

Trafikkulykker alvorligst i lengden

7 prosent av den norske befolkning har vært utsatt for ulykker som har gitt varige skader. Trafikkulykkene er ikke de som gir opphav til flest legebesøk, men de gir flest skader med langvarig virkning. Særlig nakkeskadene gir mange langtidsproblemer. Motsatt er det med hjemmeulykkene: mange legebesøk, men færre skader med varige mén. Arbeidsulykkene plasserer seg midt på treet i begge sammenhenger.

Jens-Kristian Borgan

7 prosent har varige mén etter ulykke

På grunnlag av svarene i Helseundersøkelsen 1995, er antall ulykkes-skader som medførte legebehandling, beregnet til vel 400 000, 57 000 av disse skadene førte til sykehusopphold. Dette fordelte seg med henholdsvis 250 000 legebehandlede skader for menn, hvorav vel 32 000 sykehusopphold og 155 000 legebehandlede skader for kvinner, hvorav vel 24 000 sykehusopphold. Det var ikke fullt så mange som 400 000 personer som var rammet av ulykke siste året, da en del personer var utsatt for flere ulykker.

Det ble registrert flest legebehandlede ulykkeskader i aldersgruppene mellom 15 og 30 år, om lag 30 prosent av personene med ulykkes-skade var i disse aldersgruppene. Blant ulykkeskader som førte til innlegging på sykehus, var det imidlertid en overvekt av eldre personer. Grunnen til dette siste er nok at ulykker som rammer eldre personer med dårlig helse, oftere krever sykehusopphold. Dette gjelder for eksempel lårhalsbrudd etter fall.

Ifølge Helseundersøkelsen 1995 hadde i alt 7 prosent av befolkningen varige mén etter en ulykke med persons-kade, det tilsvarer om lag 300 000 personer. For menn var dette tallet 8 prosent og for kvinner 5,5 prosent.

De 7 prosentene av befolkningen som hadde varige mén etter ulykkeskade, fordelte seg relativt jevnt på alle aldersgrupper over 20 år. Blant personer under 20 år var det langt færre med slik skade. Hvis disse personene grupperes etter alder ved ulykken, finner vi imidlertid en klar overvekt i aldersgruppen 15-29 år, 37 prosent av de ulykkeskadde ble utsatt for ulykken i disse aldre-

ne. De øvrige aldersgruppene (både yngre og eldre) ser ut til å være nokså likt utsatt for ulykkeskade med varige mén. Hvis vi begrenser oss til ulykkeskader med varige mén som er inntruffet etter 1989, dvs. de vel fem siste år, finner vi en forskyvning mot de eldre aldersklasser. Viktigste årsak til dette er at personer som i høy alder får varige mén etter ulykke, av naturlige grunner ikke lever så lenge etter ulykken, som personer som blir skadd i yngre alder. Tabell 1 viser aldersfordelingen for legebehandlede ulykkeskader, varige mén uansett når skaden inntraff, og varige mén av ulykkeskade de vel fem siste år (etter 1989). Den lave andelen med varige mén blant "nyere" ulykkeskader i forhold til legebehandlede skader blant barn, tyder på at barn i større grad trenger legebehandling for skader som ikke gir varige mén, enn hva tilfellet er i andre aldersgrupper.

Rygg- og nakkeskader var de viktigste varige konsekvensene av en ulykkeskade. Hver fjerde person som oppgav at de hadde varig skade etter ulykke oppgav en slik årsak. Andre viktige skader var skade

Tabell 1: Legebehandlede ulykkeskader etter alder, varige mén etter alder ved ulykke (alle ulykker og ulykker inntruffet etter 1989)

Aldersgruppe	Legebehandlede skader	Varige mén etter ulykke	
		Alle	Etter 1989
Alle aldre	100	100	100
0-14	20	17	9
15-29	29	37	30
30-64	37	33	36
65-79	10	11	20
80-	4	2	5

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Spørsmål om ulykker i Helseundersøkelsen 1995

Det er to avdelinger med spørsmål om ulykker i Helseundersøkelsen 1995.

