.o.m. dato". Ved en forglemmelse ble dette kjennemerket ikke benyttet i seleksjonen av sykepengedata til forprosjektet. Det er mulig vi hadde gjenfunnet flere sykmeldinger hvis vi hadde gjort dette.

Sosial- og helsedepartementet har tatt et initiativ for å organisere tryggedataene som forløpsdata. Hvis vi kan få organisert sykepengedataene som "sykepengehistorier" for hver person, vil det bli enklere og sikrere å identifisere en sykmelding som følge av sykehusopphold etter ulykkesskade.

10.2.4 Kobling mot attføringsdata

Sykehusdataene og dødsårsaksdataene er koblet med påbegynte attføringspengetilfeller i 1991 og 1992. I alt fikk vi tilslag i 532 tilfeller hvor dato for påbegynt attføring var senere enn dato for innskriving på sykehus. Av disse hadde 388 medisinsk attføring som hjemmelsgrunnlag for første attføringsperiode, 83 hadde yrkesmessig attføring mens de resterende 61 hadde et annet hjemmelsgrunnlag. Av de 532 attføringspengetilfellene var 398 fortsatt løpende ved utgangen av 1992. For 171 attføringspengetilfeller ble det også registrert sykmelding. For 120 av disse attføringspengetilfellene var startdatoen for attføring 1-4 dager etter sluttdatoen for sykmelding. For de øvrige attføringspengetilfellene var avstanden i tid mellom disse to datoene så lang at det ikke gir noe grunnlag for å si at sykmeldingen og attføringen skyldtes det samme tilfellet.

Attføringspengetilfellene hadde ikke kodet diagnose i 1991 og 1992, Det er da umulig å relatere dato for attføring til dato for sykehusopphold uten at en har registrert en sykmeldingsperiode mellom disse to begivenhetene. Det gjør det vanskelig å si noe om attføringspengetilfellene der det ikke ble funnet sykmelding i forlengelse av sykehusoppholdet. Av de 412 resterende attføringspengetilfellene hadde 22 oppgitt skadeår, hvorav 17 hadde skadeår 1991. Det er sannsynlig at disse 17 tilfellene kan relateres til det registrerte sykehusoppholdet, mens det er nærmest umulig å si noe om de resterende 395 tilfellene. Som en konklusjon kan vi si at vi med sikkerhet har gjenfunnet 120 attføringspengetilfeller som konsekvens av de 13 061 ulykkestilfellene som førte til sykehusopphold. Videre er 17 nesten sikre, mens de resterende 395 er usikre. Det reelle tallet er altså mellom 120 og 532 tilfeller.

I dag koder RTV attføringspengetilfellene etter ICD-9. For ulykker kodes den ytre årsak til skaden (E-koden). Med slik informasjon blir det en langt større mulighet for å identifisere attføringspengetilfeller knyttet til ulykker som førte til sykehusopphold enn det som er mulig for 1991. Hvis vi får en bedre registrering av sykmeldingene blir det også lettere å gjenfinne attføringspengetilfellene.

10.2.5 Kobling mot uføretrygddata

SYNAPS-dataene ble koblet mot registeret over personer som hadde blitt uføretrygdet i 1991 eller 1992 på grunn av ulykke. Da det normalt tar lenger tid før uføretrygd innvilges, var det bare tre personer som matchet med sykehusdataene. For ingen av disse personene var ulykken den direkte årsak til uføretrygding. En person var kronisk rusmisbruker, mens de to andre fikk innvilget uførepensjon tett opp til eller før ulykken.

10.2.6 Kobling mot veitrafikkulykkesdata

SYNAPS-dataene ble koblet mot SSBs statistikk over veitrafikkulykker i 1991. I koblingen er bare tatt med veitrafikkulykker som i tid lå tett opp til dato for innskriving på sykehus eller død. I alt ble 938 veitrafikkulykker funnet igjen i SYNAPS-dataene. Av disse var 2 kodet som arbeidsulykke i skog og landbruk, 1 som arbeidsulykke i industri, 2 som annen arbeidsulykke, 2 som hjemmeulykker og 21 som annen ulykke ute. Det er sannsynlig at de fleste av disse ulykkene er trafikkulykker som er feilkodet på sykehuset. Hvis en annen ulykke har rammet personen tett opp til trafikkulykken, kan det imidlertid være mulig at det er en annen ulykke enn veitrafikkulykken som skyldtes sykehusoppholdet. På den annen side var det 798 sykehusopphold etter trafikkulykke som ikke var registrert i veitrafikkulykkesstatistikken. Viktigste årsak til dette er nok at veitrafikkulykkesstatistikken erfaringsmessig har store mørketall. En annen årsak til avvik er at sykehusdataene gjelder utskrevne i året, slik at ulykkespasienter som utskrives i kalenderåret etter skadeåret ikke er kommet med i testdataene fra veitrafikkulykkesstatistikken. Dette problemet vil ikke forekomme i et eventuelt permanent SYNAPS, da vi forutsetter datainnhenting hvert år, og samkjøring mellom ulike årganger.

Det var også 30 veitrafikkulykkesdødsfall i dødsårsaksregisteret som ikke ble funnet i veitrafikkdataene. 3 av disse døde i utlandet. Sannsynligvis skjedde ulykken for de 27 siste før 1991 (jf. det som er skrevet over).

10.2.7 Kobling mot ulykkesregisteret i Direktoratet for arbeidstilsynet

SYNAPS-dataene ble koblet mot Direktoratet for arbeidstilsynets ulykkesregister. Bare ulykker som i tid lå tett opp til sykehusinnlegging eller død ble tatt med. I alt ble 381 arbeidsulykker funnet igjen i SYNAPS-dataene. Av disse var 2 kodet som skiulykke, 3 som andre sportsulykker, 8 som hjemmeulykke og 41 som andre ulykker ute i sykehusdataene. De fleste av disse ulykkene er sannsynligvis feilkodet i sykehusdataene. Hvis personen har vært utsatt for to ulykker på omtrent samme tid, kan det imidlertid være at sykehusoppholdet skyldtes noe annet enn arbeidsulykken i Arbeidstilsynets ulykkesregister. I forhold til ulykkeskodingen i sykehusdataene gjenfant vi hver tiende yrkesulykke i skog og landbruk, hver annen i industri og hver tredje i andre næringer i arbeidstilsynets register. Da Arbeidstilsynet bare registrerer yrkesulykker på landjorda og enmannsbedrifter bare i landbruket, vil tallet for andre næringer aldri bli 100%.

10.2.8 Kobling mot yrkesskadeforsikringen

SYNAPS-dataene ble koblet mot data fra yrkesskadeforsikringen fra ett forsikringsselskap. Dette selskapet har en markedsandel på ca. 20% i denne forsikringen. Også her ble bare tatt med ulykker som i tid lå tett opp til sykehusinnskriving eller død. Av disse 27 arbeidsulykkene var 4 registrert som andre ulykker ute i sykehusdataene. Disse er feilkodet her.

10.3. En oversikt over resultatet av koblingene

Kortfattet kan det gis følgende oppstilling av resultatet av koblingene i prøveprosjektet:

-Fra de fleste somatiske sykehus i sju fylker ble ekstrahert avsluttede avdelingsopphold med ØMIs ulykkeskode, ialt 13 663. Disse områdene hadde i alt 32 prosent av landets befolkning, og en enkel beregning viser at ØMI-ulykkeskodene ble benyttet for 80 prosent av ulykkene som førte til innlegging på disse sykehusene i 1991.

-I alt 352 av disse hadde ikke gyldig fødselsnummer. Av disse er det beregnet at ca 250 var utenlandsboere på reise i Norge, mens de øvrige 100 var bosatte i Norge med mangelfulle fødselsnummeropplysninger. I alt representerte de 13 311 avsluttede avdelingsoppholdene med gyldig fødselsnummer 12 634 ulike personer. Avdelingsopphold som fulgte rett etter hverandre i tid (overføringer), samt avdelingsopphold med overlappende sykmeldingsperiode ble slått sammen, slik at testmaterialet består av ialt 13 061 sykehusopphold.

-Fra Dødsårsaksregisteret for 1991 ble ekstrahert alle dødsfall blant de 12 634 personene, i alt 319 døde. I tillegg ble tatt med 399 ulykkesdødsfall hvor den avdøde bosted og/eller dødssted lå i ett av de sju fylkene. Bestanden i testfilen som de øvrige registrene er koblet til består av de 13 061 sykehusoppholdene, samt de 399 dødsulykkene som det ikke ble funnet sykehusdata for. Denne filen med ialt 13 460 records er nedenfor betegnet som SYNAPS-filen.

I alt 1 724 sykmeldinger med varighet over 14 dager ble gjenfunnet i SYNAPS-filen. Hvis vi tar hensyn til at statsansatte og hovedtyngden av de næringsdrivende manglet i sykepengeregisteret i 1991, er det beregnet at ca 50 prosent av de yrkesaktive med sykehusopphold etter ulykke ble gjenfunnet i sykepengeregisteret. Dette tallet er sannsynligvis for lavt. Til et eventuelt permanent SYNAPS vil vi få registrert flere sykmeldinger, da trygdekontorene nå koder diagnose på sykmeldingene, samt at korttidsfravær også blir registrert.

Ved kobling mot attføringspengeregisteret for 1991 og 1992 ble 532 attføringspengetilfeller gjenfunnet i SYNAPS-filen når det er forutsatt at starten for attføringspengeperioden fulgte etter sykehusoppholdet i tid. Vi kan regne dette tallet som det maksimalt antall attføringspengetilfelle som følge av ulykke registrert i SYNAPS-filen. På den annen side fulgte 120 attføringspengetilfeller i tid rett etter opphør av sykemeldingsperiode etter ulykke. Dette tallet kan derfor regnes som et minimumstall. I tillegg fant vi 17 tilfeller med attføring etter ulykke, hvor skadeåret var 1991. Disse kan regnes som nesten sikre tilfeller. Med diagnoseregistrering av attføringspengetilfellene og en bedre sykmeldingsregistreringen, må differansen mellom maksimums- og minimumstallet kunne reduseres betraktelig.

Det tar som oftest flere år fra en ulykke inntreffer til en person eventuelt blir uføretrygdet som følge av ulykken. Det ble derfor ikke funnet noen sikre uføretrygdingen innen utgangen av 1992 som følge av ulykke i 1991.

I alt ble 938 veitrafikkulykker gjenfunnet i SYNAPS-filen. Det ble også kontrollert for samsvar i datoene. På den annen side var det 798 trafikkulykker i sykehusdataene som ikke ble funnet i veitrafikkulykkesdataene. Det meste av avviket skyldes sannsynligvis mørketall i veitrafikkulykkesstatistikken. Dessuten var 29 av disse ulykkespasientene innskrevet på sykehuset i 1990, mens 40 var innskrevet i januar 1991. Alle de 29 og sannsynligvis noen av de 40 tilhører veitrafikkulykkesstatistikken for 1990.

Vi kan regne med at de 381 ulykkene vi fant i arbeidstilsynets register er de samme som pasienten ble behandlet på sykehus for. I tillegg var det meldt 56 arbeidsulykker til arbeidstilsynet blant personene vi har sykehusdata fra. Det er mulig at noen av disse ulykkene skulle vært med. På den annen side vet vi at arbeidstilsynets ulykkesregistrering har store mørketall. Dette er nok hovedårsaken til at ulykker registrert som arbeidsulykke på sykehus, ikke ble gjenfunnet hos arbeidstilsynet.

I tillegg til de 27 yrkesulykkene i yrkesskadetrygden, var det meldt fire ulykker blant personene vi har sykehusdata på.

10.4. Oppsummering av koblingene på prøveprosjektet

Det bærende element for uttak av data til prøveundersøkelsen har vært ulykkeskoden i pasientdataene fra sykehusene. Vi vet fra før at bruken denne varierer og har varierende kvalitet. Der koden er brukt tyder sammenlikning med andre registre at koden har rimelig god kvalitet. Hvis vi får innført en god registrering av skadested og aktivitet (i ulykkesøyeblikket) på sykehusene i samband med innføring av ICD-10 (jf. Lund et al 1994b), bør vi få tilstrekkelig gode sykehusdata. Et forbehold må tas for forgiftningsulykker, da det som tidligere nevnt er vanskelig å knytte konsekvensdata direkte til et sykehusopphold for denne skadegruppen.

Sykmeldingsdata kan knyttes relativt godt opp mot sykehusdata ved hjelp av datoer for sykehusoppholdet og sykmeldingen. Når vi får god diagnosekoding på sykmeldingene blir koblingen enda sikrere. Sykmeldingene vil også få en klart bredere dekning da også korttidsfravær og statsansatte (uten opplysning om utbetaling) kommer med.

I 1991 ble det ikke kodet diagnose på attføringsmeldingene. Det var da vanskelig å lage gode kriterier for å knytte en attføringsmelding til et gitt sykehusopphold etter ulykkeskade for attføringsmelding som ikke fulgte etter en sykmeldingsperiode. Etter at RTV begynte å kode diagnose (etter ICD-9) på attføringsmeldingene bør det være mulig å få til en sikrere kobling mellom sykehusdata og attføringsdata, også der hvor det ikke ble funnet sykemelding.

Prøveprosjektet har ikke gått lenge nok til å høste erfaring om uføretrygdata. Da disse dataene er kodet etter ICD, bør det være mulig å knytte dem opp mot sykehusdataene der uføretrygdingen kom som en direkte følge av ulykken. For forgiftninger er en slik kobling neppe mulig, da uføretrygding av rusmisbrukere neppe kan knyttes opp mot et spesielt forgiftningstilfelle.

Som ventet er det en vesentlig underrapportering i veitrafikkulykkesstatistikken. Det som registreres har imidlertid stor verdi.

Det samme kan i enda større grad sies om Arbeidstilsynets ulykkesregister.

De få yrkesskadedataene som ble funnet har bra kvalitet. Det er vanskelig å si noe om mørketall her.

11. Sosialkomitéens behandling av St.meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

Stortingets sosialkomité avga innstilling til St.meld. nr. 37 (1992-93), Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, i Innst. S. nr. 118 (1993-94). Stortingets vedtok i forbindelse med behandlingen av meldingen å gjøre psykososiale problemer, belastningslidelser, astma, allergi og inneklimesykdommer samt skader etter ulykker til hovedsatningsområder i det helsefremmende og forsbyggende arbeidet. Sosialkomitéen skriver: "Komitéen har merket seg at datagrunnlaget for personskader er usikkert og mener det er behov for å utvikle et bedre prioriterings- og styringsverktøy. Komitéen mener det er lite tilfredsstillende når samfunnet ikke har oversikt over antall personer som får varig mén eller som blir invalidisert hvert år."

Komitéen skriver også: "Innen år 2000 skal samordnet planlegging og utvikling av sikkerhetskultur på alle beslutningsnivåer føre til nedgang i antall skader som fører til dødsfall, sykehusinnleggelse og legebehandling på grunn av ulykker. Ansvarlig sektor kan vurdere eller

etterprøve måloppnåelse i lokalsamfunnet, på en arbeidsplass, i en kommune eller fylke m.v. så vel som på nasjonal basis."

En løpende innhenting av data fra ulike skaderegistre, som foreslått i SYNAPS vil være et godt verktøy for å kunne tilfredsstillende mange av kravene som er stilt i komitéinnstillingen. En kobling av skadedata mot Rikstrygderegisterets uføretrygdregister vil kunne gi svar på hvor mange som blir uføretrygdet etter en ulykkesskade. Personer under 16 år blir ikke uføretrygdet før de når denne alderen. Data for grunn- og hjelpestønad kan imidlertid kanskje si noe.

Fra starten planlegger vi at SYNAPS skal omfatte personer utskrevet fra sykehus etter ulykkesskade, samt døde av ulykke som ikke var innskrevet ved sykehus. Det vil si at vi tar med de medisinske mest alvorlige ulykkene. De fleste sykehusene har nå tatt i bruk pasientadministrative systemer på poliklinikkene, slik at det senere blir mulig å også ta med denne pasientgruppen i SYNAPS.

SYNAPS vil bli et landsomfattende ulykkesregister hvor vi både har informasjon om skadestedskommune og den skaddes bostedskommune. I tillegg er steds- og aktivitetskoden konstruert slik at det kan gis tall for ulykkestyper etter ansvarsområde både på sentralt og lokalt politisk- og administrativt plan.

12. Erfaringer med ulykkesregistrering i Danmark

I samband med arbeidet med forprosjektrapporten har prosjektleder og Stig Jørgensen fra SINTEF-NIS besøkt Danmark for å høste erfaringene registreringen av ulykker ved danske sykehus. Vi besøkte Sundhedsstyrelsen, som har ansvaret for det danske Landspatientregisteret, samt et sykehus som er langt framme i ulykkesregistreringen. Referater fra disse møtene er tatt inn som vedlegg 8 og 9 til denne rapporten.

Fra 1987 er stedskoden (ett siffer) i den nordiske ulykkesklassifikasjonen registrert i det danske Landspatientregisteret, det vil si at koden er obligatorisk for utskrevne pasienter fra alle somatiske sykehus i Danmark. Det er også registrert en kontaktsårsakskode som skiller ulykkesskader fra andre årsaker til skade.

Fra samme tid startet ulykkesregistreringen også ved skadestuen (for polikliniske pasienter) ved en del sykehus. Etterhvert er registreringen utvidet, og fra 1.1.1995 er registrering av både skadested og aktivitet obligatorisk for alle danske sykehus, både for innlagte og polikliniske pasienter. Av Sundhedsstyrelsen (1993), s. 62 og Sundhedsstyrelsen (1994), s. 59, går det fram at følgende inndeling av kontaktsårsakskode, skadested og aktivitet skal brukes ved innberetning til Landspatientregisteret:

Kontaktsårsakskode:

1. Sygdom og tilstand uten direkte sammenheng med påført skade
2. Ulykke
3. voldshandling
4. Selvpåført skade
5. Senfølge etter ulykke
8. Annet (spesifisert)
9. Ukjent/ uopplyst

Skadested

- transportområde
- boligområde
- produksjons- og verkstedsområde
- butikk-, handels og liberalt ervervsområde
- skole-, offentlig administrasjons- og industriområde
- idretts- og sportsområde
- fornøyelses- og parkområde
- fri natur
- hav- og sjøområde
- annet og ikke spesifisert sted

Aktivitetskode

- Idrett, sport, mosjon
- lek, hobby og annen fritidsvirksomhet
- inntektsgivende arbeid
- vitalaktiviteter
- ulønnet arbeid
- annen aktivitet
- ikke spesifisert aktivitet

I tillegg skal det opplyses om det var en transportulykke eller ikke.

Data fra Landspatientregisterets registrering av ulykker inngår i Sundhedsstyrelsens publisering av sykehusstatistikk (se f.eks. Sundhedsstyrelsen 1993). De danske dataene er imidlertid i liten grad koblet opp mot dødsårsaksdata og andre datakilder som foreslått i SYNAPS.

De danske erfaringene var at det var nokså store problemer med innføring av ulykkesregistreringen, særlig for de polikliniske pasientene (på skadestuen). Siden har det bedret seg, og registreringen må sies å gå tilfredsstillende nå. Danskene ga uttrykk for at arbeidet med å lære opp registreringspersonalet ikke kan overvurderes.

13. Forutsetninger for å utføre koblingene i SYNAPS - hva Datatilsynet må gi tillatelse til.

Statistisk sentralbyrå ble gitt konsesjon av Datatilsynet til å opprette personregister for å gjennomføre prøveprosjektet på SYNAPS. Konsesjonen ble gitt i styremøte 29. april 1993, og gjelder fram til 31. desember 1995. I brev til Datatilsynet 25. februar 1993 ga Statistisk sentralbyrå en orientering om detaljeringsnivået på opplysningene i SYNAPS og hjemmelsgrunnlaget for innhenting av data.

Et eventuelt permanent SYNAPS forutsetter ny konsesjon fra Datatilsynet.

Forutsetningene for å utføre de nødvendige koblingene, og hvilke hjemmelsgrunnlag de hviler på er beskrevet nedenfor:

Utskrivingsregisteret

I den norske utgaven av ICD-10, vil skadested og aktivitet registreres på alle pasienter utskrevet fra somatiske sykehus etter behandling av skade etter ulykke. Hvis SYNAPS skal utvides til også å omfatte polikliniske pasienter, må disse kjennemerkene også registreres her. For å kunne

gruppere ulykkene etter skadestedskommune (i tillegg til bostedskommune), må kommunen ulykken skjedde også registreres av sykehuset. I tillegg er det ønskelig at det blir registrert en kode som skiller ulykkesskader fra andre skader som vold og villet egenskade.

Dødsårsaksregisteret

Ved overgang til ICD-10 vil Statistisk sentralbyrå kode aktivitet og skadested etter den norske utgaven av ICD-10, som vil være identisk med forslaget i SYNAPS. I tillegg må skadestedskommune og skadedato registreres, da den siste ofte vil være noe annet enn dødsdato.

Hjemmelsgrunnlaget for innhenting og bruk av såvel de offentlige som de private registrene

Data over pasienter utskrevet fra somatiske sykehus etter ulykkesskade (Utskrivingsregisteret)

Sykehuslovens paragraf 16 og forvaltningslovens paragraf 13b, pkt 4 sammenholdt med statistikkloven gir lovgrunnlag til å innhente data over pasienter utskrevet fra somatiske sykehus til statistisk bruk.

Rikstrygdeverkets registre

Folketrygdlovens paragraf 18-4, 3. ledd samt statistikklovens paragraf 3-2 gir hjemmel til å bruke folketrygddata, forutsatt samtykke fra Sosial- og helsedepartementet.

Dødsårsaksdata

Forvaltningslovens paragraf 13b, pkt. 4 sammenholdt med statistikklovens paragraf 3-2 bør være hjemmelsgrunnlag for å bruke dødsårsaksdata i SYNAPS.

Yrkesskadedata fra forsikringsselskapene

Paragraf 9 i lov om yrkesskadeforsikring sammenholdt med statistikklovens paragraf 2-2 bør være hjemmelsgrunnlag for å innhente yrkesskadedata fra forsikringsselskapene.

Ulykkesregisteret til Direktoratet for arbeidstilsynet

Statistikklovens paragraf 3-2 bør være hjemmelsgrunnlag for bruk av Arbeidstilsynets ulykkesregister. Hvis Oljedirektoratet begynner å føre fødselsnummer i sitt ulykkesregister, må dette hjemmelsgrunnlaget også kunne brukes for dette registeret.

SSBs/politiets statistikk over veitrafikkulykker

Statistikklovens paragraf 2-2 bør være hjemmelsgrunnlag for bruk av dataene over veitrafikkulykker

Forsikringsselskapenes statistikk over veitrafikkulykker (TRAST)

Statistikklovens paragraf 2-2 bør være hjemmelsgrunnlag for å innhente informasjon om skadelidte fra forsikringsselskapenes statistikk over veitrafikkulykker

14. Strategi for videreutvikling av SYNAPS

Følgende forhold må i det minste være klare for at vi skal kunne etablere et SYNAPS:

-vi må få tillatelse til å innhente ulykkesdata fra sykehusene med personidentifikasjon. Før kobling krypteres fødselsnummer med rutine utviklet i SSB.