1. Personer som opplyste at de hadde hatt kontakt med allmennpraktiserende lege, legesenter, kommunelege, legevakt eller bedriftslege siste 12 måneder, ble spurt om minst ett av legebesøkene skyldtes behandling av skade etter ulykke inntruffet i løpet av de siste 12 måneder. Det samme spørsmålet ble stilt til personer som hadde hatt kontakt med lege på sykehus/poliklinikk med og uten innleggelse. For personer med flere ulykkestilfeller siste 12 måneder, ble alle tilfellene registrert.

Formålet med disse spørsmålene er å kartlegge omfanget av ulykker over en viss alvorlighetsgrad i løpet av ett år, dvs. at det var nødvendig med legebehandling. Personskade etter ulykke som førte til innlegging på sykehus, er grovt regnet de skadene som har de største medisinske konsekvenser, selv om de ikke nødvendigvis er de mest dramatiske ulykkene.

2. For å kartlegge varige mén av ulykkeskade, ble intervjupersonene spurt om de hadde noen sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade. Det skulle tas med vanskeligheter/begrensninger av mer varig karakter, dvs. at de hadde vart eller var forventet å vare i minst seks måneder. I tillegg ble personene spurt om de hadde noen varig funksjonshemming.

For alle syke- og skadetilfellene som ble kartlagt med disse spørsmålene, ble personen spurt om tilfellet gjaldt en sykdom eller en skade. Personer som hadde oppgitt minst én skade, ble videre spurt om den skaden som medførte mest konsekvenser skyldtes en ulykke, vold eller annen årsak til skade.

Alle personene som hadde rapportert om ulykke (både legebehandlede ulykkeskader siste 12 måneder og varig virkning av ulykke), ble spurt om hvor ulykken skjedde, med svarkategoriene:

- a) bolig eller boligområde
- b) arbeidsplass
- c) gate eller vei
- d) barnehage eller lekeplass
- e) sykehjem eller aldershjem
- f) idretts- eller sportsanlegg
- g) friluft, hav, sjø eller vann
- h) annet sted
- i) ukjent sted

Videre ble personene spurt om hva de holdt på med da ulykken skjedde, med svarkategoriene:

- a) inntektsgivende arbeid
- b) verneplikt i militæret
- c) utdanning
- d) idrett, sport eller mosjon i utdanning
- e) annen idrett, sport eller mosjon
- f) annen aktivitet
- g) ukjent aktivitet

I tillegg ble personene spurt om bil, motorsykkel, sykkel eller annet kjøretøy var innblandet i

ulykken. Denne måten å gruppere ulykker på er nærmere beskrevet i den norske utgaven av Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) (Statens helsetilsyn 1996: 988 ff).

Hensikten med spørsmålene over er å kunne gruppere ulykkene i ulykkestyper. Det er ikke mulig å spørre direkte om ulykkestype, da dette ikke gir gjensidig utelukkende kategorier: For eksempel kan en trafikkulykke også være arbeidsulykke. Ved å gruppere de to spørsmålene om "hvor ulykken skjedde", og "hva holdt du på med da ulykken skjedde", blir det mulig velge hvordan ulykker som dekkes av flere ulykkestyper skal grupperes. Det er også mulig å gruppere en slik ulykke under flere ulykkestyper. Alle ulykker summerer seg da opp til mer enn 100 prosent. Et slikt valg er neppe aktuelt når en skal se på alle ulykker under ett. Det kan imidlertid være aktuelt hvis en vil studere forekomsten av ulike ulykkestyper.