-opplysning om skadestedskommune, skadested og aktivitet må innføres i Utskrivingsregisteret og Dødsårsaksregisteret. I utskrivingsregisteret må vi også ha opplysning om kontaktårsak, mens dødsårsaksregisteret må ha opplysning om ulykkesdato.

Datatilsynet må gi tillatelse til å oppbevare sykehusdataene med kryptert fødselsnummer. De må også gi tillatelse til å koble de aktuelle registrene ved hjelp av det krypterte fødselsnummeret.

Det synes rimelig greit å registrere de nye kjennemerkene i Dødsårsaksregisteret. En utvidelse av fritekstfeltet, eventuelt kombinert med noen ledende tekster kan være nyttig. En eventuell endring av dødsmeldingen må tas opp med Sosial- og helsedepartementet. Hvis forslaget til Lund et al 1994b, blir innført i samband med overgang til ICD-10, må skadested og aktivitet registreres som foreslått i SYNAPS for dødsårsaksstatistikkens egen del. Da blir det bare skadestedskommune og ulykkesdato som kommer i tillegg. Disse opplysningene bør det spørres spesielt om på dødsmeldingen.

Erfaringer fra besøk på ulike sykehus tyder på at det er mulig å registrere de nye kjennemerkene på ulykkespasienter i mottagelsen på alminnelige somatiske sykehus. Det kan være et problem å få registrert ulykker som behandles på øyeavdeling eller øre-nese-hals-avdeling, da disse pasientene ofte skrives inn rett på avdelingen uten å gå veien om felles mottagelsesavdelingen.

Det må gis veiledning på personalet på sykehusene som skal registrere de nye kjennemerkene i sykehusenes pasientadministrative datasystemer. Videre må det utarbeides manualer og de involverte må vite hvor de skal henvende seg i tvilstilfeller.

Hvis tiltakene beskrevet over blir gjennomført, kan vi starte opp med et SYNAPS som omfatter personer som enten er innskrevet på sykehus og/eller har dødd som følge av ulykken. Hvis det er mulig å få de nye kjennemerkene i sykmeldingsregisteret, kan SYNAPS utvides med sykmeldte etter ulykke selv om pasienten ikke hadde noe sykehusopphold. Tall for første halvår 1994 viser at det ble funnet 13 000 sykmeldinger med mer enn to ukers sykmelding, som hadde en skade som diagnose.

Når det etterhvert kommer igang en fullstendig datainnhenting for polikliniske pasienter ved somatiske sykehus, kan vi tenke oss at SYNAPS også kan utvides for denne kategorien. Ved overgang fra ICD-9 til ICD-10 pr. 1.1.96 vil tilpasningen som gjelder ICD-10 (aktivitet og skadested) også bli gjort for sykehusenes systemer for denne pasientgruppen. Systemleverandørene bør varsles om at SYNAPS en gang i framtida også kan bli aktuelt for polikliniske pasienter.

Den praktiske framgangsmåten for å koble data i SYNAPS vil først være å innhente alle avdelingsopphold ved norske somatiske sykehus blant personer som har ulykke som kontaktårsak og som var registrert bosatt i Norge på ulykkestidspunktet. Dataene leveres SSB på fødselsnummer, men fødselsnummeret krypteres omgående. Ut fra informasjon om innskrivingen gjaldt førstegangsinnskriving eller reinnlegging bør det være mulig å omgjøre avsluttede avdelingsopp-

hold etter ulykkesskade som telleenhet til ulykkeshendelser som har ført til sykehusopphold. Etter gitte kriterier må det avgjøres om liggedagene ved reinnlegging skal summeres med tidligere liggedager for samme ulykke, eller om reinnleggingen skal ignoreres. I vedlegg 2 er det gitt en oversikt over dataelementene som vil inngå i den felles datainnsamlingen til pasientstatistikk og til SYNAPS.

Når sykehusdataene er organisert med ulykke som telleenhet, kobles de mot ulykker fra Dødsårsaksregisteret ved hjelp av det krypterte fødselsnummeret. Informasjon om "utskrevet som død" fra Utskrivingsregisteret, dato for utskrivning mot dødsdato i Dødsårsaksregisteret, E-koden og opplysning om skadestedskommune, skadested og aktivitet i begge registre kan identifisere samme ulykke i de to registrene. Registrenes kvalitet kontrolleres ved å undersøke avvik mellom døde i Utskrivingsregisteret og døde på sykehus i Dødsårsaksregisteret. Et problem vil være døde ved mottak/ døde ved ankomst (jf. tidligere ØMI-koder) som i varierende grad registreres som innlagt på sykehus.

Neste register som kobles til er RTVs register over sykmeldinger. Hvis RTV vil registrere skadestedskommune, skadested og aktivitet i sykmeldingsregisteret, tas alle sykmeldinger som skyldes ulykke med i SYNAPS. Hvis ikke tas bare med meldinger for ulykker som allerede er registrert i SYNAPS (dvs. i Utskrivingsregisteret og/eller dødsårsaksregisteret). For å identifisere samme ulykke i ulike registre sjekkes dato for arbeidsufør mot utskrivingsregisteret, samt diagnose.

Neste register er Attføringsregisteret. Her tas i utgangspunktet med alle tilfelle med ulykkeskode i ICD-9. Det er imidlertid bare ulykker som er identifisert i Utskrivingsregisteret eller Dødsårsaksregisteret som tas med i SYNAPS. Identifisering av ulykke kan skje ved å sammenlikne dato for påbegynt attføring med dato for avsluttet sykmelding. Da attføringsmeldingene nå kodes etter ICD, er det også mulig å identifisere samme ulykke ved hjelp av hoveddiagnosen.

SYNAPS kobles til slutt mot Uførerregisteret. Bare uføretrygdede personer som har ulykkeskode i diagnosen (E-koden i ICD) tas med. Uføretrygding kommer ofte lenge etter ulykken har inntruffet. Av den grunn må dataene forbli på kryptert personidentifikasjon noen år. Diagnose og uføretidspunkt kan være hjelpemidler for å identifisere ulykker.

Data fra tilleggsregistrene kobles til. Her krypteres alle ulykkestilfeller, men bare de som finnes i basisregistrene tas med.

15. Konsekvenser av forslagene i NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre

I NOU 1993:22 Pseudonyme helseregistre foreslås det opprettet et nytt registreringssystem for institusjonshelsetjenesten. Utvalgets flertall foreslår en desentralisert organisering av registreringssystemet. Forslaget går ut på at det etableres fem regionale registre med en sentral overbygning (sekretariat) som skal være overordnet regionregistrene og ha full styring med dem, men ikke ha data lagret hos seg. Personene i registrene skal være identifisert med et pseudonym. Pseudonymet kan brukes til å koble data om samme person, men brukere vil aldri få tilgang til selve pseudonymet.

Hvis forslaget i NOU 1993:22 blir gjennomført vil Utskrivingsregisteret i den form det har i SSB i dag falle bort. Data om sykehusopphold må da hentes fra det nye registreringssystemet for institusjonshelsetjenesten. Dette må gjøres ved at data fra de øvrige registrene i SYNAPS må pseudonymiseres og deretter kobles med de pseudonymiserte sykehusdataene. Da vi bare vil få

anonyme koblede data i retur, må data kobles på nytt hvis vi senere skal få en ytterligere oppdatering av konsekvenser av en ulykke, for eksempel uføretrygding som normalt inntreffer etter noen år.

Utvalget har foreslått et lovforbud mot å koble det foreslåtte institusjonshelseregisteret med andre registre som ikke er helseregistre. Hvis loven skulle bli utformet som foreslått ville det sette en definitivt stopp for SYNAPS, da dette registeret også vil hente data fra registre som ikke er helseregisteret. Et slikt lovforbud vil generelt være et stort problem for SSB når vi skal utføre vår oppgave i å framskaffe tjenelig offisiell statistikk for det norske samfunnet. SSB har derfor pekt spesielt på dette problemet i sin høringsuttalelse om NOU 1993:22.

REFERANSER

- Elvik R.: Hva koster ulykkene samfunnet.
Skadeforebyggende forum. Oslo
1991
- Lund,J, Holder,Y, Smith,R.J, Minimum Basic Data Set (MBDS), Unintentional Injuries
p. 34-1 - 34-4 in Reports from workshops in ICE (International Collaboration Effort) on Injury Statistics.
Department of Health and Human
Services, Washington 1994 (foreløpig utgave).
- Lund J., Borgan J-K,
Harvei S., Jonassen K og
Wetteland S.S: Klassifikasjon av ulykker. Forslag til
norsk versjon av steds- og aktivitets-
koden knyttet til ICD-10. Utredning
fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sta-
tens helsetilsyn. Oslo 1994
- NOMESKO Nordisk
Medicinalstatistisk
komité: Nordisk klassifikasjon til bruk i ulykkesregistrering
2. reviderte udgave. København
1990
- Norges offentlige
utredninger: NOU:22 1993 Pseudonyme helse-
registre. Oslo 1993
- NSAM Norsk selskap for
allmenntidning: ICPC, ICHPPC-2, IC-Prosess-PC
Klassifikasjoner og definisjoner for
primærhelsetjenesten. WONCA's
internasjonale klassifikasjoner og
definisjoner tilrettelagt for Norge.
1991
- Skadeforebyggende forum: Handlingsplan for det ulykkesfore-
byggende arbeidet i Norge frem mot
år 2000., 48s, Oslo 1988
- Skadeforebyggende forum: SYNAPS System for nasjonal per-
sonskadestatistikk. Forslag til sam-
ordning av eksisterende ulykkes- og

skade registre for å få frem et prioriterings- og evalueringsverktøy til det skadeforebyggende arbeidet. Oslo 1991

Statens institutt for folkehelse - Kommunedata-sentralen for Øst-Norge A/L: Brukerhåndbok ØMI II. 1981

Statistisk sentralbyrå: Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Norsk utgave av ICD-9. Oslo-Kongsvinger 1986

Sundhedsstyrelsen: Sygdomsmønsteret for indlagte patienter 1991, København 1993

Sundhedsstyrelsen: Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 1995. København 1994

WHO World Health Organization: ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Geneve 1992

DEFINISJONER OG KLASSIFIKASJONER

Innleggelsestype

En viktig målsetning med skaderegistrering er å finne ut hvor mange personer som blir innlagt på norske sykehus for skadehendelser, og hvor lenge de ligger på sykehus for behandling for denne bestemte skaden. Det er derfor nødvendig å kunne se om innleggelsen i et bestemt sykehus er en innleggelse fra skadested, eller en overføring fra annen avdeling eller annet sykehus, eller en senere innleggelse for viderebehandling for samme skaden, f.eks. plastisk operasjon, nagleuttak av brudd o.lign. Hvordan dette skal kodes avhenger av hvordan denne variabelen blir utformet i sykehusenes pasient-administrative systemer.

Kontaktårsak

For å sikre en høy kvalitet på skaderegistreringen er det nødvendig at alle pasienter klassifiseres etter kontaktårsak. Derved blir man nødt til å klassifisere enhver innleggelse. Vi sikrer dermed høyst sannsynlig at et større antall skadepasienter blir registrert enn dersom det for skadepasienter "bare" skal utfylles et skjema. Da er det fare for at man kan "glemme" noen skadepasienter i mottakelsen uten at man i registeret får vite noe om det.

En mulig inndeling etter kontaktårsak kan være:

1. Sykdom og tilstand uten direkte sammenheng med skade
2. Skade
9. Ukjent årsak

Skadekommune, skadested og aktivitet registreres for ulykkespasienter. Skadekommune og skadested kan også registreres for voldsskade og selvpåført skade.

Skadekommune

Skader skjedd i utlandet kodes 2400. Skades man på sjøen så langt fra kysten at man ikke kan sette området i forbindelse med en kommune, kodes skadekommune på samme måte som kontinentalsokkelen, eller 2399 Havet, uspesifisert. Dersom man skades i luften, f.eks. i et fly kodes skadekommunen man flyr over, dersom den kan identifiseres. Hvis ikke kodes 9999. Uoppgitt skadekommune kodes 9999. Ellers brukes kommunekodene (inkl. kontinentalsokkelen, Svalbard og Jan Mayen) utgitt av Statistisk sentralbyrå.

Skadested

Stedet hvor hendelsen skjedde, skal kodes. Dersom den skadde personen beveger seg fra et sted til et annet i løpet av hendelsen, er det stedet hvor hendelsen startet som skal kodes.

Eksempel: "To biler kolliderte på en vei. Den ene bilen havnet i elva og føreren druknet". Her skal stedet hvor ulykkeshendelsen startet kodes, dvs. "Trafikkulykke på gate, vei"

Stedet deles opp i følgende 9 kategorier:

- 1 Bolig og boligområde

- 2 Trafikkulykke på gate, vei
- 3 Annen ulykke på gate, vei
- 4 Barnehage og lekeplass
- 5 Sykehjem og aldershjem
- 6 Idretts- og sportsanlegg
- 7 Friluft, hav, sjø, vann
- 8 Annet sted
- 9 Ukjent sted

Bolig og boligområde

Bolig, fritidshus, hytte av alle typer, aldersbolig, vernet bolig, med innkjørsel, gangareal, garasje, hageanlegg; boligområde i forbindelse med eller sammenbygd med produksjons-, butikk-, handels- og serviceområde.

Utvendige bygningsdeler: f. eks. utvendig trapp, altan, tak, yttervegg, fasade, (stillas, stige i forbindelse med f.eks. maling)

Hage, tomt, oppkjørsel, gårdsplass, bakgård, gårdstun, garasje, uthus, gangareal, terrasse, svømmebasseng i hage, sti i boligområdet

Utelukker: Fjøs, låve, hotell, pensjonat - for midlertidig opphold, bygning under oppføring; alle settes på Annet sted

Gate og vei

Fortau og anlegg for gående, syklende eller kombinert gang- og sykkeltrafikk som er angitt med offentlig trafikkskilt, regnes som vei.

Motorvei, offentlig vei i og utenfor tettsted, kryss i plan med jernbane, fotgjengerovergang, privatvei, skogsbilvei, kryss i plan med jernbane.

Vintervei på islagte elver og vann regnes også som vei. En vei regnes for å være åpen for alminnelig trafikk selv om det må betales bompenger.

Utelukker: Traktorvei, turvei, sti i friluftsområde, settes på friluftsområde
Privat avkjørsel til bolig, gårdsvei, sti i boligområde settes som bolig og boligområde.

Trafikkulykke

I en trafikkulykke må minst ett kjøretøy være innblandet og det må være i bevegelse.

Den må skje på offentlig eller privat vei, gate eller plass som er åpen for alminnelig trafikk (dvs. trafikk for almenheten). Med trafikk menes strøm av befordringsmidler og/eller personer.

Ulykke hvor bare fotgjengere er innblandet, ulykke ved av- og pålessing, ulykke ved av og påstigning, ulykke som skjer på gårdsplass, i garasje, ute i skogen eller på jordet regnes ikke som trafikkulykke. Togulykke utenfor planoverganger medregnes heller ikke.

Som kjøretøy regnes sivile og militære motorkjøretøyer, skinnegående kjøretøyer og ikke-motordrevne kjøretøyer. Et kjøretøy trenger ikke nødvendigvis å ha hjul eller belte, også en slede eller pulk (reinsdyr) er et kjøretøy.

Fremkomstmidler for fotgjengere som barnevogn, kjelke, rullebrett, ski, trehjulssyssel for barn o.lign., regnes ikke som kjøretøy. Veltuylukke med fremkomstmiddel for fotgjengere som f.eks. trehjulssyssel for barn eller rullebrett er altså ikke trafikkulykke. Derimot er velteulykke med syssel på gate og vei en trafikkulykke. Fotgjenger som triller syssel regnes som gående.

Annen ulykke på gate og vei

Annen ulykke på gate og vei er en ulykke som ikke er trafikkulykke og som skjer på gate og vei som er åpent for alminnelig ferdsel. Dette gjelder også på fortau, gangvei, gangsti, sykkelvei, torg. Gateulykke er en ulykke hvor bare fotgjenger er innblandet, ulykke ved av- og pålessing, inn- og utstigning, av- og påstigning, ulykker hvor fremkomstmidler for fotgjengere er innblandet og som ikke er trafikkulykker, lekeulykke på gate og vei.

Barnehage og lekeplass

Barnepark, barnehage med lekeplass

Lekeplass i boligområdet, annen lekeplass

Utelukker: Opphold hos dagmamma og i familiebarnehage i et hjem el. lign., settes som bolig og boligområdet

Sykehjem og aldershjem

Sykehjem, og aldershjem, inkl. tilhørende idrettsanlegg, gymnastikksal, svømmeanlegg

Utelukker: Aldersbolig, vernet bolig, settes som bolig og boligområdet

Idretts- og sportsanlegg

Idrettsanlegg inne og ute, idrettshall, svømmehall, badeanlegg med vannrutsjebane, rideskole, innen-/utendørs, motorbane, skøytebane/hall, slalåmbakke, alpinanlegg, mosjonssti, lysløype (sommer- og vinteranlegg)

Friluft, hav, sjø og vann

Udyrket mark, skog- og fjellområde, sti, turvei, strand, bredde, brygge, sjøhus, med umiddelbart tilhørende vannområde

Campingplass, militært øvingsområde

Luftrommet

Hav, fjord, større og mindre sjøer og vann, myr, elv, kanal, bekk, fartøyer (alle typer) til vanns og ved kai, oljeplattformer og andre offshore installasjoner til vanns

Utelukker: Mosjonssti, turløype sommer og vinteranlegg settes på idretts og sportsanlegg. Dersom man ikke kan bestemme om det er et sportsområde, settes det på Friluft, hav, sjø og vann.

Dyrket mark, offentlig brygge, settes på Annet ulykkessted

Hytte, settes på Bolig og boligområdet

Kaserne, forlegning, settes på Annet ulykkessted

Annet sted

Transportområde:

Rutebilstasjons-, godsterminal-, t-bane-, forstadsbane-, jernbanestasjons- og flyplassområde tillatt for kunder og publikum, inkl. venterom, gangareal, perrong, i vogn på skinner for jernbane osv.

Offentlig brygge, tillatt for kunder og publikum, inkl. publikums- og passasjerområder som venterom, gangarealer osv.

Parkeringsplass/hus, bensinstasjon, område ikke tillatt for publikum, som spor- og rangeringsområde på jernbanestasjoner, på linjen for jernbane, t-bane og forstadsbane på eget areal, landingsbane og oppstillingsområde for fly.

Produksjons- og verkstedsområde:

Skogbruk, gruve, mine, steinbrudd, grustak, verksted, fabrikkhall, verft , bygning, vei, bro og tunnel under oppføring, anlegg, lager, depot, administrativt lokale, kantine, offentlige anlegg som søppelplass, forbrenningsanlegg

Butikk-, handels-, administrasjons- og serviceområde:

Butikk, supermarked, varehus og annen grossist- og detaljhandel
 Privat servicebedrift, (advokat, lege, tannlege, frisør, bank, forsikring osv.)
 Hotell, pensjonat, motell

Skole-, offentlig administrasjons-, og institusjonsområde:

Fritidshjem, ungdomsklubb
 Skole, høyskole, universitet, læreanstalt, vitenskapelig anlegg, forsøksstasjon, skolegård
 Offentlig tilgjengelig kontorer og bygninger: postkontor, trygdekontor, sosialkontor, rådhus, museum, bibliotek, forsamlingshus, foreningslokale, kirke, osv.
 Sykehus, poliklinikk,
 Militær institusjon: kaserne, militærforlegning
 Døgninstitusjoner for barn og unge, fengsel

Park- og fornøyelsesområde:

Restaurant, bar, diskotek, jazzklubb, danseetablissement, kino, teater, konsertsal
 folkepark, sirkus, tivoli, lekeland, sommerland, dyrepark
 Park og parkanlegg, kirkegård

Aktivitetetskode

Den hovedaktivitet som den skadde drev på med i skadeøyeblikket, skal kodes. Den deles inn i 13 kategorier.

- a Inntektsgivende arbeid i landbruk
- b Inntektsgivende arbeid under fiske (i/på vann)
- c Inntektsgivende arbeid i sjøfart (i/på vann)
- d Inntektsgivende arbeid i luftfart
- e Inntektsgivende arbeid i militæret (ikke vernepliktige)
- f Annet inntektsgivende arbeid
- g Uspesifisert inntektsgivende arbeid
- h Vernepliktig i militæret
- i Annen utdanning
- j Idrett, sport og mosjon i utdanning
- k Annen idrett, sport og mosjon
- l Annen aktivitet
- x Ukjent aktivitet

Inntektsgivende arbeid

er en aktivitet som gir inntekt. Personen er enten ansatt eller selvstendig næringsdrivende, også i jordbruks-, skogbruks- og fiskearbeid på eget bruk. Vedkommende kan være i et hovedyrke eller i et biyrke. Dette gjelder også på andre steder enn vedkommendes faste arbeidsplass, f.eks. på en midlertidig arbeidsplass, ved transportoppdrag, på tjenestereiser osv.

Barn og ungdom som arbeider i et avtalt arbeidsforhold, som f.eks. avisbud, regnes å ha inntektsgivende arbeid. Også en lærling har inntektsgivende arbeid. Arbeid i Forsvaret regnes som inntektsgivende arbeid, men ikke dersom vedkommende er **vernepliktig**, da er vedkommende i utdanning, selv om det betales godtgjørelse. Fysisk trening i løpet av arbeidstiden i politiet eller i brannvesenet, i en gymnastikksal eller lignende, regnes som inntektsgivende arbeid. Dette gjelder også for oljearbeidere ute på plattformen når det drives fysisk aktivitet i tilknytning til arbeidet. Fysisk aktivitet i fritid regnes ikke som inntektsgivende arbeid, som f.eks. en oljearbeider som driver fysisk aktivitet i fritiden på en oljeplattform. Ulykker under måltider og andre pauser regnes som ulykke i inntektsgivende arbeid.

Inntektsgivende arbeid til personer som ut fra alder er pensjonister regnes som inntektsgivende arbeid.

Hobbyarbeid, som resulterer i fremstilling av produkter, som senere selges, regnes ikke som inntektsbringende arbeid

Inntektsgivende arbeid i landbruk

Inntektsgivende arbeid under fiske (i/på vann)

Inntektsgivende arbeid i sjøfart (i/på vann)

Inntektsgivende arbeid i luftfart

Inntektsgivende arbeid i militæret (ikke vernepliktige)

Annet inntektsgivende arbeid

Alt annet inntektsgivende arbeid som ikke er en av de ovennevnte kategorier.

Uspesifisert inntektsgivende arbeid

Denne kategorien brukes når man vet at den skadde var i en inntektsgivende arbeidssituasjon, uten at man vet hva slags arbeid det var.

Verneplikt i militæret

Vernepliktiden regnes som en utdanning, også på repetisjonsøvelse, men ikke dersom det er **inntektsgivende** arbeid, som yrkes-, leie- eller vervede soldater.

Annen utdanning

Som annen utdanning regnes:

- Heldagsundervisning eller deltidsundervisning på skole eller utdanningsinstitusjon, men ikke møte eller foredrag med uspesifisert innhold eller kursvirksomhet generelt
- Opphold i barnehage med utdannet barnehagepersonell, men **ikke** opphold hos dagmamma
- Hjemmearbeid og studier i tilknytning til undervisning
- Fængselsopphold
- Måltider på utdannings/opplæringsstedet
- Pauser, opphold på utdanningsstedet, inkl. lek

Det regnes ikke som utdanning når man er på vei til og fra utdanningsstedet.