I denne presentasjonen har vi valgt å prioritere trafikkulykkene, slik at trafikkulykke som også er arbeidsulykke, er regnet som trafikkulykke. Gate-/veiulykke er også gitt prioritet foran arbeidsulykke, mens ulykke under inntektsgivende arbeid i hjemmet er regnet som arbeidsulykke. Idretts- og mosjonsulykke under utdanning (f.eks. gymnastikk på skolen) er regnet som utdanningsulykke.

på underekstremitetene (lårhals, bein, kne, fot) med 14 prosent og skade i overekstremitetene (skulder, arm, albue, hånd) med 10 prosent av skadene. Det ble registrert få hodeskader. Dette kan skyldes at det ikke har vært mulig å oppnå intervju med de mest alvorlig skadde personene.

Traffikkulykker ikke størst i antall, men gir flest varige mén

Traffikkulykke var hyppigst forekommende årsak til varige mén etter ulykkesskade. Hver fjerde person med slik skade rapporterte trafikkulykke som årsak til denne skaden. På den annen side var det bare 7 prosent av legebehandlede ulykkesskader siste året som skyldtes trafikkulykke. Det var heller ikke noen større andel av trafikkulykkene som førte til sykehusopphold. Trafikkulykkene viste relativt liten forskjell mellom kjønnene.

Rygg- og nakkeskadene utgjorde 40 prosent av trafikkskadene med varige mén, særlig var nakkeskader sterkt representert.

Mange skader etter arbeidsulykker blant menn

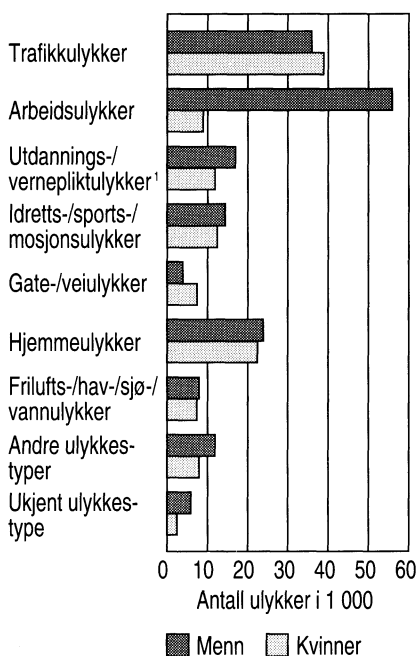
I helseundersøkelsen var arbeidsulykke den ulykkestypen som hadde nest flest ulykker som førte til en skade med varige mén, bare trafikkulykkene var flere. Også blant legebehandlede ulykker var arbeidsulykker den ulykkestypen som forekom nest hyppigst, bare hjemmeulykker hadde flere nye skader. En relativt lavere andel av arbeidsulykkene førte til sykehusinnlegging. 30 prosent av arbeidsulykkene med varige mén skyldtes rygg- og nakkeskader. Arbeidsulykkene viste meget stor forskjell mellom kjønnene. Menn var sterkt overrepresentert, særlig for ulykkesskader med varige mén.

Flest legebehandlede hjemmeulykker, men færre med varige mén

Mens det ble registrert nesten tre ganger så mange trafikkskader med varige mén i forhold til legebehandlede skader siste året, var bildet helt motsatt for hjemmeulykker: Det ble rapportert mer enn dobbelt så mange legebehandlede hjemmeulykker som hjemmeulykker med varig skade. Hjemmeulykke førte også oftere til sykehusinnlegging enn andre skader. En årsak til dette er at hjemmeulykker oftere rammer eldre. En høyere andel lårhalsbrudd fører til skader på underekstremitetene. Dette var den hyppigste konsekvensen av hjemmeulykker med varige mén.

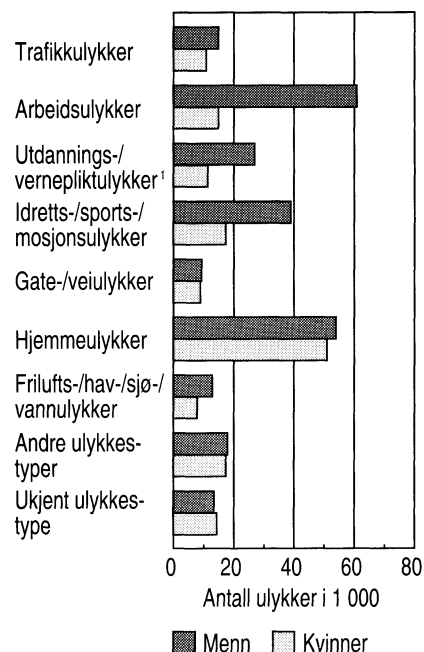
Figurene 1, 2 og 3 viser menn og kvinner med varige mén etter ulyk-