Idrett, sport og mosjon

Idrett, sport og mosjon er en planlagt eller systematisert fysisk aktivitet, for konkurranse, for å styrke helsen, for å øke kondisjonen og utholdenheten, eller for avkobling. Den kan drives i skolen og under annen utdanning og på fritiden.

Idrett defineres slik av Norges Idrettsforbund: *"Idrett er en fritids- eller hobbypreget aktivitet hvor kroppsstillinger og bevegelser er det sentrale element, og hvor utøverens egeninnsats er avgjørende for resultatet"*.

Profesjonell idrett defineres her også som idrett, ikke som inntektsgivende arbeid.

Sport inkluderer i videste forstand også bilsport, dykking, hanggliding etc.

Mosjon er bruk av kroppen for å styrke helsen. Mosjonsaktiviteten medfører oftest at hjertefunksjonen øker, man blir varm og svett.

Aktiviteter i forbindelse med psykisk trening og konkurranser, som f.eks. sjakk- eller bridgeturneringer, regnes ikke som idrett eller trening.

Å skille mellom lek og idrett er ikke alltid lett. Barns fysiske aktivitet vil oftest være lek som f.eks. barns lek på skøytebanen, småbarns lek på ski eller med ball, men er idrett eller sport når leken blir mer målrettet, organisert eller konkurranseinnrettet, som f.eks. slalåmkjøring, skitur med foreldre o.lign. Dans på lokalet er lek for voksne, men er idrett eller trening når man retter seg inn mot konkurranse eller ønsker å perfeksjonere seg på et høyt nivå.

Det kan være vanskelig å sette grensen mellom en tur som er mosjonstur og en tur som ikke er mosjonstur. En indikator på mosjonstur kan være at man skifter klær fra de vanlige dagligklærne til sports/mosjons/treningsklær og har til hensikt å styrke kondisjonen, bedre helsen, som f.eks. løping i park eller skogen, rotrening på elven, ski- og fottur, mosjonspreget sykling til jobben o.lign.

En friluftstur trenger ikke være en mosjonstur, f.eks. en rolig søndagstur i parken, bærtur, båttur, fisketur og lignende. Bading/soling inngår heller ikke.

Idrett, sport og mosjon i utdanning

Gymnastikk, idrett, sport, trening og mosjon som skjer i løpet av skole- eller utdanningstid, i militæret som vernepliktig, i fengsel og i lignende institusjoner.

Annen aktivitet

Dette gjelder all annen aktivitet enn arbeid, utdanning, idrett, sport og mosjon, som

- Ikke inntektsgivende arbeid i hjemmet
- Lek og hobbyaktiviteter
- Personlig hygiene, søvn, hvile
- osv.

DATAINNHOOLD FRA DE PASIENTADMINISTRATIVE SYSTEMENE FOR ULYKKES-PASIENTER

Hvis Statistisk sentralbyrå skal ha ansvaret for SYNAPS, og dataene blir innhentet samtidig med de aidentifiserte pasientdataene som Statistisk sentralbyrå innhenter idag, blir det aktuelt å innhente følgende opplysninger om utskrevne ulykkespasienter:

- institusjonsnummer
- avdelingsnummer
- fødselsnummer (krypteres med en gang det kommer til SSB)
- kommunennummer (bosted)
- kjønn
- alder
- oppholdstype
- innmåte
- innleggelsestype (førstegangsinnleggelse, reinnleggelse, overført mv.)
- kontaktårsak
- kommunennummer (skadested)
- skadested
- aktivitet (da skaden skjedde)
- innlagt fra
- utskrevet til
- innskrivingsklokkeslett
- innskrivingsdato
- utskrivingsdato
- liggedager
- hoveddiagnose
- bidiagnose 1
- bidiagnose 2
- første operasjonsdato
- operasjonskoder (inntil 7 koder)

Fødselsnummer konverteres til et kryptert nummer med en gang dataene kommer til Statistisk sentralbyrå.

I forhold til dataene som idag innhentes til pasientstatistikken er innleggelsestype, kontaktårsak, skadestedskommune, skadested og aktivitet nye, foruten at dataene må ha personidentifikasjon, som krypteres i SSB. Den tidligere ulykkeskoden går ut.

I det endelige SYNAPS som skal brukes til utkjøring av ulykkesstatistikk er det bare behov for kjennemerkene: kryptert fødselsnummer, bostedskommune, kjønn, alder, skadestedskommune, aktivitet, innskrivingsdato og liggedager. Innleggelsestype og kontaktårsak er nødvendig for å "omgjøre" avdelingsopphold på sykehus til ulykkeshendelser. De øvrige kjennemerkene behøves bare som hjelpemidler under arbeidet med å koble data fra de ulike datakildene.

Kostnader med innføring av SYNAPS i sykehusens pasientadministrative systemer

I SYNAPS-forslaget er det foreslått registrert følgende kjennemerker i de pasientadministrative systemene ved sykehusene:

- kontaktsårsakskode (ulykke, vold, selvpåført skade, ikke skade) (1 pos)
- skadestedskommune (4 pos)
- skadested (1 pos)
- aktivitet (i ulykkesøyeblikket) (1 pos)
- ulykkesdato (6 pos)

I dag registreres en 2-sifret ulykkeskode som kan gå ut. De aller fleste ulykkespasienter innskrives på sykehus for øyeblikkelig hjelp. I slike tilfelle er ulykkesdatoen høyst en dag før innlegging. Innskrivingsdato må i slike tilfeller være tilstrekkelig for å angi tidspunkt for ulykken. Hvis forslagene i Lund et al 1994b blir gjennomført, vil sykehusene i alle fall måtte registrere skadested og aktivitet i sine pasientadministrative systemer etter at ICD-10 er innført på sykehusene. Kontaktsårsakskode vil være et kjennemerke som også vil kvalitetssikre registreringen av ulykkesdataene på sykehusene, da vi vil få et skille mellom uoppgitt og uaktuell (ikke ulykke) i sykehusets egen registrering.

Det er idag en mengde ulike pasientadministrative systemer i bruk på norske sykehus. Det er gjort visse undersøkelser ved enkelte systemleverandører om ekstra kostnader ved å tilpasse skjermbilder og annet til kravene som stilles i SYNAPS. Kostnadene for det enkelte system vil avhenge hvorvidt de har fleksible løsninger som kan distribueres fra sentral leverandør, eller om systemleverandøren må ut på det enkelte sykehus. Løst anslått er det beregnet at kostnadene med å tilpasse den nye registreringen på alle aktuelle sykehus vil ligge mellom 0,7 og 1,5 mill. kr. Om alt dette bør belastes SYNAPS, eller om noe kan spares med en samordning med endringer som iallefall må gjøres i samband med innføring av ICD-10, er vanskelig å si noe om idag.

Kostnader i Statistisk sentralbyrå hvis ansvaret for SYNAPS legges hit.

Hvis SSB gis ansvaret for SYNAPS, som foreslått i SYNAPS-rapporten fra Skadeforebyggende forum, bør datainnhenting fra sykehusene integreres med innhenting av pasientdata, forutsatt at denne datainnhenting vil fortsette i omlag samme form som nå. Forutsatt dette, har SSB beregnet at det behøves to månedsverk, eller ca kr. 75 000,- å etablere et system for å utarbeide SYNAPS, mens det trenges ca et kvart årsverk, eller ca kr. 110 000,- i årlige driftskostnader. Det er da bare beregnet med tilleggskostnader ved å utvide nåværende rutine. Beløpet dekker ikke publiseringskostnader utover en enkel tilbakerapportering av sykehusdata til sykehus og sykehuseiere,

ARBEIDSPLAN FOR ETABLERING AV SYNAPS

Nedenfor er listet opp en del nødvendige tiltak for å få SYNAPS igang.

Når forprosjektrapporten er ferdig (og godkjent i SSB) sendes den oppdragsgiverne: Barne og familiedepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hvis SSB skal gis driftsansvaret for SYNAPS, bør det gå en henvendelse fra SHD til SSB om dette.

SYNAPS-forslaget for skadested og aktivitet vedtas som en del av norsk ICD-10 (4. og 5. siffer). For skadens ytre årsak kodes derfor bare de 3 første tegnene som fastsatt av WHO.

Ansvarlig: Statens helsetilsyn

I samband med implementering av ICD-10 på norske sykehus, innføres en registrering av kontaktårsak, opplysning om reinnlegging og ulykkeskommune i de pasientadministrative systemene på sykehusene. Skadested, aktivitet, kontaktsårsakskode og skadestedskommune anbefales registrert av personell i mottagelsen.

Ansvarlig: Statens helsetilsyn

Uttaksprogrammene som trekker ut pasientdata fra sykehusenes pasientadministrative systemer må endres slik at vi sikrer oss at vi får med de nye variablene for ulykker. For ulykkene må fødselsnummer beholdes på dataene som sendes SSB.

Det er nødvendig å ha konsesjon fra Datatilsynet for å foreta de nødvendige koblingene i SYNAPS. En ulykkesstatistikk med sykehusdata har uansett verdi. Tiltakene overfor sykehusene utføres derfor i samband med innføringen av ICD-10, uavhengig av konsesjonsbehandlingen i Datatilsynet.

Legeerklæringen om dødsfall suppleres med felt for ulykkeskommune og ulykkesdato.

Ansvarlig: Sosial- og helsedepartementet

SSB etablerer systemer for tilbakerapportering til sykehusene og sykehuseierne av sykehusdata om ulykker

SSB etablerer systemer for kontroll og kobling av ulykkesdata fra de ulike registrene som leverer data til SYNAPS. Hvis SYNAPS kommer igang fra 1.1.1996, kan vi tenke oss følgende tidsplan for framskaffing av statistikk for ulykker inntruffet i 1996:

Sommer 1997: Den første offentliggjøring av sykehusdata over ulykker i 1996

Vinter 1998: Dødsårsaksdata, sykepengedata, attføringspengedata, veitrafikkdata, ulykkesdata fra arbeidstilsynet og forsikringsdata fra yrkesskadeforsikringen fra 1996 kobles til.

Vinter 1999: Dødsårsaksdata, sykepengedata, attføringspengedata fra 1997, uføretrygddata pr. 31.12.97 samt eventuelt ajourførte data for 1996 fra yrkesskadeforsikringen kobles til

Sommer 1999: Uføretrygddata pr. 31.12.98 kobles til

Sommer 2000: Uføretrygddata pr. 31.12.99 kobles til

Sommer 2001: Uføretrygddata pr. 31.12.00 kobles til

Sommer 2002: Uføretrygddata pr. 31.12.01 kobles til

Etter at den siste koblingen er utført kan data for ulykker i 1996 avidentifiseres.

ERFARINGER FRA MØTER PÅ REGIONSYKEHUSET I TRONDHEIM 12. JUNI 1992

På begge møter deltok Stig Jørgensen, NIS og Jens-Kristian Borgan, SSB.

På første møte deltok i tillegg Ingrid Karin Hegvold (avd. sykepleier på Mottakelsesavdelingen) og Kirsten Moe Wiseth, daglig leder av AMK-sentralen (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral).

Formålet med møtet:

Formålet med møtet var å få kunnskap om hvordan et stort regionsykehus som RiT vil være istand til å registrere de foreslåtte data tilstrekkelig nøyaktig og komplett i det pasientadministrative systemet på sykehuset.

Gjennomgang av registreringsrutiner:

De pasientadministrative systemene ved sykehusene har idag en 9-delt kode for ulykkestype. For ulykkespasienter som kommer til Mottakelsesavdelingen registreres denne koden av sykepleierne her. Hvis en ulykkespasient skrives inn elektivt på annen avdeling skal det rapporteres tilbake til Mottakelsesavdelingen. Ulykker som har mer medisinsk karakter, som øyeskader og forgiftninger går ofte rett på avdelingen utenom Mottakelsesavdelingen. For ulykker som går rett inn på avdeling, er avdelingen ansvarlig for å registrere ulykkeskoden (De registrerer på samme skjerm bilde som ved Mottakelsesavdelingen). I hvor stor grad dette gjøres, vites ikke.

Statistikk for 1990 viser at pasienter med ulykkeskode utgjorde bare vel halvparten av forventet antall innlagte pasienter med ulykkesskade på RiT. Det går relativt greit å skille mellom ulykke, vold og selvpåført skade.

Årsakene til underrapportering i ulykkesfeltet kan være flere, men er ikke helt klarlagt. Følgende forhold kan spille en rolle:

-hvis det ikke er klarlagt på forhånd at tilfellet skyldes en ulykke kan koden under hektiske situasjoner bli oppfattet som mindre viktig

-inndelingen av ulykkeskoden er ikke god, og kan derfor ofte oppleves meningsløs Den er ikke entydig og det skilles ikke mellom uoppsett og uaktuelt (ikke ulykke)

-det er også uklart hvordan ulykkespasienter som går utenom Mottakelsesavdelingen i praksis registreres. EDB-avdelingen kan sannsynlig vis gi informasjon om dette

Hvis pasienten dør i Mottakelsesavdelingen blir døds melding utfylt av lege der. Hvis personen er død før han/hun når Mottakelsesavdelingen kan døds melding være utfylt av lege på skadestedet.

Mulighet for å registrere skadested, aktivitet og skadestedskommune som foreslått i SYNAPS-innstillingen

Vi spurte om det var mulig å registrere de tre nye foreslåtte kjennemerkene skadested, aktivitet og skadestedskommune slik de var foreslått i SYNAPS-innstillingen. Vi fikk vite at det burde være mulig å framskaffe opplysning om skadested og aktivitet i ulykkesøyeblikket relativt enkelt når pasienten kommer inn. Opplysning om en person skadd i trafikkulykke var i inntekstgivende arbeid eller reise til/fra arbeid foreligger ikke alltid med en gang. Det bør imidlertid ikke være uoverkommelig å skaffe denne informasjonen seinere.

Skadestedskommune er en opplysning som er nødvendig å ha for å kunne aktivisere hjelpeapparatet ved en ulykke. Ambulansene er bl.a. stasjonert i kommunene. Politiet vil sitte på slik informasjon. Kontorpersonalet må kunne få informasjonen i etterhånd.

Møte med Inggard Lereim (leder for Skade-akuttavdelingen og Mottakelsesavdelingen) og Sissel Krognos og Bodil Kvande (skadesekretærer).

Formålet med møtet:

Formålet med møtet var å undersøke hvordan et større sykehus som også rapporterer til Skaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse kan rapportere ulykkesdata til det foreslåtte overvåkingsregisteret over ulykker med personskade (SYNAPS).

Resymé av diskusjonen på møtet:

Skaderegisteret registrerer fra alle journaler for skader behandlet på sykehuset. Ved RiT utgjør de innlagte pasientene omlag 10% av alle ulykkespasienter, mens resten behandles poliklinisk. SYNAPS vil i allefall i første omgang bli begrenset til de innlagte pasientene. Innlegging på sykehus er et slags kriterium for skadens alvorlighetsgrad, men grensen for innlegging vil være avhengig av om sykehuset har en godt utbygd poliklinikk eller ikke. Lereim regnet med at grensen for innlegging på sykehus varierte mellom alvorlighetsgrad 2 og 4.

Med små unntak er de foreslåtte inndelingene til skadested og aktivitet i SYNAPS aggregater av tilsvarende data i Skaderegisteret. Skadestedskommune registreres også i Skaderegisteret. For å unngå dobbeltarbeid foreslo Lereim at sykehusene i Skaderegisteret (4 idag) kan rapportere aggregater av disse skadedataene i stedet for at det innføres en ny dobbeltregistrering. Forutsatt at dataene får personidentifikasjon (fødselsnummer) bør dette være mulig.

Lereim var meget interessert i at konsekvensdatablir koblet opp mot skadedata rutinemessig. Dette gjøres idag på ad hoc basis for enkelte prosjekter. Hvis dette rutineres bør man kunne spare ressurser. Det er nødvendig å beholde data på koblet form over en periode på ca. 5 år, da det kan gå så lang tid før eventuell uføretrygding er avgjort. Problemene knyttet til kobling må drøftes med Datatilsynet.

Det er idag ingen koordinering mellom ulykkesregistreringen i pasientadministrative sykehus-systemet og systemet til Skaderegisteret ved RiT. En årsak til dette synes å være at registreringen i det pasientadministrative systemet på sykehuset er så mangelfullt når det gjelder ulykke at en koordinering synes hensiktsløs. Det er også mulig det kommer noen juridiske problemer i tillegg.

Vedlegg 6

SJ/JKB/16.9.92

**ERFARINGER FRA MØTE OM ULYKKESREGISTRERING PÅ ULLEVÅL SYKEHUS
9. SEPTEMBER 1992**

Til stede: Avd. overlege Olav Røise, avd. sykepleier Ketil Brevik, ass. avd. sykepleier Kari Andersen (alle Kirurgisk mottagelsesavdeling, Ullevål sykehus), Stig Jørgensen (Norsk institutt for sykehusforskning) og Jens-Kristian Borgan (Statistisk sentralbyrå).

Formålet med møtet

Formålet med møtet var å få kunnskap om hvordan et av landets største regionsykehus har muligheter og begrensninger i å registrere foreslåtte skadeopplysninger tilstrekkelig nøyaktig og komplett i sykehusets pasientadministrative system (PASUS).

Gjennomgang av registerrutiner

Ullevål benytter den vanlige 9-delte kodingen for ulykkestype (sammen med kode 09, uspesifisert ulykke var også en lokal 09-kode: ulykke i sykehuset benyttet).

Tall fra det pasientadministrative systemet for 1991 viser 556 avdelingsopphold (inkl. psyk. pasienter og dagpasienter) med ulykkeskode. Dette er åpenbart for lave tall. Avdelingen påpekte at hjemmeulykker i svært liten grad ble registrert, f.eks. ved lårhalsbrudd (men tall fra PASUS viser likevel 110 opphold).

Øre-nese-hals-avdelingen og øyeavdelingen har egne mottagelser for innlagte pasienter og registrerer ulykkespasienter lokalt, uvisst i hvilket omfang.

Alle andre avdelinger får ulykkespasienter for innleggelse registrert gjennom Kirurgisk mottagelsesavdeling. Legevakta i Oslo siler av svært mange ulykkespasienter og mange behandles dessuten poliklinisk. Antall innlagte ulykkespasienter er derfor noe lavere enn det en generelt kunne vente. Et anslag for antall pasienter ble ikke oppgitt.

Sykepleierne legger inn opplysning om ulykkespasienter direkte i PASUS-systemet. I tillegg loggføres alle ulykkespasienter i en egen journal med enkelte tilleggsopplysninger i forbindelse med henvendelser fra politi, presse, pårørende o.l. Avdelingen mottar ikke rapporter basert på ulykkesvariablen. Det syntes som om legene var mer opptatt av E-kode registreringen enn ulykkeskoderegistreringen. E-kode systemet ble oppfattet som svært detaljert. Det er mange leger fra ulike seksjoner/avdelinger som mottar pasienter i Kirurgisk mottagelsesavdeling og det foreligger et organisasjonsmessig problem i registrering av ulykkeskode og grunnlag for E-koding på en komplett og ensartet måte. Andre forhold som spiller inn på registreringskvaliteten vil være:

-under hektiske situasjoner blir registrering av ulykke nedprioritert i forhold til behandling av ulykkespasienter

-det mangler incentiver til å registrere komplett en variabel som ikke knyttes til konkret oppfølging av virksomheten på avdelingen

-det blir ikke gitt tilbakemeldinger på koding og kodingspraksis for ulykker. Inndelingen av ulykkeskoden er ikke entydig og god og inviterer ikke til god kodepraksis

-i "konkurransen" med andre skjemautfyllinger og registreringsoppgaver har opplysninger som ikke benyttes eller tilbakemeldes lettere for å tape.

Muligheter for å registrere skadested, aktivitet og skadestedskommune

Mottagelsespersonalet vet stort sett skadestedskommune for pasienten. Forutsatt entydige og enkle koder for skadested og aktivitet mente avdelingsledelsen at dette ville være mulig å registrere relativt enkelt når pasienten kom til avdelingen. Det ble påpekt at det er viktig å skille i ulykkesvariablen mellom uoppgitt og uaktuelt. Under skadestedskoden ble det påpekt at transportområde, ikke trafikkulykke ble oppfattet som en diffus kodeverdi. På møtet framkom det ellers ikke spesielle merknader til aktivitets- og skadestedsvARIABLEN. (Ps. Eksempel på skadested transportområde, ikke trafikkulykke er fotgjenger som faller på gata. Ellers er det viktig med gode definisjoner og klare avgrensninger hvis de nye kjennemerkene skal innføres). Det er ellers nødvendig å ta kontakt med EDB-avdelingen for å avklare hva innlegging av nye felt i PASUS-systemet og endring i skjermbilder innebærer.

Vedlegg 7

SJ/JKB/16.9.92

ERFARINGER FRA MØTE PÅ BUSKERUD SENTRALSYKEHUS 9. SEPTEMBER 1992
Møte med Skaderegisteret

Til stede på møtet var: Ruth Irene Kvamme (fungerende skadeseekretær), Stig Jørgensen (Norsk institutt for sykehusforskning) og Jens-Kristian Borgan (Statistisk sentralbyrå)

Formålet med møtet

Formålet med møtet var å undersøke hvordan et relativt stort sykehus som også rapporterer til Skaderegisteret ved Folkehelsa kan rapportere ulykkesdata til det foreslåtte overvåkingsregisteret over personskadeulykker (SYNAPS).

Resymé av diskusjonen på møtet

Barneavdelingen, øyeavdelingen og øre-nese-hals-avdelingen (ØNH) har egen mottagelse utenom mottagelsesavdelingen. Skadeseekretær får hver dag oversikt over innlagte pasienter og kan på grunnlag av innleggelsesjournal og diagnose plukke ut skader, som igjen gir grunnlag for en oppfølging av manglende rapportering på skadeskjemaet. Øyeavdelingen oppsøkes en gang pr uke. Skader på ØNH er vanskelig å registrere og er derfor nærmest kuttet ut med Folkehelsas velsignelse. Forøvrig regnet Kvamme med at registreringen for innlagte skade-pasienter ved de store avdelingene var nær 100 prosent komplett for 1992. Pasienter som kommer inn til sykehuset for ulykke som er inntruffet for mer enn 24 timer siden blir imidlertid ikke registrert i Skaderegisteret.

Registreringen til Skaderegisteret skjer uavhengig av sykehusets registrering i det pasientadministrative systemet. Det skjer heller ingen samkjøring av resultater for kontrollformål.

Det merkes en viss motvilje blant legene på sykehuset mot å fylle ut nye skjemaer. Dette rammer også Skaderegisteret. Med en del innsats fungerer registreringen likevel. Dette krever spesiell oppfølging fra skadeseekretær.

Skadeskjemaet til Skaderegisteret bygger på egenrapportering fra den skadde. Ved alvorlige skader og "krakilske" pasienter fylles skjemaet ut av lege eller sykepleier.

Årsrapport fra Folkehelsa om skaderegistreringen sendes til sykehusets administrasjon. Hvorvidt denne informasjonen videre tilflyter avdelingene og leger/sykepleiere som mottar ulykkespasienter er uklart.