Figur 1: Personer med varig virkning av ulykkesskade, etter ulykkestype



¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Figur 2: Legebehandlede ulykkesskader med og uten sykehusinnlegging siste 12 måneder, etter ulykkestype



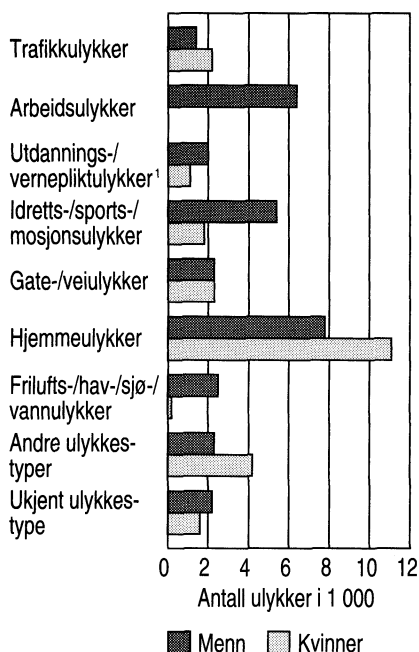
¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

kesskade, legebehandlede ulykkeskader og ulykkesskader som medførte innlegging på sykehus.

Hjemmeulykker mest vanlig blant de eldste og de yngste

Hvis vi grupperer personer med varige mén av en ulykkesskade etter alder når ulykken inntraff, finner vi at hjemmeulykkene dominerte blant førskolebarn, blant menn over 80 år og kvinner over pensjonsalder. Blant menn i yrkesaktiv alder var arbeidsulykker den hyppigst forekommende årsak til skade med varige mén, mens trafikkulykke også hadde en større andel enn hjemmeulykker bortsett fra de yngste (under 7 år) og de eldste (over 80 år). Blant kvinner utgjorde arbeidsulykker en mindre andel av alle ulykkestilfellene. Trafikkulykker

Figur 3: Sykehusopphold etter ulykkesskader siste 12 måneder, etter ulykkestype



¹ Inkludert idrett, sport og mosjon i utdanning
Kilde: Helseundersøkelsen 1995

hadde klart størst andel mellom 7 og 45 år, mens det i aldersgruppen mellom 45 og 66 år var lik andel arbeidsulykker og trafikkulykker.

Klart over halvparten av ulykkene med varige mén som inntraff etter pensjonsalder var en hjemmeulykke. Hjemmeulykkene hadde også relativt stor betydning i de andre aldersgruppene, bortsett fra ungdom 16-24 år. For barn og unge (7-24 år), var idrettsskader den viktigste ulykkesårsak både for kvinner og menn. I yrkesaktiv alder (25-66 år) dominerte arbeidsulykker blant menn, mens hjemmeulykker forekom hyppigst blant kvinner, tett fulgt av arbeidsulykker.

Ved å studere legebehandlede ulykkeskader som har inntruffet siste år, finner vi flere fellestrekk med

ulykker med varige mén, men også en del typiske avvik:

- Hjemmeulykker har samme aldersstruktur som ulykker med varige mén, men andelen er hele tiden noe større.
- Arbeidsulykker har også samme aldersstruktur, men mens det er en overvekt av ulykkeskader med varige mén blant menn, var det relativt flest nye ulykkestilfeller blant kvinner.
- Trafikkulykker har klart større andel av ulykker med varige mén enn blant legebehandlede ulykker siste år. Aldersstrukturen er imidlertid nokså lik.
- Idretts- og mosjonsulykker har en overvekt av legebehandlede ulykker siste år.