ERFARINGER FRA MØTE OM ULYKKESREGISTRERING VED BUSKERUD SENTRALSYKEHUS (BSS) 9. SEPTEMBER 1992

Møte med Mottagelsen

Til stede : Dr. Helge Torgersen og avd.sykepleier Lisbeth Nerøm Wisting ved Mottagelsen, BSS, Stig Jørgensen (Norsk institutt for sykehusforskning) og Jens-Kristian Borgan (Statistisk sentralbyrå)

Formålet med møtet

Formålet med møtet var å se hvordan et relativt stort sentralsykehus som BSS vil være istand til å registrere foreslåtte skadeopplysninger tilstrekkelig nøyaktig og komplett i det pasientadministrative systemet på sykehuset.

Gjennomgang av registerrutiner

BSS benytter den vanlig brukte 9-delte kodingen av ulykkestype. Tall fra det pasientadministrative system for 1991 viser 1811 avdelingsopphold (ink. psyk. pasienter og dagpasienter). Det ble ikke bekreftet fra avdelingen om dette er et rimelig riktig tall, men det er holdepunkter for en lavere underrapportering på BSS enn de fleste andre sykehus.

Alle ulykkespasienter, unntatt eventuelt noen fra øyeavdelingen (som går rett fra poliklinikk til innleggelse) registreres ved Mottagelsesavdelingen. Mottagelsesavdelingen registrerer opplysning om ulykkestype på eget papirskjema før innlegging på EDB. Ulykkeskoden påføres som ekstra fritekst i øverste hjørne på skjemaet. Kontorsekretærer legger fortløpende opplysningene inn på EDB. (Avdelingen er bemannet med kontorsekretær hele døgnet)

Stort sett klarer en å skille mellom ulykke, vold og selvpåført skade.

Avdelingen var opptatt av manglende tilbakemeldinger på ulykkesregistreringen. Det var også lite tilbakemelding fra Skaderegisteret som løper uavhengig av registreringene på Mottagelsesavdelingen.

Muligheter for å registrere skadested, aktivitet og skadestedskommune

Det ble ikke ansett som spesielt vanskelig å registrere de nye variablene. Skadestedskommune er stort sett kjent. Slike opplysninger kan hentes fra bl.a. ambulansenes transportjournal. Aktivitetskoden ble vurdert som mindre entydig og "vanskeligere" å registrere enn skadestedsvariablen.

Reise til/fra arbeid kan være vanskelig, da det er usikkerhet med hva som skal regnes som en arbeidsreise, jf. henting av barn, innkjøp o.l. i forbindelse med reisen. Hvis de nye kjennmerkene skal innføres blir det gitt klare instruksjoner om hvordan de ulike tilfellene skal klassifiseres.

Trondheim 01.12.1992

MØTE OM ULYKKESREGISTRERING GLOSTRUP SYGGEHUS, KØBENHAVN AMT

Fra Norge: Jens Kristian Borgan Statistisk sentralbyrå og Stig Jørgensen SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning.

Møte med:

Prosjektsekretær for ulykkesregistreringen Eva Nielsen, leder for arkiv og mottakelsesavdeling A. Gervo, kontorleder Birgit Brun Laugesen

Formålet med møtet

Formålet med møtet var å få kunnskap om den løpende ulykkesregistrering ved et av Danmarks største sykehus. Danmark er det nordiske land som er kommet lengst i Norden (og Europa?) i å innrapportere opplysninger om ulykkespasienter som behandles ved sykehus. Vi var spesielt opptatt av registreringsrutiner fra pasienten ankommer sykehuset og videre av datas koplethet og pålitelighet.

Glostrup sykehus

Glostrup sykehus ligger i Glostrup kommune i Københavns amt. Kommunen har 160 000 innbyggere og sykehuset er et av Danmarks største hovedsykehus (type II; omtrent tilsvarende et norsk regionsykehus) med 1111 senger (inkl. Psykiatriske avdelinger). Sykehuset har de fleste spesialiteter (bl.a. nevrokirurgi). Sykehuset har en egen avdeling "Skadestue" som sluser inn alle pasienter med skader som kommer til sykehuset. Gjennom sykehusets skadestue-avdeling mottas ca 150 øyeblikkelig hjelp og elektive (inkl. kontroller) pasienter pr. dag. De fleste av disse er mindre alvorlige skader som blir behandlet ambulant.

Registrering av ulykkespasienter

Kommunen og sykehuset inngår i det såkalte 5-By-Projektet, der de 5 deltagende kommunene har planlagt og gjennomført ulykkesforebyggende aktiviteter på grunnlag av lokale ulykkesdata fra sykehusene.

Ved Glostrup sykehus blir alle pasienter som er utsatt for skader registrert på skadestue-avdelingen. Et utvidet datasett blir registrert for alle skadestuekontakter. (Fra 1994 vil alle sykehus bli pålagt en lik ulykkesregistrering til det nasjonale Landspatientregisteret i Danmark). Registreringene er basert på den nordiske ulykkesklassifikasjonen. Sammen med 4 andre sykehus i Danmark ha Glostrup sykehus et utvidet registreringssystem.

Innleggelses-skjerm bilde og utskrivnings-bilde er gjengitt i vedlegg. I innleggelsesbildet kommer også opplysninger om tidligere kontakter med samme og andre sykehus. (Også "fast lege" kommer automatisk opp.) I vår sammenheng vil dette være relevant informasjon i forbindelse med overflytting av skadet pasient mellom sykehus og omsorgsnivå (poliklinikk, innleggelse).

Antall besøk (konsultasjoner eller avdelingsopphold) er registreringsenhet. For alle pasienter som behandles ambulant eller som blir innlagt blir følgende hovedtyper av opplysninger registrert:

Pasientdata (administrative data): kjønn, alder, bostedskommune, dato og klokkeslett for kontakttidspunkt, inn- og utskrivningsmåte og liggedager.

Ulykkesomstendigheter: ulykkessted, skademekanisme, skadested, aktivitet (denne variabelen registreres bare ved de 5 utvalgte sykehusene). Dessuten registreres nærmere opplysninger om arbeidsulykker og kjøretøy-ulykker.

Medisinske data: diagnoser, operasjoner (for pasienter som innlegges).

Fra Folkeregisteret hentes person-opplysninger inkl. yrke. Pasienter med så alvorlige skader at de dør på vei til sykehuset blir registrert som 'død ved ankomst'.

En kan merke seg at skadestedskommune, som det er sterkt ønskelig å registrere i det norske SYNAPS-systemet, ikke rapporteres i Danmark.

Sykehuset har en sentralisert Mottagelse og skadestueavdeling som mottar alle pasienter unntatt de som går til Barneavdelingen. Opplysninger om skader blir registrert inn på edb i det pasienten ankommer Skadestuen. Se vedlagte skjema "Oplysninger om ulykken". Det er også et fritekstfelt til journal med opplysninger om hendelsesforløp og skadetilstand. Videre er det et fritekstfelt for medisinske beskrivelse av skaden og hvilke undersøkelser og behandlinger som er utført.

(Opplysninger om barneulykker blir overført etterhvert). Videre blir opplysningene formidlet elektronisk til de avdelingene som mottar de innlagte pasientene. (For alvorlige ulykker blir opplysningene registrert etter at pasienten har fått nødvendig akuttbehandling).

Oversikter over koder for ulykkespasienter til Skadestue, for kjennemerkene : 'innbrakt av', 'kontaktårsak', 'skadested', 'skademekanisme' og 'aktivitet', er vedlagt.

Kodeverket følger i det alt vesentligste det samme mønster som den nordisk ulykkesklassifiseringen.

Registreringspraksis

Det er alltid kontorpersoneell som registrerer opplysningene direkte på EDB ved kontakt med pasienten. I skjermbildene ligger det hjelpefunksjoner (for kodeverk)og enkelte sperrer for ulogiske kombinasjoner (eks. stupe-ulykke i trafikkområde). Registreringene er basert på pasientens selvrapporing av hendelsen. (Ved svært alvorlige ulykker vil politi (og pårørende) gi de nødvendige opplysninger).

EDB-registreringen ble innført i på Skadestuen fra oktober 1987. Ved innføringen var det tildels betydelig motstand mot registreringen bl.a fra kontorpersoneellet. Våre informanter (kontorleder og kontorpersoneell på Skadestuen) framholdt at personalet ikke fikk nok tid til opplæring i bruk av EDB- systemet før innføring. De første dagene etter omlegging til EDB medførte dette betydelig ekstra venting (køer) for ankomne skadestuepasienter. Dette forekom likevel ingen større protester blant pasienter, avisoppslag o.l.

Kontorpersonalet understreket viktigheten av opplæring av personell før slike systemer blir igangsatt. I en kritisk overgangsperiode arbeidet avdelingens personell overtid og tok inn noe ekstra personell på avdelingens eget initiativ. Etter denne første EDB-innføringen, er kodeverk, design på skjermbilde etc. i liten grad endret.

Generelt syntes kontorpersonalet at ulykkespasientene selv var interessert i å melde fra på en best mulig måte om omstendigheter omkring ulykken. De mener ikke å ha registrert store forskjeller i pasientenes "rapporteringsvillighet" siden 1987. Stort sett oppfattes opplysningene som entydige og greie å kode (unntak fall/snubling og noen andre mer detaljerte skademekanismekoder på to-siffernivå.

Skadestue-avdelingen kan kjøre en del rapporter /statistikker over virksomheten selv. Spesielle kjøringar ble utført av sykehusets EDB-avdeling. Oppfatningen var at personalet ved Skadestuen fikk de rapporter de ba om. Det syntes ikke som om registreringspersonalet var spesielt opptatt av statistikk for registreringene. Hvorvidt behandlingspersonalet (sykepleiere og leger) var opptatt av statistikk og tilbakerapportering om virksomheten vites ikke.

EHLASS- prosjektet

EHLASS- prosjektet (forkortelse for European Home and Leisure Accident Surveillance System) startet på Glostrup sykehus i januar 1987, som det første sykehus i Danmark. EHLASS-registeret dekker ca 13 % av den danske befolkning. Alle EF-land (untatt Tyskland) inngår i dette systemet. Men bare Danmark av de nordiske land. Det rapporteres data til 5-By-prosjektet.

Alle som har vært utsatt for en ulykke i hjemmet eller fritiden, og som henvender seg til Skadestuen vil inngå i EHLASS-prosjektet. Innregistrering som skjer ved Glostrup sykehus avviker bare fra EHLASS på noen mindre punkter (eks inndeling av fall-ulykker).

Gjennom EHLASS-prosjektet skjer det en dobbeltregistrering av opplysninger i forhold til sykehuset. De samme opplysninger samt ytterligere opplysninger tastes inn på nytt.

Følgende opplysninger innrapporteres:

- Behandlingssted
- Dato for behandling
- Klokkeslett
- Innleggelse og antall innleggelsesdager (hentes fra journalnr.)
- Alder og kjønn
- Bostedskommune

- Behandling
- Ulykkesmekanisme (ulykkestype)
- Ulykkessted
- Aktivitet i ulykkesøyeblikket
- Skadediagnose
- Skadet legemsdel
- Involvert produkt

I Danmark registreres i tillegg sportskoder.

Det foreligger også et fritekstfelt (som nevnt over) for å beskrive ulykkesforløp og hva som gikk galt. Dette feltet er nyttig for å få mer detaljerte analyser av ulykker.

Vedlagt følger en nærmere oversikt over kjennemerker og kodeverk som benyttes i dette systemet.

I dette EHLASS systemet er en mest opptatt av vegtrafikk-ulykker, hjem-fritidsulykker og arbeidsulykker. (Opplysningene benyttes bl.a i prosjekter om forebygging) Stort sett er det godt samsvar mellom opplysninger som registreres inn i det utvidete skaderegistreringssystemet på Glostrup og det som legges inn i EHLASS (men noen avvik forekommer på andresiffer-nivå).

Stig Jørgensen

Vedlegg 10

JKB/9.12.92

Referat fra møte om ulykkesregistrering med Sundhedsstyrelsen i Danmark. København 30. november 1992.

Til stede: Henning Bay-Nielsen og Jørgen Jørgensen, Sundhedsstyrelsen, Stig Jørgensen, SINTEF-NIS (Norsk institutt for sykehusforskning) og Jens-Kristian Borgan, Statistisk sentralbyrå, Norge.

Formålet med møtet

I forbindelse med et forprosjekt til det norske prosjektet - SYNAPS- System for nasjonal personskadestatistikk har det vært et ønske å undersøke i hvilken grad erfaringer i andre land kan være til nytte for planleggingen av det norske systemet.

Dataene over pasienter behandlet på sykehus etter ulykkesskade er et sentralt element i et framtidig SYNAPS. At vi får til en tilfredsstillende registrering av ulykkesdataene på sykehusene er sannsynligvis avgjørende for om vi skal lykkes i å få til SYNAPS. I Norge er disse dataene for dårlig registrert idag.

Danmark er det eneste landet som bruker Nomeskos Nordisk ulykkesklassifisering ved registrering av ulykker på sykehusene. Registreringen som er foreslått i SYNAPS er på få unntak nær en aggregering av Nordisk ulykkesklassifisering. Det vil derfor være nyttig å undersøke hvordan Danmark har greid å få til sin registrering, og å se hvordan den virker.

Registreringen i Danmark

Ulykkeskoder etter den nordiske ulykkesklassifiseringen er registrert i det danske landspatientregisteret fra 1987. Fra denne årgangen er følgende deler av klassifiseringen innført som obligatorisk registrering på alle somatiske sykehusavdelinger i Danmark:

-Kontaktsårsakskode

(denne skiller ulykker fra andre kontaktårsaker)

-Stedskode

(opplyser på hva slags område ulykken skjedde).

Følgende grupper forekommer:

-trafikkområde

-boligområde

-produksjons- og verkstedsområde

-butikk- handels- og serviceområde

-skole- offentlig administrasjons- og institusjonsområde

-idretts- og sportsområde

-forlystelses- og parkområde

- fri natur
- hav-, sjø- og våtområde
- uoppgitt

-Skademekanismekode

Følgende grupper forekommer:

- slag, støt på grunn av fall på samme nivå
- slag, støt p.g.a. fall på trapp eller til lavere nivå
- slag, støt p.g.a. kontakt med annen gjenstand, person eller dyr
- klemming, snitt, stikk
- fremmedlegeme
- kvelning
- kjemisk påvirkning
- termisk, elektrisk, strålingspåvirkning
- akutt overbelastning av legeme/legemsdel
- annen og ukjent skademekanisme

ICDs E-kode registreres ikke ved danske sykehus.

Disse opplysningene registreres også på skadestuer og ambulante pasienter ved de fleste sykehus. Fra 1995 vil registreringen bli obligatorisk også for disse kategorier av pasienter.

Aktivitetsskoden i nordisk ulykkesklassifisering er ikke innført, men det er opplyst om ulykken var en arbeidsulykke eller ikke og om den var en transportulykke eller ikke.

Fra 1994 vil den obligatoriske registreringen bli utvidet. Det er foreslått at aktivitetsskoden blir obligatorisk, og at det blir en mer detaljert registrering for transportulykker, blant annet trafikantrolle. Det er imidlertid ikke gjort endelig vedtak om hva som skal være obligatorisk.

Skadestedskommune, som er et viktig kjennemerke i det foreslåtte SYNAPS, blir ikke registrert i Landspatientregisteret.

Kvalitet og kompletthet i den danske registreringen

Kontaktårsak skal registreres for alle voldsomme dødsfall. (ICD-8 kode 800-996). Undersøkelser viser at det er ca. 5 000 voldsomme dødsfall pr. år som ikke har kontaktsårsakskode. Meldinger som mangler kontaktsårsakskode blir ikke returnert for oppretting; årsaken til manglende kode er derfor ikke verifisert. Det er imidlertid sannsynlig at de fleste av disse skademeldingene gjelder senfølge av skade.

Det er gjort en undersøkelse hvor veitrafikkulykkesstatistikken er samkjørt med sykehusdataene. I denne undersøkelsen har det vist seg at en større del av veitrafikkulykkene ikke er registrert som veitrafikkulykke i Landspatientregisteret. Samkjøring med Dødsårsaksregisteret er ikke foretatt. Landspatientregisteret er også samkjørt med folketellingsdata i Danmarks Statistik. Det gir grunnlag for å gruppere pasientene etter sosiale kjennetegn.

Sundhedsstyrelsen gjennomfører nå et prosjekt hvor Landspatientregisteret evalueres mot sykehusjournaler. Det er gjort et utvalg på 1 200 tilfeldige innleggelser registrert i Landspatientregisteret som kontrolleres mot sykehusjournaler. Dette gjelder alle årsaker, ikke bare ulykker. Den viktigste aksjonsdiagnosen ved et avdelingsopphold skal registreres som den første

diagnosen i landspatientregisteret. Denne undersøkelsen vil gi informasjon om i hvilken grad dette blir fulgt. Foreløpige resultater tyder på at både administrative og medisinske registreringer er pålitelige. Det kan være problemer med eldre pasienter med flere sykdommer på medisinsk avdeling. Mindre operasjoner mangler også ofte.

Dybderegistrering på enkelte sykehus

Tilsvarende det som gjøres på enkelte norske sykehus i regi av Statens institutt for folkehelse, foregår det også en dybderegistrering av ulykker på 5 danske sykehus. Dette gjelder ulykkesdata som samles inn på skadestuen ved sykehusene i Glostrup, Herlev, Fredrikssund, Randers og Esbjerg. I alt dekker disse sykehusområdene 14 prosent av Danmarks befolkning. I tillegg har det i flere år vært et ulykkesregister i Odense som er bygget opp på omlag samme måte som det som nå føres ved de 5 nevnte sykehusene. Dette registeret, som var finansiert av Fyns amtskommune har nå nærmest opphørt.

Mens den norske dybderegistreringen går helt uavhengig av registreringen i de pasientadministrative systemene på sykehusene, skjer den danske dybderegistreringen integrert med registreringen i Landspatientregisteret. Den danske rutinen gir mulighet for å evaluere dataene til Landspatientregisteret ved å sammenlikne data fra de to systemene fra de før omtalte 5 sykehusene.

BRUK AV DATA FRA RTVs REGISTRE OVER UFØRHET, SYKEPENGER OG ATTFØRINGSPENGETILFELLER I SYNAPS

Referat fra møte i Rikstrygdeverket 26. august 1992

Til stede: Tor Bjerkedal og Steinar Mathisen (RTV)
Jens-Kristian Borgan (SSB)

Til møtet var det utarbeidet et notat som beskriver bakgrunnen for å bruke data fra RTVs registre over uførhet, sykepenger og attføringspengetilfeller i SYNAPS. I notatet bel det også stilt en del spørsmål til RTV som gjelder krav som må stilles til registrene for at de kan inngå i det planlagte SYNAPS.

a. Sykmelding

I dag registrerer Rikstrygdeverket bare sykmeldinger som har ført til utbetaling fra trygdekontor, dvs. sykmeldinger som har vart utover arbeidsgiverperioden på to uker. Statsansatte er ikke med, da statsetatene har et "normalsykefravær" innebakt i sine bevilgninger i stedet for det oppgjøret andre arbeidsgivere har med trygden.

Fra 1.10.92 skal legene kode alle sykmeldinger etter ICPC (International Classification of Primary Care). Dette vil også gjelde sykmeldinger som har vart så kort at de ikke har ført til utbetaling fra trygden. Dette vil høyst sannsynlig også omfatte sykmelding for statsansatte, men for denne gruppen vil vi ikke få informasjon om utbetaling fra trygdekontor, selv om sykmeldingen har vart mer enn to uker. ICPS kan skille skader fra sykdommer, men kan ikke skille ulykkeskader fra andre årsaker til skade.

I SYNAPS-innstillingen foreslås det at skadested, aktivitet og skadestedskommune registreres i sykepengeregisteret. Disse opplysningene registreres ikke i registeret idag. Sykmeldingsskjemaet er nå under revisjon. det er ikke særlig sannsynlig at det er mulig å få inn ytterligere spørsmål på skjemaet nå. Borgan vil imidlertid kontakte Arbeidsgruppen for sykmeldingsblanketten v/Solveig Nordgård Askim for å undersøke mulighetene for å få til en endring.

Hvis det er mulig å få til en endring som beskrevet over kan sykmelding på grunn av ulykkeskade inngå som selvstendige enheter i SYNAPS. Hvis det ikke blir mulig å få til en endring nå, kan vi utvikle SYNAPS etter alternativ 1, dvs. at SYNAPS vil omfatte sykmelding for alle ulykkeskader som har ført til sykehusinnlegging, men at øvrige sykmeldinger utelates.

Sykmeldingene inneholder opplysning om dato for sykmelding og (fra 1.10.92) skadediagnose. Dette bør være tilstrekkelig informasjon til å identifisere en ulykke i sykmeldingsregisteret som er funnet i ett av de andre basisregistrene.

Sykepengeregisteret inneholder opplysning om totalt beløp utbetalt beløp i sykepenger for friskmeldte. For fortsatt sykmeldte inneholder registeret beløp utbetalt siste måned. Som tidligere nevnt omfatter dette ikke statsansatte.

b. Attføring

Fra 1.1.92 kodes attføringspengetilfellene etter ICD-9 sentralt i RTV. Også E-koden tas med. De fleste på attføring har tidligere vært sykmeldte. Det er imidlertid mulig å komme rett i attføring. Registeret opplyser om personen har vært tidligere sykmeldt.

Attføringsmeldingene har ingen fullstendige opplysninger om når en ulykke som er årsak til attføringen skjedde, bortsett fra et felt som heter "skadeår". Det opplyses imidlertid om når attføringspenger er utbetalt fra. Ut fra dette er det mulig å identifisere en attføring som følger en sykmeldingsperiode, mens det vil være vanskelig å identifisere en ulykke som er årsak til en attføringsperiode uten forutgående sykmelding, da tidfesting av ulykken er vanskelig.

Hvis vi innskrenker oss til å ta med attføringspengetilfellene som er etterfulgt av en sykmeldingsperiode som selvstendige enheter i SYNAPS uavhengig av sykehusopphold er det ikke nødvendig å innføre de tre nye kjennemerkene: skadested, aktivitet og skadestedskommune i attføringsregisteret. For øvrige attføringspengetilfeller må vi da innskrenke oss til tilfeller vi finner igjen i sykehusdataene. Hvis vi skal ha en selvstendig registrering av alle attføringspengetilfeller, må skadested, aktivitet og skadestedskommune kodes i RTV på grunnlag av opplysninger gitt på attføringsmeldingsskjemaene.

c. Uføretrygding

Uførhetsmeldingene kodes etter ICD-9 i RTV. E-koden registreres også. Uførhetsmeldingen kommer ofte lang tid etter ulykken har inntruffet. Det er derfor sannsynligvis urealistisk å registrere uføremeldingene så nøyaktig at de kan inngå som selvstendige enheter i SYNAPS. Det bør imidlertid være mulig å gjenfinne en ulykke i ett av de andre basisregistre når den kommer i uføreregisteret. Til dette kan nyttes diagnose og dato for uføretrygd i forhold til attføring og sykemelding. Det synes derfor unødvendig å gå inn for å registrere de tre nye kjennemerkene i uføreregisteret.

Statistisk sentralbyrå

Oslo
Postboks 8131 Dep.
0033 Oslo

Telefon: 22 86 45 00
Telefaks: 22 86 49 73

Kongsvinger
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Telefon: 62 88 50 00
Telefaks: 62 88 50 30