Har trafikkulykker størst konsekvenser?

Mens legebehandlede ulykker siste året gjelder ulykker inntruffet over en 12-månedersperiode før høsten 1995, har ulykker med varige mén inntruffet over en lang årrekke før 1995. Det at en ulykkestype dominerer sterkere blant ulykker med varige mén enn legebehandlede ulykkeskader siste år, kan skyldes at denne ulykkestypen ofte har større konsekvenser enn andre typer. Dette er nok tilfelle for trafikkulykker. En annen årsak til et slikt bilde kan være at en aktivitet var sjeldnere før enn nå, eller at aktiviteten har blitt mer eller mindre risikofylt. Dette er nok hovedårsaken til ulikheten i arbeidsulykker mellom menn og kvinner. Risikoen for arbeidsulykker har blitt mindre med årene, både på grunn av sikrere arbeidsplasser, og at de mest utsatte jobbene ikke lenger finnes. Økningen i arbeidsulykker blant kvinner skyldes nok kvinnes økte yrkesaktivitet.

Den høye andelen eldre som rammes av hjemmeulykker, er hovedårsaken til det relativt lavere antallet hjemmeulykker med varige mén i forhold til legebehandlede ulykkeskader etter hjemmeulykke. Årsaken til dette er den samme som er vist for de eldste aldersgruppene i tabell 1.

Mange ulykker av en type betyr ikke nødvendigvis høy ulykkesrisiko

Ikke særlig overraskende ble det funnet en nær sammenheng mellom fordelingen av de ulike ulykkestyper i forhold til hvor ofte personer i de aktuelle aldersgrupper opptrer på de ulike arenaer. Små barn og eldre oppholder seg mest i hjemmet, grupper med den høyeste yrkesaktiviteten har flest arbeidsulykker, idretts- og mosjonsulykker rammer større barn, ungdom og unge voksne. Påstanden en ofte ser om at hjemmet er en ekstra farlig arena, bunner ofte i en slik sammenblanding.

Hvis vi skulle beregne risiko for at en ulykke av en gitt type skulle inntruffe, var det nødvendig å beregne hvor lenge personer av ulike kjønn i ulike aldersgrupper var opptatt med aktiviteter på de ulike arenaene. I prinsippet kunne nok slike tider beregnes gjennom tidsnyttingsundersøkelser. Det spørres imidlertid om slike beregninger ville være særlig fruktbare, da ulike aktiviteter på samme arena (f.eks. i hjemmet) vil ha høyst ulik risiko. Å stå ved oppvaskbenken er neppe like farlig som å stå på en gardintrapp og pusse vinduer.

Av grunner nevnt over er det i denne artikkelen ikke gjort noe forsøk på å beregne risiko knyttet til kjønn, alder og ulykkestype.



Hvor pålitelige er tallene i helseundersøkelsen?

Svarene i helseundersøkelsen bygger på vel 10 000 intervjuer med personer bosatt i privathusholdninger. Det vil si at knapt én av 400 av den norske befolkningen ble intervjuet. Det var et frafall på 26 prosent av personene som opprinnelig ble trukket ut for intervju.

At tallene bygger på utvalg og ikke fullstendig telling, gir en viss statis-

tisk usikkerhet, særlig når tallene deles opp i grupper av ulykkestype, kjønn og alder. Det er også alltid en risiko for feilslutning ved at intervjupersonene har misforstått spørsmålene.

For å se noe mer på kvaliteten av dataene, har vi sammenliknet med tilsvarende data samlet inn til Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa). Sammenlikningen bygger på nye

data tilsvarende dem gitt i Guldvog mfl. (1992).

Folkehelsa personskaderegister bygger på innrapporterte skader ved Buskerud sentralsykehus, Sentralsykehuset i Rogaland, Regionsykehuset i Trondheim og Harstad sykehus, samt de kommunale legevakter i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad. Hvis vi sammenlikner resultatene fra helseundersøkelsen med tall fra persona-

deregisteret (påpluss et anslag for legekontakter utenom sykehus og legevakt), finner vi om lag 15 prosent færre legebehandlede ulykkesskader i helseundersøkelsen og det samme antall skader som førte til sykehusopphold (se Sosial- og helsedepartementet 1997).

Når vi deler inn ulykkene etter type, finner vi følgende hovedbilde:

- Helseundersøkelsen har langt flere arbeidsulykker, en overhyppighet på 80 prosent.
- Helseundersøkelsen har 50 prosent større andel utdanningsulykker, men 20 prosent færre idretts- og mosjonsulykker. I sum blir disse to ulykkestypene like.
- Helseundersøkelsen har 20 prosent færre trafikkulykker, og bare halvparten så mange gate-/veiulykker.
- Helseundersøkelsen har 20 prosent færre hjemmeulykker.
- Ulykker i friluft, hav og sjø er langt vanligere i helseundersøkelsen.

Bortsett fra mulige statistiske feil i utvalget i helseundersøkelsen, kan nevnes følgende forklaringer på avviket:

- Det lavere tallet på legebehandlede ulykkesskader i helseundersøkelsen, kan skyldes at folk ikke husker alle ulykkesskader de selv har regnet som bagatellmessige.
- Folkehelsas skaderegister har ikke data fra bedriftshelsetjenesten. Dette er en årsak til at Folkehelsas tall sannsynligvis er for lave. Tallene i helseundersøkelsen er på den annen side sannsynligvis for høye. I tallene er det tatt bort en del rapporterte arbeidsulykker blant barn og per-

soner over 80 år. Dette kan tyde på at en del intervjuede personer også har tatt med ulykkesskader i arbeid av mer uformell karakter og som ikke er inntektsgivende.

- Både i Folkehelsas data og i helseundersøkelsen er mosjon og idrett under utdanning registrert som utdanningsulykke. Det kan imidlertid hende at ulykker som er blitt registrert som en mosjons-/idrettsulykke under utdanning i helseundersøkelsen er registrert som mosjons-/idrettsulykke i Folkehelsas skaderegister.
- De høyere tallene for vei-/gateulykker i Folkehelsas register kan skyldes at dette registeret dekker en overvekt av byområder. Det er sannsynlig at mer bymessig bebyggelse gir mer ferdsel til fots på gate/vei, og dermed økt fare for mange slike ulykker.
- Det lavere tallet på trafikkulykker kan skyldes at personer som har fått trafikkskade i større grad har gått til frafall ved intervju på grunn av alvorlig skade.

Oppsummering

Helseundersøkelsen viser at hjemmeulykker utgjør flest legebehandlede ulykker i løpet av et år. Trafikkulykker er imidlertid årsak til flest ulykkesskader med varige mén. Bortsett fra arbeidsulykker er det små kjønnsforskjeller mellom personer med varige konsekvenser av en ulykkesskade. Blant menn er varig skade etter arbeidsulykke også klart vanligere enn trafikkulykke. Blant kvinner er arbeidsulykker klart sjeldnere. For legebehandlede ulykkesskader er det i tillegg til arbeidsulykker en klar overvekt blant menn for utdanningsulykker og idretts- og mosjonsulykker.

Sammenlikningen med dataene fra Folkehelsa for legebehandlede ulykkesskader i 1995 gir en brukbar overensstemmelse for ulykker sett under ett, men det er til dels betydelig avvik når en ser på ulykkestyper. Helseundersøkelsens resultater vil likevel, sett opp mot Folkehelsas tall, gi et verdifullt bidrag til en oversikt over ulykkesbildet i Norge.

Litteratur

Guldvog, Bjørn, Anders Torgersen og Øydis Ueland (1992): *Ulykker, vold og selvpåført skade*. Personskaderapport, Folkehelsa.

Sosial- og helsedepartementet (1997): *Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid*, Handlingsplan 1997-2002.

Statens helsetilsyn (1996): Den norske utgaven av Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10).

Jens-Kristian Borgan er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.